

diagnostic différentiel qu'en comparant la marche des accidents dans l'une et l'autre affection. Dans la première, les symptômes graves qui semblaient menacer la vie diminuent ou cessent complètement au bout de quelques heures, ou, au plus tard, après quelques jours; tandis que, dans tous les cas d'hémorrhagie, nous avons vu que la marche était incomparablement plus lente, et que la guérison n'était presque jamais complète, les individus conservant une paralysie plus ou moins étendue.

Les différences entre l'hémorrhagie cérébrale et l'hémorrhagie méningée sont parfois plus difficiles à saisir. Lorsque consécutive à une rupture artérielle, l'hémorrhagie méningée est tout à coup abondante, on la voit produire des symptômes de compression brusque, qui ne différeront pas de ceux que détermine l'épanchement intra-cérébral: aussi le diagnostic différentiel est-il alors à peu près impossible. Cependant Boudet pense qu'on pourra même alors distinguer les deux maladies l'une de l'autre: la comparaison d'un grand nombre d'observations lui ayant appris que l'épanchement de sang dans les membranes du cerveau déterminait aussitôt de la contracture, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale ce symptôme ne survenait qu'après le développement du ramollissement qui se forme consécutivement autour du foyer apoplectique. Toutefois, lorsque celui-ci, intra-cérébral d'abord, s'est fait jour ensuite, soit dans les ventricules, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, la contracture peut survenir comme phénomène tout à fait primitif. Si, au lieu de s'opérer aussi brusquement, l'hémorrhagie méningée se fait, par contre, lentement, la paralysie et les autres symptômes de compression suivront la même marche, c'est-à-dire qu'ils se développeront progressivement. Un point fort important à noter, c'est que dans l'hémorrhagie méningée les accidents, et notamment la paralysie et le coma, pourront offrir des intermittences: ainsi ils diminueront souvent du jour au lendemain pour revenir ensuite à leur degré primitif, et même pour s'aggraver lorsque l'hémorrhagie, après s'être arrêtée, se reproduira plus tard. La considération de ces circonstances suffira pour distinguer les deux maladies que je compare actuellement. Il est, au contraire, à peu près impossible de déterminer pendant la vie si le sang est épanché ou s'il est seulement infiltré, comme nous l'avons trouvé dans cette forme d'apoplexie que nous avons nommée *capillaire*. Les symptômes, en effet, diffèrent très-peu dans beaucoup de cas: c'est la même instantanéité dans le début, ce sont les mêmes accidents paralytiques et la même marche. Mais quelquefois pourtant, dans l'apoplexie capillaire, les phénomènes morbides sont plutôt ceux du ramollissement; comme dans celui-ci, ils sont progressifs, ils offrent une sorte d'intermittence, et peuvent, par conséquent, passer facilement inaperçus.

Il n'y a nulle difficulté à distinguer une hémorrhagie du cerveau du ramollissement chronique de cet organe. La première, en effet, est foudroyante dans son invasion, la deuxième est lente dans sa marche. Une douleur de tête, fixe et plus ou moins vive, une obtusion graduelle des facultés intellectuelles, de l'embarras de la parole, des fourmillements, des rougeurs dans une moitié du corps, une hémiplegie qui fait tous les jours des progrès jusqu'à ce qu'elle soit complète: tels sont les symptômes qui se rattachent au ramollissement chronique. Mais s'il est facile de distinguer celui-ci de l'hémorrhagie, il n'en est plus de même du ramollissement aigu qui, par son début brusque et sans prodromes, simule tellement une hémorrhagie, qu'un diagnostic différentiel me semble absolument impossible. Toutefois, le ramollissement apoplectiforme est si rare comparativement aux cas d'hémorrhagie, que lorsqu'on voit une

hémiplegie survenir tout d'un coup, avec ou sans perte de connaissance, on devra prudemment admettre l'existence d'un épanchement sanguin plutôt que de croire à une lésion relativement fort rare.

Quoi qu'en pensent certains auteurs, nous admettons l'existence des apoplexies nerveuses, c'est-à-dire des apoplexies qui produisent tous les symptômes des hémorrhagies cérébrales sans lésions appréciables des centres nerveux. J'ai observé, avec Chomel, un fait de ce genre, que j'ai publié en 1837 dans la *Presse médicale* (1), et M. Lélut en a cité plusieurs autres dans la *Gazette médicale* de 1835. Il faut convenir qu'il n'existe aucun moyen pour éviter l'erreur; mais les cas dont je parle sont tellement rares, qu'on pourra en faire tout de suite abstraction dans la pratique, lorsqu'il s'agira d'établir le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.

