

SH
RC46
T76
1865

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOTEL-DIEU DE PARIS

PAR

A. TROUSSEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie impériale de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Grand officier de l'ordre du Lion et du Soleil de Perse,
Ex-représentant du peuple à l'Assemblée nationale, etc., etc.

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

TOME DEUXIÈME



BIBLIOTECA

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 49.

Londres, Bippolyte Baillière.	Madrid, C. Bailly-Baillière.	New-York, Baillière Brothers.
---	--	---

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTTEL, QUERSTRASSE, 10.

1865

Traduction et reproduction réservées.

000448

Paris, imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOTEL-DIEU DE PARIS

XXXVI. — DE LA SAIGNÉE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ET DANS L'APOPLEXIE.

Il ne faut pas confondre apoplexie avec hémorrhagie. — L'hémorrhagie cérébrale débute rarement avec des phénomènes apoplectiques proprement dits. — L'apoplexie peut être l'expression de différentes lésions graves de l'encéphale. — Valeur de l'hémiplégie faciale dans l'hémorrhagie. — Inutilité de la saignée, des émissions sanguines en général, des purgatifs et des vomitifs dans les hémorrhagies et dans l'apoplexie. — Diagnostic différentiel entre le ramollissement et l'hémorrhagie. — Valeur pronostique de certains signes.

MESSIEURS,

Le malade du n° 7 de la salle Sainte-Agnès me fournit aujourd'hui l'occasion de soulever ici une question d'une importance clinique des plus grandes : je veux parler de l'indication, ou plutôt de la contre-indication de la saignée dans l'hémorrhagie, et, d'une manière plus générale, dans l'apoplexie cérébrale. J'appellerai, en passant, votre attention sur un autre point, à savoir, la valeur sémiotique de la paralysie faciale dans les cas où cette paralysie, indépendante d'une affection portant exclusivement sur le nerf de la septième paire, se lie à une lésion de l'hémisphère cérébral du côté opposé. Enfin, je vous dirai quelques mots du diagnostic différentiel entre le ramollissement du cerveau et l'hémorrhagie.

Notre malade entrant à l'hôpital pour se faire soigner d'un catarrhe pulmonaire chronique, qui n'avait d'ailleurs entraîné aucune perturbation notable dans l'ensemble de la santé : il suivait le traitement auquel nous l'avions soumis, lorsque tout à coup il fut pris d'accidents qui, bien qu'il ne s'en plaignît pas d'abord, n'en devaient pas moins éveiller la sollicitude du médecin.

Sans phénomènes prémonitoires, sans mal de tête, sans étourdissements précurseurs, cet homme sentit, il y a quelques jours, que sa langue s'embarassait et qu'il bredouillait en parlant. Son intelligence n'était en aucune façon

troublée, sa vue restait parfaitement nette; son activité et sa force musculaire ne paraissaient en rien diminuées, ou du moins ses jambes le portaient et se mouvaient comme d'habitude; sa démarche n'était nullement chancelante. Cependant, ayant eu besoin d'écrire, il s'aperçut, au moment où il prenait sa plume, qu'il la maniait avec un peu plus de difficulté et que les caractères qu'il avait tracés étaient plus mal dessinés que d'ordinaire. Du reste, cet embarras de la parole, cette gêne des mouvements des doigts le préoccupèrent si peu, qu'il ne s'en plaignit à personne, et que le lendemain matin, à la visite, il ne songeait pas même à nous en parler, s'inquiétant seulement de son rhume.

Mais en approchant de lui, nous fûmes immédiatement frappés de l'altération survenue dans les traits de son visage. Il était évident pour nous tous que sa bouche était déviée. Je l'interrogeai, et alors il nous raconta ce qu'il avait éprouvé la veille. Vous l'avez entendu dire et répéter qu'aucun trouble intellectuel, qu'aucun trouble des sens n'avait précédé ou accompagné cet embarras de la parole dont il avait parfaitement conscience, et cette difficulté dans les mouvements des doigts de la main droite.

Vous avez pu étudier les caractères de cette déformation des traits du visage; du côté gauche, la commissure des lèvres était notablement déviée en haut et en dehors, tandis qu'à droite elle était abaissée en même temps que la joue correspondante était aplatie et presque immobile. Au premier abord, vous avez pu croire qu'il y avait aussi déviation de la langue; lorsque nous commandions au patient de la tirer, elle semblait se porter à droite de la ligne médiane: toutefois cette déviation n'était qu'apparente et dépendait de ce que la commissure des lèvres étant fortement portée en dehors et à gauche, la langue et l'orifice buccal avaient perdu leurs rapports normaux. Cette paralysie n'était pas uniquement limitée à la face. Indépendamment de cette gêne qu'il avait éprouvée pour écrire la veille, cet homme avait une faiblesse plus grande de tout le membre supérieur droit, et il nous disait, en outre, avoir ressenti le matin même, pendant une ou deux minutes, des fourmillements dans le bout des doigts de la main correspondante. La sensibilité cutanée restait d'ailleurs parfaitement intacte.

Qu'a eu cet individu? Je ne doute pas que nous n'ayons eu affaire à une petite hémorrhagie qui s'est produite dans l'hémisphère gauche du cerveau. Toutefois, je le reconnais, le diagnostic, à première vue, présentait quelque difficulté, car on pouvait penser à l'existence d'une paralysie faciale pure et simple.

C'était, en effet, à la face que la paralysie était le plus prononcée. Dans le membre inférieur la motilité semblait intacte, si nous nous en rapportions au dire du malade, qui affirmait ne s'apercevoir d'aucune différence entre la jambe droite et la gauche, et avoir conservé d'un côté comme de l'autre la force qu'il avait auparavant. Bien qu'il eût de la paralysie et une paralysie incontestable du bras droit, cette paralysie était très-peu prononcée, les petits mouvements

seuls étaient gênés; encore fallut-il qu'il eût eu besoin d'écrire pour se douter du changement survenu dans la souplesse de ses doigts. Il n'en était pas ainsi de la paralysie de la face. Celle-ci était évidente pour nous tous, bien plus, il est vrai, que pour le sujet lui-même, qui semblait en avoir si peu conscience, qu'il ne s'en plaignait en aucune façon. Cependant dans cette paralysie faciale, nous pouvions trouver déjà un élément d'une grande valeur pour établir le diagnostic, *hémorrhagie cérébrale*, que je faisais inscrire sur la feuille d'observation; c'est que cette paralysie des muscles du visage n'était point aussi complète qu'elle l'est dans les cas où elle dépend exclusivement d'une affection de la septième paire de nerfs.

Dans la paralysie faciale produite par la lésion d'un hémisphère cérébral, qu'elle soit accompagnée ou non de l'hémiplégie des membres du côté correspondant, le malade peut bien être dans l'impossibilité de faire exécuter à la joue paralysée certains mouvements: ainsi il ne pourra pas facilement souffler, ramener dans la cavité buccale le bol alimentaire qui s'engage en dehors des arcades dentaires; mais cette impossibilité n'est pas absolue, la gêne qu'il éprouve n'est pas comparable à celle qu'éprouvent les individus affectés de paralysie faciale proprement dite. De plus, dans le premier cas, vous ne verrez jamais la paralysie du muscle orbiculaire des paupières portée au point où elle l'est dans l'autre cas; si bien que, lorsque vous commandez à celui qui est atteint d'hémiplégie de fermer son œil, il le fait assez complètement pour que le globe oculaire soit recouvert, tandis que la paupière supérieure reste presque immobile et relevée chez celui qui est atteint de paralysie dépendant d'une affection de la septième paire.

Sans chercher à m'expliquer la raison de la différence, je la constate comme un fait que mon expérience m'a depuis longtemps appris, et dont vous comprenez tout de suite la portée au point de vue du diagnostic différentiel qui nous occupe.