Des maladies plus ou moins étrangères au cerveau peuvent simuler enfin une hémorrhagie encéphalique: ce sont surtout certains empoisonnements, l'ivresse, la syncope, l'asphyxie, la rupture d'une tumeur anévrysmale. (Voyez ces affections.)

Une fois fixé sur l'existence de l'hémorrhagie, le médecin cherchera à préciser le siège de l'épanchement. Pour le faire, il aura surtout égard au siège même occupé par la paralysie. Ainsi des faits innombrables ont prouvé que l'épanchement cérébral siègeait dans l'hémisphère opposé au côté paralysé, c'est-à-dire que, pour une hémorrhagie de l'hémisphère droit, il y a une paralysie du côté gauche. Cette action croisée s'explique par l'entre-croisement des pyramides: on sait, en effet, que les fibres de droite vont dans l'hémisphère gauche du cerveau, et *vice versa*. Tout en admettant comme loi l'état croisé de l'altération cérébrale et de la paralysie, il importe cependant de prévenir le lecteur qu'il existe dans la science quinze à vingt observations authentiques qui prouvent que la paralysie peut avoir lieu du même côté que l'épanchement; mais ces faits sont trop rares, trop exceptionnels, pour nous empêcher, dans un cas donné d'hémiplegie, d'affirmer que l'épanchement siège dans l'hémisphère du côté opposé. Ces faits de paralysie directe ont toutefois été contestés par quelques esprits sceptiques, et cependant, quelque insolites qu'ils soient, ils doivent avoir leur raison d'être dans quelque anomalie anatomique. M. Longet dit avoir vu plusieurs fois des bulbes et des protubérances dans lesquels l'entre-croisement des pyramides était à peine appréciable et assurément beaucoup moins complet que dans l'état normal (2). N'est-il pas possible, dès lors, que cet entre-croisement puisse manquer quelquefois? Il est à regretter que cette recherche n'ait été faite dans aucun des cas de paralysie directe qui ont été observés jusqu'à ce jour.

Nous serait-il possible de localiser encore mieux la maladie? Peut-on, par exemple, *affirmer* que l'épanchement occupe le lobe moyen ou le lobe antérieur, le corps strié ou la couche optique, la corne d'Ammon ou les circonvolutions, etc., d'après le siège ou les limites de la paralysie? Préciser toujours

(1) Un homme d'environ cinquante ans, après une nuit passée en voiture et un repos de quelques heures dans son lit, s'aperçut à son réveil qu'il était paralysé du sentiment et du mouvement de tout le côté droit du corps. Entré à la Clinique, nous croyons avec Chomel qu'il est atteint d'une hémorrhagie cérébrale siégeant dans l'hémisphère gauche. Au bout de quelques jours il survient de la contracture, de la fièvre, de la somnolence, et le malade succombe comme meurent la plupart des apoplectiques. A l'autopsie faite par moi-même, avec le soin le plus minutieux, je ne retrouvai ni dans l'encéphale ni dans la moelle, coupés par fragments les plus ténus, qui furent regardés et touchés, aucune lésion appréciable, aucune modification de coloration ou de consistance.

(2) *Système nerveux*, t. II, p. 383.