Aussi, chez notre homme, cette paralysie faciale incomplète, à défaut même des autres phénomènes caractéristiques d'une hémiplégie plus étendue, suffisait pour me faire penser qu'il s'agissait ici, non d'une affection de la septième paire de nerfs, mais d'une affection siégeant dans l'encéphale lui-même, et plus spécialement dans l'hémisphère gauche.

Mais là, messieurs, n'est pas le point le plus essentiel sur lequel je voulais appeler votre attention.

Le malade du n° 7 de la salle Sainte-Agnès a donc eu une petite hémorrhagie cérébrale. Remarquez que je ne me sers pas du mot *apoplexie*, c'est à dessein. Il y a, en effet, une grande différence entre ces deux termes que quelques médecins veulent encore confondre, bien que la majorité de nos auteurs classiques s'efforce de lutter contre cette déplorable confusion.

Que faut-il entendre par ce mot *apoplexie*? Dans son acception étymologique, ce mot entraîne l'idée d'une affection dans laquelle, suivant l'image

qu'en ont présentée les anciens, l'individu tombe frappé tout à coup, comme un bœuf assommé par la masse du boucher. « *Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnesque motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, unacum imagine profundi, perpetuique somni.* » Et si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Égine, que cette perte du sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune* (*communi nervorum principio affecto*), vous saurez ce qu'il faut entendre par apoplexie.

Vous comprenez dès lors pourquoi ce mot et celui d'hémorrhagie ne doivent pas être pris l'un pour l'autre. D'une part, *apoplexie* est un terme générique qui demande à être spécifié, car les phénomènes apoplectiformes se lient souvent à des états pathologiques très-différents de l'hémorrhagie. Ils peuvent être le résultat d'un ramollissement cérébral, d'une accumulation rapide et plus ou moins considérable de sérosité dans les cavités ventriculaires et dans les membranes qui entourent le cerveau, ce qu'on désigne sous le nom d'*apoplexie séreuse*; ils peuvent dépendre d'une congestion sanguine portée au plus haut degré sans épanchement de sang hors des vaisseaux, dans ce qu'on appelle le *coup de sang* (j'aurai le soin de vous dire, dans une prochaine conférence, combien cette congestion apoplectiforme est rare). L'apoplexie peut encore être occasionnée, et les anciens avaient signalé le fait, par ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'*embolies*; enfin, elle se produit quelquefois en l'absence de toute lésion encéphalique appréciable à l'ouverture du cadavre, dans l'*apoplexie dite nerveuse*.

D'autre part, l'hémorrhagie cérébrale n'est pas nécessairement accompagnée d'apoplexie; celle-ci ne se produit qu'autant que l'hémorrhagie est assez considérable. De petits foyers peuvent se former, non-seulement sans que le malade présente la série des phénomènes qui constituent l'apoplexie, mais sans qu'il éprouve aucun trouble de l'intelligence, aucune perturbation des sens, rien au monde qui indique que le cerveau ait été profondément modifié dans ses opérations. Les seuls symptômes qui caractérisent alors l'accident dont l'individu est atteint, sont ceux de la paralysie plus ou moins prononcée et aussi plus ou moins limitée du côté opposé du corps.

Depuis que je fais des leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous n'avons eu que deux hommes et une femme chez lesquels l'hémorrhagie cérébrale ait semblé se présenter d'emblée avec les phénomènes apoplectiques. Vous vous rappelez ce chiffonnier qui, frappé dans la rue, fut apporté dans mon service et couché au n° 5 de la salle Sainte-Agnès; il était dans la stupeur la plus profonde. Il mourut le surlendemain, et quand le cerveau fut sur la table de l'amphithéâtre, je vous annonçai que nous allions trouver un épanchement ventriculaire; en effet, le foyer hémorrhagique, qui s'était formé d'abord dans l'un des corps striés, s'était fait jour dans le ventricule latéral, du même

côté, l'avait rempli, puis avait été remplir l'autre ventricule latéral, après avoir rompu la cloison.

Pendant l'été de 1861, vous avez vu également, salle Saint-Bernard, une femme de soixante-trois ans, qui, l'année précédente, avait eu ce que l'on appelait une attaque de paralysie; elle avait balbutié tout d'un coup, et l'un des côtés du corps s'était trouvé subitement affaibli. Cet accident, d'ailleurs, n'avait été accompagné ni de chute, ni même d'étourdissement. Cette dernière fois, on l'avait trouvée dans son lit, plongée dans le coma le plus profond. Elle mourut sans qu'on parvint à l'éveiller, et comme chez l'homme dont je viens de vous raconter l'histoire, nous trouvions, outre les traces de la petite hémorrhagie qui avait eu lieu l'année précédente, un énorme foyer prenant naissance dans une couche optique et remplissant les deux ventricules latéraux.

Enfin, vous pouvez encore avoir présent à l'esprit ce jeune homme couché au n° 15 de la salle Sainte-Agnès: il avait tous les symptômes d'une encéphalite, quand tout à coup il fut pris d'accidents épileptiformes, et mourut quelques minutes plus tard dans le carus. Chez lui, il s'était fait dans le pont de Varole une hémorrhagie qui avait rempli le quatrième ventricule et rompu la valvule de Vieussens.

Comme je vous le disais tout à l'heure, messieurs, la forme apoplectique proprement dite est fort rare dans l'hémorrhagie cérébrale.

Vous avez vu au n° 34 de la salle Saint-Bernard une femme de quarante-neuf ans, pleine d'intelligence, qui vous raconte avec une parfaite lucidité sa triste histoire. Elle jouissait de la plénitude de la santé, lorsque le matin, vers huit heures, elle s'aperçut que sa langue s'embarrassait, que son bras et sa jambe s'engourdisaient un peu. Inquiète, elle descend ses trois étages, et va chez un pharmacien du voisinage demander des secours. Elle y prend un peu d'éther, puis elle revient chez elle plus péniblement. Elle sentait l'engourdissement augmenter rapidement; en arrivant au bas de son escalier, elle ne put avancer, s'appuya sur le mur pour ne pas tomber, et s'affaissa sans perdre connaissance, sans éprouver même le plus léger étourdissement. Les voisins lui vinrent en aide et l'amènèrent à l'Hôtel-Dieu. Elle était paralysée du côté droit.

Vous n'avez pas oublié cette autre femme qui entra dans la salle Saint-Bernard et que l'on couchait au n° 10. Elle venait de préparer et de servir le dîner de la famille; il était quatre heures du soir. Elle mangeait de très-bon appétit avec son mari et ses enfants, sans mal de tête, sans aucun phénomène prémonitoire qui pût fixer son attention. Tout à coup elle s'aperçoit qu'elle ne peut couper son pain; elle en fait tout haut la remarque et ne parle qu'en bredouillant. Elle veut se lever, et tombe renversée avec sa chaise, sans perte de connaissance, sans étourdissement. On la relève, elle était hémiplégique, et on l'apporte dans mes salles, où elle nous raconte elle-même ces détails, avec une parfaite lucidité et même avec une certaine gaieté.

J'insiste sur ces deux faits, à cause de la chute qu'ont faite ces deux malades.

Celle-ci tombe avec sa chaise au moment où elle se lève; l'autre s'affaisse et tombe en arrivant au pied de l'escalier. Cette chute, veuillez bien le remarquer, est essentiellement différente de la chute apoplectique. Elle ne diffère pas en définitive de celle que fait un soldat dont la jambe vient d'être cassée par une balle. L'impuissance de mouvoir le membre, sa faiblesse extrême, en sont les seules causes; mais l'intelligence reste entière, ce qui n'arrive pas dans l'attaque apoplectique de l'épilepsie ou de l'éclampsie. Ici l'individu est jeté par terre comme le bœuf assommé par le boucher, et les phénomènes qui suivent sont réellement ceux de l'apoplexie, telle que l'entendaient nos devanciers, apoplexie qui ne s'observe, s'il y a hémorrhagie cérébrale, que si l'hémorrhagie a fait irruption dans les ventricules, ou bien si elle occupe le pont de Varole, ou bien encore quand elle forme un énorme foyer dans le centre ovale de Vieussens, ou qu'elle s'épanche en grande masse dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Tout à l'heure, messieurs, je me servais d'une formule restrictive, en vous parlant du chiffonnier qui avait été ramassé dans la rue en état d'apoplexie; je vous disais que l'hémorrhagie cérébrale avait semblé débiter par des phénomènes apoplectiques, comme si j'avais quelque raison de douter de la vérité du fait.