une pareille localisation me semble impossible dans l'état actuel de la science. Les faits favorables qu'on a invoqués sont contredits par des observations si nombreuses, qu'il est impossible de rien établir d'absolu à cet égard. On s'en convaincra si l'on consulte les relevés donnés par M. Andral dans sa clinique, ainsi que l'opuscule du docteur Fink, publié en 1830 à Fribourg-Brigau, et dans lequel les prétentions des localisateurs sont jugées par une statistique faite sur une très-grande échelle. Non-seulement on ne peut localiser que très-rarement l'épanchement dans telle ou telle partie du cerveau, mais il n'existe même aucun groupe de symptômes à l'aide desquels on puisse déterminer sûrement si l'épanchement est situé dans le cerveau ou bien dans le cervelet. L'amaurose, la paralysie du sentiment avec conservation du mouvement, l'excitation des organes génitaux chez l'homme, le défaut de coordination des mouvements, l'impulsion invincible de marcher en avant ou bien à reculons, etc., ont été tour à tour considérés comme des signes d'une hémorrhagie cérébelleuse; mais les faits n'ont pas justifié des opinions émises surtout d'après les résultats obtenus par des vivisections sur les animaux. M. le docteur Hillairet, qui, dans ces derniers temps, a fait de louables efforts pour résoudre un problème difficile, insiste sur la fréquence des vomissements (1). Ce symptôme, qu'on n'observerait guère dans l'apoplexie cérébrale que sur un trentième, surviendrait, par contre, dans l'apoplexie cérébelleuse, dans la proportion de 1 sur 2  $\frac{1}{2}$ ; les vomissements se répéteraient plus ou moins fréquemment et pourraient même devenir incoercibles. Si à ce symptôme déjà insolite on joint une hébétude particulière de la face, l'intégrité de la sensibilité générale et des sens, une intelligence plus ou moins conservée, mais rarement éteinte, excepté à la période ultime; une résolution musculaire habituelle, mais n'empêchant pas les mouvements, et n'arrivant guère jusqu'à la paralysie que dans un tiers des cas, on pourrait, par l'ensemble de pareils symptômes, croire avec M. Hillairet qu'il existe un foyer hémorrhagique dans le cervelet. Mais l'auteur convient lui-même qu'on ne saurait être encore trop affirmatif; il n'existe, en effet, aucun symptôme, ni même aucun ensemble de troubles fonctionnels qui permette une grande précision dans le diagnostic. Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui reconnu que l'hémorrhagie cérébelleuse, lorsqu'elle produit très-exceptionnellement peut-être une hémiplegie, celle-ci est presque toujours croisée comme elle l'est dans une hémorrhagie cérébrale. Il paraît, d'ailleurs, que l'apoplexie cérébelleuse a une marche plus rapide et que sa terminaison est le plus souvent fatale. Je parle ici de l'hémorrhagie qui occupe les lobes latéraux; car lorsque l'épanchement siège dans le lobe médian, ou lorsque, occupant un des lobes latéraux, il est si abondant qu'il en résulte une compression de la moelle allongée, les individus sont comme foudroyés et succombent en quelques instants, paralysés des membres ainsi que des muscles respiratoires.

Une paralysie générale et subite précédée parfois de convulsions épileptiformes, quelquefois d'une sorte de propulsion irrésistible à courir, accompagnée de symptômes asphyxiques et suivie d'une mort rapide, doit faire supposer que l'hémorrhagie a son siège au centre de la protubérance: je dis supposer, car presque tous ces accidents peuvent se retrouver dans les apoplexies très-graves du cerveau et du cervelet. La présence des faisceaux antérieurs de la moelle dans la protubérance explique ces mouvements convulsifs, comme l'extension de la lésion au bulbe rachidien ou seulement la compression de celui-ci rendent compte de la promptitude de la mort et de l'asphyxie qui termine la vie. Si

(1) Archives générales de médecine, année 1858.

l'hémorrhagie est exactement circonscrite dans une des moitiés de la protubérance, elle ne produira qu'une hémiplegie ordinaire chez les uns; chez d'autres on observera une contracture des membres, comme dans les hémorrhagies méningées. Dans le cas que je suppose ici, l'hémiplegie sera croisée comme elle l'est dans l'hémorrhagie cérébrale; mais contrairement à ce qu'on voit dans cette dernière, on pourra, dans l'apoplexie de la protubérance, observer une paralysie *alterne*, c'est-à-dire une paralysie affectant les membres du côté opposé à la lésion, tandis que la paralysie faciale sera par contre directe. Cette particularité, sur laquelle M. Millard a le premier fixé l'attention (1) et que M. Gubler a plus spécialement étudiée (2), s'explique par ce fait anatomique que les filets qui sont l'origine des nerfs faciaux s'entre-croisent au-dessus de l'isthme, tandis que ceux qui sont destinés aux membres et au tronc, ne s'entre-croisent que dans le bulbe, de sorte que dans une lésion d'une moitié de la protubérance, mais intéressant les couches les plus inférieures, la paralysie doit affecter le côté correspondant de la face, puisque la lésion atteint un nerf qui a déjà été entre-croisé, tandis que la paralysie portera sur les membres du côté opposé, puisque ce sont les cordons qui lui sont destinés qui sont détruits par le raptus hémorrhagique. Disons pourtant que ces paralysies ne sont pas exclusives aux lésions unilatérales du mésocéphale; elles peuvent notamment tenir à des altérations multiples situées, les unes sur le trajet du nerf, les autres dans l'hémisphère correspondant du cerveau: aussi ne peut-on, dans ce cas, comme dans tous les autres, que porter un diagnostic *probable* ou *possible*.

**Pronostic.** — L'hémorrhagie encéphalique est une maladie toujours grave; elle tue, en effet, dès la première attaque, le tiers ou le quart de ceux qu'elle frappe, et la plupart des individus qui échappent une première fois restent infirmes, impotents, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie ou un ramollissement consécutif les emporte. En général, le pronostic devient plus grave à mesure que les hémorrhagies se répètent. Quoiqu'on cite des individus qui ont eu quinze ou seize attaques, et plus encore, cependant il importe de dire que ces cas sont infiniment rares, et que la plupart de ceux qui sont frappés trois ou quatre fois n'en reviennent guère. D'ailleurs le pronostic de la maladie variera suivant la nature des symptômes, les complications, l'âge et la constitution des sujets. Ainsi le coma profond, la résolution des membres, une respiration entrecoupée, stertoreuse, l'impossibilité de la déglutition, la décomposition des traits, l'accélération fébrile du pouls, sont des symptômes du plus fâcheux augure. Lorsque la perte de connaissance se prolonge au delà de trois ou quatre jours, il est probable que la maladie aura une issue funeste. L'accélération du pouls, la chaleur de la peau, sont aussi des signes fâcheux; ils coïncident en général avec le développement de la contracture, et se lient presque toujours au ramollissement des parois du foyer. Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la maladie augmente avec le nombre des années: ainsi, sur trente et un apoplectiques dont parle Rochoux, et qui avaient plus de soixante et dix ans, tous ont succombé. Le petit nombre de vieillards qui résistent à la première attaque restent infirmes et tombent en enfance; quelques rares exceptions ne sauraient détruire la règle générale que je viens d'établir. L'apoplexie cérébrale offre aussi plus de gravité chez les sujets sanguins, pléthoriques, en raison de la facilité plus grande qu'a la maladie à récidiver chez eux.

(1) Bulletins de la Société anatomique, années 1855 et 1856

(2) Gazette hebdomadaire, années 1856 et 1858.



**Étiologie.** — Les causes de l'apoplexie sont nombreuses. Affection souvent héréditaire, on l'a vue survenir à tout âge : ainsi Billard, Sestier, MM. Vernois et Cazalis, l'ont vue chez des enfants n'ayant que quelques jours, et l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez renferme quatorze cas d'hémorrhagie cérébrale chez des enfants âgés de trois à douze ans. Ce sont là des faits exceptionnels, car on peut avancer que la maladie dont nous parlons arrive rarement avant l'âge de trente ans; elle devient assez commune de cinquante à soixante, et paraît avoir son maximum de fréquence entre soixante et soixante et dix ans (Rochoux). Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur l'influence du sexe; mais il résulte des relevés de M. Falret que l'hémorrhagie cérébrale est presque trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Quoique la maladie sévisse chez les sujets de toute constitution, quoique les individus d'un tempérament sec et nerveux deviennent souvent apoplectiques, il est cependant reconnu que les personnes replètes, grasses, pléthoriques, qui ont une tête grosse, un cou court, la face très-injectée, sont plus spécialement exposées à l'hémorrhagie : aussi dit-on souvent que les individus qui présentent l'ensemble des caractères que je viens d'indiquer ont une *constitution apoplectique*. On a également reconnu que plusieurs de nos organes pouvaient agir plus ou moins directement sur le cerveau; il est certain que le travail de la digestion, surtout lorsqu'il se fait péniblement, provoque, chez beaucoup d'individus, un état de congestion vers le cerveau qui favorise la production des épanchements sanguins; il en est de même d'une constipation prolongée. Depuis Legallois on dit également que l'hypertrophie du ventricule gauche constitue une prédisposition active au développement de l'hémorrhagie cérébrale. Mais c'est là un point qui ne me semble pas parfaitement établi, même après la lecture du travail que Bricheteau a publié dans sa *Clinique de l'hôpital Necker*. Rochoux, dans plusieurs de ses écrits, notamment dans les *Archives* de 1834, s'est beaucoup élevé contre cette doctrine, et a produit contre elle un nombre de faits imposants. L'observation, la pratique journalière lui donne raison. Si le cœur exerçait, en effet, quelque influence dans la production des hémorrhagies encéphaliques, on verrait celle-ci survenir plus souvent dans le cours des lésions organiques du cœur; cette coïncidence existe quelquefois, il est vrai, mais si rarement, qu'il est difficile d'y voir autre chose qu'un accident, qu'une complication toute fortuite. On a aussi accusé l'état de grossesse comme prédisposant à l'hémorrhagie cérébrale, il n'en est rien; d'ailleurs les statistiques des maternités le prouvent d'une manière victorieuse. Il est également très-contestable que les travaux intellectuels prédisposent beaucoup à la maladie, tandis que l'influence des émotions morales et surtout des passions tristes est bien mieux démontrée. L'apoplexie paraît être plus commune pendant l'hiver et le printemps (Falret); des variations brusques dans la température ou dans la pression atmosphérique la provoquent : c'est ce qui explique pourquoi on a pu la voir quelquefois régner en quelque sorte épidémiquement, comme Baglivi et Lancisi l'ont constaté à Rome, et Malouin à Paris. Une nourriture substantielle, l'usage des stimulants et des alcooliques, des vêtements serrant le cou et faisant stagner le sang dans la tête, sont des causes prédisposantes extérieures qui sont les moins contestables. Citons aussi le sommeil, et surtout le sommeil prolongé. M. Gendrin a calculé, en effet, que sur 177 cas d'hémorrhagie du cerveau, il y en avait 97 dont l'invasion s'était faite pendant le sommeil, et parmi ces dernières l'attaque est survenue 84 fois pendant le sommeil de la nuit.