En effet, messieurs, je doute, et je vous dirai les motifs de cette hésitation. Cet homme avait été ramassé et apporté à l'Hôtel-Dieu, en état d'apoplexie, la chose est évidente; la vieille femme dont je viens de vous parler, avait été trouvée le matin, dans son lit, plongée dans la stupeur apoplectique, c'est encore certain; mais qui de nous pourrait affirmer que ces phénomènes apoplectiques ont été subits?

Au printemps de 1863, j'étais appelé par mon honorable ami, M. le docteur Marchal (de Calvi), pour voir un homme de soixante ans que je trouvais dans le carus apoplectique le plus profond. Il avait été frappé le matin. Pendant le déjeuner, il avait tout à coup éprouvé une certaine difficulté à tenir sa fourchette, et il avait senti un léger étourdissement; il voulut parler, il s'aperçut, et ses enfants qui l'entouraient s'aperçurent qu'il bredouillait. Il se leva en chancelant: il était plus faible d'un côté que de l'autre, et, avec l'aide de son fils, il put aller à pied jusqu'à sa chambre à coucher. On le déshabilla, on le met au lit, et il assiste *intellectuellement* à toutes ces opérations, n'ayant perdu ni l'intelligence ni les mouvements. Cependant l'hémiplégie faisait des progrès rapides, et elle était complète au bout d'une demi-heure; les manifestations de l'intelligence étaient de plus en plus difficiles, et quand, une demi-heure ou trois quarts d'heure après le début des accidents, M. Marchal arriva, le malade était déjà dans l'état *apoplectique* proprement dit. Les choses allèrent en s'aggravant; à cinq heures du soir, quand j'arrivai moi-même, la stupeur apoplectique était au comble; le malade mourut pendant la nuit, malgré les plus énergiques traitements.

Presque à la même époque, on venait me querir en toute hâte pour voir

un malade de soixante-deux ans, auprès duquel se trouvait en ce moment M. le docteur Revilloux. Ce malade était à dîner, tout à coup il s'aperçut que l'une de ses mains était paresseuse; il n'avait pas d'étourdissements, mais il balbutiait en parlant. Il voulut se lever de sa chaise, une des jambes était paralysée, et il se laissa tomber sans perdre connaissance. Il fut relevé par ses enfants, et, avec leur aide, il marcha jusqu'à la chambre voisine, où on l'assit sur un fauteuil. Quand j'arrivai, il y avait trois quarts d'heure que les premiers symptômes s'étaient manifestés. Le malade avait, ou du moins semblait avoir toute son intelligence; il me répondait pertinemment, bien que la langue fût fort embarrassée; le bras et la jambe gauches avaient perdu presque complètement le mouvement. Quelques heures plus tard, le carus commença, et la mort arriva dans la matinée du lendemain.

Enfin, messieurs, tout récemment nous recevions, au n° 11 de la salle Saint-Bernard, une femme de cinquante-six ans, qui, jadis, avait eu les migraines périodiques de la goutte, et qui, il y a huit mois, fut prise le matin des premiers accidents de l'hémorrhagie du cerveau. Elle était sortie pour aller à ses provisions, aussi bien portante que jamais; en revenant, elle s'aperçut que son pied droit traînait sur le sol, et que le bras du même côté était également un peu paresseux. Elle changea même de main un journal plié qu'elle apportait, craignant de le laisser tomber dans la boue. Elle remonta à sa chambre, se déshabilla et se mit au lit. Interrogée par son mari, elle répondit en balbutiant. Cependant les accidents s'accrurent d'heure en heure, et le soir, à peu près douze heures après l'invasion, l'hémiplégie était complète, et la perte de connaissance commençait; cette perte de connaissance, accompagnée d'une profonde stupeur, dura trois jours.