Presque toutes les hémorrhagies cérébrales arrivent d'une manière spontanée;

cependant il n'est pas rare de les voir succéder à l'action évidente de quelque cause déterminante, telle que l'ébriété, une violente secousse morale, des efforts, et surtout ceux qu'on fait pour aller à la selle, lorsque les matières fécales sont dures et volumineuses. Chez d'autres elle est survenue pendant l'acte du coït. Une insolation prolongée, le passage brusque d'une température basse à une température élevée, et réciproquement, un bain trop chaud ou trop froid, la suspension d'une hémorrhagie constitutionnelle ou sa suppression brusque, etc., ont eu souvent le même effet.

**Traitement.** — L'apoplexie cérébrale exclut presque toujours la médecine expectante. Le traitement qu'on oppose à cette maladie a pour but de combattre les accidents d'hypérémie et de compression qui existent, puis de favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer. On obéit à la première indication par l'emploi de la saignée générale, qui sera plus ou moins copieuse, et qu'on réitérera une ou plusieurs fois, suivant la force du sujet, suivant son âge, sa constitution, suivant l'état du pouls : il nous est impossible de rien préciser à cet égard. Il faut communément donner la préférence à la saignée du bras, comme étant la plus facile et celle par laquelle on peut obtenir le plus aisément une suffisante quantité de sang : voilà pourquoi nous n'approuvons pas les saignées du pied, toujours plus ou moins difficiles et insuffisantes, ni la saignée des jugulaires, que quelques-uns ont proposée, ni même la section des artères temporales, à cause de la compression qu'on est obligé d'exercer sur la tête pendant plusieurs jours après. Les saignées locales seront le plus souvent associées avec avantage aux saignées générales. Les premières devront être faites spécialement au voisinage de la tête : c'est ainsi que les sangsues seront appliquées le long du cou ou derrière les apophyses mastoïdes; on pourra remplacer les sangsues par des ventouses scarifiées à l'occiput et à la nuque, région dont les vaisseaux ont des communications plus ou moins directes avec les canaux veineux de l'intérieur du crâne. Pour la même raison, Lancisi et M. Cruveilhier ont préconisé la saignée de la pituitaire, soit en faisant des scarifications, ou mieux encore à l'aide d'une ou de deux sangsues appliquées dans les narines. Dans les cas où la congestion encéphalique est très-forte, très-rebelle, ou lorsqu'il y a imminence que des accidents inflammatoires ne se développent, mieux vaut peut-être choisir les apophyses mastoïdes; mais on aura soin d'entretenir l'écoulement d'une manière continue pendant plusieurs heures, et même pendant une journée entière, en appliquant successivement un petit nombre de sangsues, qu'on remplace par d'autres au fur et à mesure qu'elles tombent, ou lorsque l'écoulement sanguin se suspend. La plupart des médecins préfèrent appliquer les sangsues sur un point éloigné du cerveau, comme aux malléoles, et surtout à l'anüs; mais nous ne saurions les approuver, car l'effet dérivatif qu'on se propose d'obtenir est souvent nul. Il n'y a réellement avantage à suivre cette pratique que lorsqu'on veut rappeler une hémorrhagie constitutionnelle dont la suppression paraît avoir occasionné le développement de l'apoplexie cérébrale. En règle générale, les saignées sont d'autant plus utiles qu'on les fait à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Quoiqu'il soit fort rare de voir des apoplexies cérébrales dans lesquelles l'usage de toute émission sanguine soit contre-indiqué, cependant des cas de ce genre existent, et il importe de bien les connaître, car une saignée intempestive pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Ainsi, dans ces apoplexies foudroyantes qui s'accompagnent d'une résolution générale, lorsque le pouls est irrégulier, petit et misérable, lorsque enfin la peau est froide, il faut, au lieu de tirer du sang, exciter, réveiller la sensibilité, soutenir les forces près de



s'éteindre, en faisant sur la peau des frictions sèches, excitantes, en appliquant des sinapismes et des vésicatoires, et en administrant une boisson aromatique et cordiale; c'est ce qu'on voit fréquemment après les hémorrhagies même faibles, lorsqu'elles frappent les vieillards cachectiques. Si l'on est assez heureux, par les moyens que j'indique, de ranimer la chaleur et de donner une certaine résistance au pouls, on pourra recourir aux émissions sanguines; mais, lorsqu'il a existé un collapsus aussi grand, on devra agir très-prudemment et dans les cas où des signes de congestion en feraient une obligation très-impérieuse. Il arrive aussi des cas où les caractères du pouls sont tels que, sans contre-indiquer précisément l'emploi de la saignée, ils n'engagent pas pourtant le médecin à y recourir. Que faire alors? Nous pensons que dans ces conditions, surtout si les malades sont encore à une époque voisine du début, on devra faire une saignée *exploratrice*, et, d'après les effets immédiats qu'on obtiendra, on insistera sur ce moyen, ou bien on l'abandonnera tout à fait.

On voit qu'ici, comme pour toute autre maladie, la saignée n'est pas un moyen indifférent et qu'il faille employer *quand même*, mais seulement lorsque l'indication est précise. On a vu aussi dans quelles limites les émissions sanguines sont utiles; elles n'ont point pour but de guérir le mal, mais de remédier à la congestion, de prévenir l'inflammation du foyer ou une nouvelle hémorrhagie, et de favoriser la résorption du sang épanché. Ce sont des idées fort rationnelles, en rapport avec les données physiologiques et sanctionnées par l'expérience des siècles, mais elles n'ont pu trouver grâce devant quelques esprits mobiles, toujours enclins au paradoxe, et qui n'ont pas craint de signaler la saignée comme étant une arme toujours nuisible dans le traitement de l'apoplexie.

Aussitôt après la saignée, on devra recourir à l'emploi des dérivatifs sur la peau et sur le tube digestif: ainsi des cataplasmes sinapisés seront promenés sur les extrémités inférieures, ou bien on mettra celles-ci dans les ventouses Junod; on administrera enfin des laxatifs par la bouche et en lavements. Ceux-ci auront le double avantage de produire une dérivation, et d'expulser les matières stercorales, que nous avons signalées comme pouvant exercer une fâcheuse influence sur le cerveau lorsqu'elles sont accumulées en grande quantité dans le rectum. Quelques médecins préfèrent les drastiques aux simples laxatifs; mais cette pratique paraît avoir eu parfois des inconvénients graves; il en est de même des vomitifs, dont les anciens ont souvent abusé dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et dont l'emploi peut avoir des suites fâcheuses. On conçoit, en effet, que les efforts qui accompagnent les vomissements, en augmentant l'hypérémie cérébrale, puissent favoriser la production d'un nouvel épanchement; cependant il est des cas où l'émétique nous paraît indiqué: c'est lorsque, l'apoplexie survenant peu après les repas, l'estomac se trouve distendu par les aliments, conditions qui, comme nous l'avons vu, doit favoriser la congestion cérébrale. On a dit, il est vrai, qu'on pouvait, même dans ce cas, se dispenser de donner l'émétique, et qu'en pratiquant une saignée copieuse, on provoquerait presque toujours le rejet des matières contenues dans l'estomac. Mais outre que cet effet n'a pas nécessairement lieu, il est reconnu que le vomissement qui est excité par les pertes de sang s'accompagne d'un état de malaise plus grand, et que souvent il nécessite pour s'effectuer des efforts plus considérables: pour tous ces motifs, on doit, quand l'estomac contient des aliments, faire précéder la saignée par l'administration de 10 à 15 centigrammes d'émétique. Indépendamment de la circonstance dont je parle, l'emploi du vomitif peut encore être indiqué par une complication saburrale; mais personne aujourd'hui ne songe à donner l'émétique à hautes doses pour