Cette femme est intéressante encore à d'autres points de vue, et je reviendrai sur son histoire un peu plus tard. Chez elle, en effet, contrairement à ce qui se passe le plus souvent, les mouvements sont revenus dans le bras beaucoup plus vite et plus complètement que dans la jambe, et je vous dirai quelle valeur a ce signe.

Je reviens à ma proposition.

Quand le chiffonnier dont je vous parlais au début de cette conférence a été trouvé sur la voie publique, la nuit, dans la stupeur apoplectique; quand la vieille femme a été le matin trouvée dans le même état dans son lit, par les voisins, qui s'inquiétaient de ne pas la voir se lever comme à l'ordinaire, qui sait comment les choses se sont passées au début? qui sait si, pendant une demi-heure, une heure et même davantage, les accidents n'ont pas eu la marche lente et progressive qu'ils ont eue chez les trois malades dont je viens de vous raconter l'histoire? J'ajoute qu'il est, sinon certain, mais du moins infiniment probable que chez eux la paralysie a eu l'allure qu'elle a eue chez les trois autres.

Si je suis si affirmatif, messieurs, c'est que, depuis plus de quinze ans que mon attention est fixée sur ce point de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale,

je n'ai pas eu la chance de voir *une seule fois* un malade frappé subitement d'*apoplexie*, dans le sens classique et étymologique de ce mot ; je n'en ai vu ni dans mon service d'hôpital, ni dans ma pratique privée, ni dans celle de mes confrères qui m'ont fait l'honneur de m'appeler en consultation. J'ai vu certes un grand nombre d'individus atteints d'hémorrhagie cérébrale, dans la stupeur apoplectique la plus profonde ; mais, toutes les fois, *sans exception*, que l'attaque s'était passée devant des témoins, elle avait été graduelle, en général légère au début, et le carus venait quelquefois dix minutes, une demi-heure, une heure, plusieurs heures après le commencement de l'attaque ; mais pas une fois, je le répète, je n'ai pu voir un homme atteint d'hémorrhagie cérébrale, frappé comme un coup de massue, et tomber immédiatement sans connaissance.

Il est pourtant une circonstance où les choses se passent ainsi, et je me hâte de le dire, de peur d'être taxé d'exagération et de singularité.

Le malade du n° 15 de la salle Sainte-Agnès, dont je vous ai parlé, et qui succombait avec une hémorrhagie de la protubérance annulaire et la rupture de la valvule de Vieussens, est tombé subitement dans le carus, et la stupeur apoplectique n'a cessé qu'à la mort, arrivée peu après. Mais quels sont les renseignements qui nous ont été donnés par l'infirmier qui veillait pendant la nuit ? Le malade, vous le savez, avait une encéphalite aiguë, à laquelle il devait succomber quelques jours plus tard, s'il n'était survenu un accident imprévu ; tout à coup il est frappé d'une convulsion épileptiforme, et il meurt après quelques minutes, sans être sorti de la stupeur apoplectique la plus profonde. Remarquez ici, messieurs, qu'il s'est joint aux phénomènes ordinaires de l'hémorrhagie une attaque d'éclampsie, qui, seule et sans autre complication, suffit pour produire la stupeur apoplectique ; et j'admets que toutes les fois qu'une hémorrhagie cérébrale débutera avec une attaque épileptiforme, la stupeur apoplectique surviendra soudainement comme elle survient après toutes les attaques d'épilepsie.

J'ajoute une chose pour ce qui regarde notre malade : l'hémorrhagie s'était faite, chez lui, dans la protubérance annulaire, c'est-à-dire dans le point où convergent toutes les fibres nerveuses ; quand l'hémorrhagie se fait en ce point aussi essentiel à la vie, je comprends que les accidents apoplectiformes puissent être subits ; mais, encore une fois, à moins de lésion d'une partie centrale, à moins d'une attaque d'éclampsie au début de l'hémorrhagie, ce qui n'est pas très-rare, la stupeur apoplectique, comme phénomène initial, est un fait très-exceptionnel.