remplir une indication contre-stimulante, ainsi que Laënnec paraît l'avoir fait plusieurs fois.

Il est inutile de dire qu'avec les moyens que je viens d'énumérer les malades seront soumis à une diète sévère, à l'usage d'une boisson acidule, tempérante et laxative. On prescrira le repos le plus absolu, on éloignera toutes les causes d'excitation; la température de la chambre sera fraîche; la tête, découverte, ou du moins légèrement couverte, sera maintenue élevée et appuyée sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine; enfin on évitera qu'aucun vêtement ne comprime la poitrine et le cou. En supposant que les moyens que j'indique produisent une amélioration rapide, on devra néanmoins ne pas se départir, pendant les sept ou huit premiers jours, du régime sévère que l'on a prescrit, car c'est à cette époque que se développent souvent les congestions cérébrales.

Dès que l'on constatera les signes du ramollissement inflammatoire, on reviendra à l'usage des émissions sanguines; on insistera aussi sur les dérivatifs intestinaux et cutanés: c'est dans ces cas qu'on a conseillé des révulsifs plus énergiques, tels que des vésicatoires ou des cautères sur les membres, mais surtout un large séton à la nuque. L'utilité de ce dernier moyen n'est pas mieux démontrée. On a encore préconisé les frictions mercurielles sur les tempes et sur le cuir chevelu, ainsi que l'administration à l'intérieur du calomel à doses fractionnées, afin d'exciter la salivation. C'est là un moyen qu'on ne devra pas sans doute négliger dans les cas graves, sans que cependant son efficacité ou même son utilité soit encore bien démontrée.

Il est des apoplectiques qui sont tourmentés par l'insomnie, qui s'agitent et se plaignent sans cesse. On calme parfois ces accidents par l'administration d'un bain tiède donné avec beaucoup de précaution; mais on en triomphe plus sûrement encore en prescrivant l'opium à la dose de 2 à 5 centigrammes. C'est à tort que quelques médecins craignent d'administrer ce médicament dans les affections cérébrales, sous le faux prétexte qu'on peut produire ou aggraver une congestion cérébrale: l'expérience nous prouve tous les jours combien ces craintes sont peu légitimes.

Dans la convalescence, on évitera tout ce qui pourrait favoriser une nouvelle attaque. Je renvoie, pour l'indication du régime et des soins hygiéniques à prescrire, à ce que j'ai dit précédemment pour la congestion cérébrale. D'ailleurs les moyens à conseiller varient beaucoup: ainsi il est des individus pléthoriques chez lesquels le régime débilitant devra être continué pendant longtemps, tandis que, chez les personnes débiles et chez les vieillards, on insistera sur les toniques et les analeptiques.

Contre les paralysies qui persistent et qui rendent les individus impotents pour le reste de leurs jours, on a conseillé divers moyens, les uns impuissants, la plupart dangereux. Les frictions sèches, aromatiques ou rubéfiantes sur les membres paralysés, l'application de vésicatoires volants, les douches salines, sulfureuses et de vapeur n'ont aucune action utile. Il en est de même de l'électricité, du galvanisme, de bains de vapeur, ainsi que de l'emploi de la noix vomique et de la strychnine à l'intérieur ou par la méthode endermique. Ces derniers agents ne sont pas seulement impuissants, mais ils sont le plus souvent dangereux par l'excitation et les congestions cérébrales qu'ils provoquent. Il ne faudrait donc y recourir qu'à une période très-avancée, lorsque toute contracture a cessé, lorsque la lésion cérébrale étant cicatrisée, il paraît utile d'exciter les muscles qui semblent avoir perdu leur aptitude motrice. M. Duchenne dit avoir, en pareil cas, employé avec avantage l'électrisation localisée. Mais, je le répète, il faut toujours procéder avec une extrême réserve.