Je n'excepte pas même le cas de rupture du foyer hémorrhagique dans les ventricules latéraux. Avant que le sang s'épanche dans les ventricules, il s'est accumulé dans un point de la pulpe cérébrale voisine de la surface des ventricules, et il a donné lieu déjà à quelques symptômes qui peuvent avoir été méconnus, mais qui, pour un praticien exercé, sont déjà l'indice de l'existence d'un foyer hémorrhagique, ou d'un travail morbide dans lequel se sont pro-

duites déjà des hémorrhagies capillaires. Supposons, en effet, messieurs, un travail de ce genre se passant dans le corps strié ; supposons qu'il se soit déjà formé une multitude de petits foyers hémorrhagiques dont la grosseur varie depuis la grosseur d'une petite tête d'épingle jusqu'à celle d'une petite lentille ; jusque-là il y aura seulement un peu de pesanteur de tête, de l'engourdissement dans le côté opposé à la lésion, et si tout à coup, un foyer s'ouvrant dans la cavité ventriculaire, le malade tombe frappé d'apoplexie, on dira que les phénomènes observés auparavant n'étaient que des phénomènes prémonitoires, quand ils étaient déjà les symptômes d'une hémorrhagie simple ou multiple existant depuis plusieurs jours. Dans un cas de ce genre, on suppose que l'hémorrhagie ne s'est faite que lorsque le coup apoplectique a eu lieu, tandis qu'il faut admettre que l'hémorrhagie de la pulpe s'est produite auparavant et dès que les premiers symptômes ont apparu, pour se manifester au contraire par de formidables accidents, lorsque, tout à coup, le sang a fait irruption dans les ventricules.

Vous avez vu ce qui est arrivé chez l'homme qui nous fournit l'occasion de cette conférence. Rien ne l'a averti du début de son accident, et une fois celui-ci produit, rien encore n'était assez sérieux pour qu'il s'en préoccupât : tout se bornait à cet embarras de la parole, à cette gêne pour écrire, qui seuls appelaient son attention, à cette déviation des traits du visage dont il n'avait aucune connaissance avant que nous l'eussions nous-même constatée.

Si la soudaineté des phénomènes qui s'étaient manifestés, leur nature franchement hémiplegique, quoique l'hémiplegie se limitât à la face et au bras droit, nous donnaient à penser qu'il s'était fait dans l'hémisphère gauche un foyer hémorrhagique, le peu d'intensité de ces troubles de la motilité nous permettait aussi de croire que ce foyer hémorrhagique était très-petit, peut-être du volume d'une lentille ou d'un noyau de cerise. Or, des hémorrhagies de ce genre n'entraînent par elles-mêmes aucune conséquence fatale. Elles annoncent quelquefois, il est vrai, une prédisposition organique fâcheuse au retour des accidents. Par cette prédisposition organique je n'entends parler, messieurs, ni du ramollissement de la substance cérébrale qui, suivant M. Rochoux, précéderait nécessairement l'hémorrhagie, et que, pour cette raison, il appelle hémorrhagipare ; ni de ces altérations des vaisseaux de l'encéphale auxquelles Abercrombie attribuait ici le plus grand rôle.

D'accord en cela avec la majorité des médecins, j'admets que le ramollissement cérébral qui accompagne l'hémorrhagie en est l'effet et non la cause. Mais son importance n'en est pas moins grande, car bien souvent ce sera lui, bien plus que l'hémorrhagie elle-même, ce sera le ramollissement aigu, l'encéphalite consécutive qui sera la cause des accidents cérébraux graves et qui entraînera la mort du sujet.

Quant aux altérations des artères, caractérisées par la présence de plaques jaunâtres, de consistance cartilagineuse, incrustées pour la plupart de sels calcaires, ces altérations ne sauraient être une condition essentielle des hémor-