

pect et la consistance qu'elle acquiert par une macération un peu prolongée dans l'acide nitrique étendu. C'est à tort, suivant nous, que la plupart des auteurs rattachent cette lésion à un état inflammatoire, et en font une forme de la myélite chronique; la marche des accidents, et, à l'autopsie, la pâleur des tissus, l'absence de toute injection contredisent tout à fait cette opinion.

L'induration de la moelle, beaucoup plus rare que le ramollissement de ce cordon nerveux, a la marche de ce dernier, et détermine les mêmes troubles fonctionnels, de sorte qu'il nous semble absolument impossible de distinguer pendant la vie ces deux altérations. M. Calmeil dit pourtant, dans sa description de l'induration de la moelle, insérée dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, que les accidents se montrent suivant un ordre qu'on n'observe que rarement dans le cas de ramollissement. Ainsi, d'après l'observateur distingué que je viens de citer, les symptômes propres à l'induration de la moelle se déclareraient d'abord dans un membre; puis, au bout d'un temps variable, ils se manifesteraient dans le membre situé du même côté du corps et qui avait paru épargné. L'atrophie s'emparerait peu à peu de la jambe et du bras lésés; puis, à la longue, la jambe ou le bras opposé s'affecterait à son tour, et il arriverait un moment où les fonctions des quatre membres deviendraient impossibles et où l'atrophie serait presque générale. Cette succession dans la paralysie n'est pas, comme on le verra sous peu, ordinaire dans le ramollissement. M. Calmeil signale ensuite les fonctions de la vessie et du rectum comme étant rarement troublées dans l'affection dont je parle; de plus, la paralysie du sentiment et du mouvement serait rarement complète; les membres, en effet, conserveraient un certain degré de souplesse, et pendant longtemps les malades continueraient à sentir, à marcher et à agir, bien que leurs mouvements soient lents et difficiles. L'endurcissement est une affection tout à fait apyrétique; mais quelquefois le poids du rachis correspondant à l'altération est le siège d'une douleur qui a de l'analogie avec les douleurs rhumatismales. J'ai rapporté ici presque textuellement la description de M. Calmeil; toutefois je n'oserais pas affirmer qu'elle fût parfaitement exacte; car dans les cas rares que j'ai eu occasion d'observer jusqu'ici, je n'ai trouvé aucune différence, pour les symptômes et la marche, entre l'induration et le ramollissement chronique que nous étudierons bientôt.

L'endurcissement est une maladie qui a généralement une durée longue; elle se prolonge le plus souvent une ou plusieurs années. On doit lui opposer le traitement que nous conseillerons contre le ramollissement; ses causes sont tout à fait inconnues.

DE L'INDURATION DU CŒUR

L'induration du cœur est une altération rare, inconnue dans ses symptômes, et qui n'a aucune importance pratique. Elle coïncide presque toujours avec l'hypertrophie. Le tissu de l'organe, percuté par le scalpel, résonne alors d'une manière particulière, à peu près, dit Laënnec, comme résonnerait un de ces cornets de cuir qui servent à jouer au trictrac. Quand on cherche à l'inciser, on éprouve de la résistance, et Corvisart rapporte avoir perçu en outre, dans un cas, une sensation de crépitation toute particulière. Laënnec rattachait à l'induration une exagération de l'impulsion, tandis que Corvisart admettait que cette lésion devait au contraire rendre la contraction des ventricules plus difficile et leurs mouvements plus bornés; mais ce ne sont là probablement que des idées émises à priori.

DE L'INDURATION DU FOIE

Le foie induré est ferme et dense comme le tissu squirrheux; il crie souvent sous le scalpel comme lui; on le rompt plutôt qu'on ne le déchire. D'après les auteurs, cette altération pourrait exister seule: c'est ce que nous n'avons pu encore constater: car, dans tous les cas, nous avons vu l'induration coïncider avec l'hypertrophie et plus constamment avec l'atrophie et avec la cirrhose.

On ignore jusqu'à présent les accidents qui peuvent résulter de l'induration du foie. On conçoit que, si celle-ci est considérable, elle puisse produire une ascite et divers dérangements des organes digestifs. Toutefois, on ne possède encore à ce sujet aucune donnée précise; et à supposer d'ailleurs que les choses se passent comme je l'indique ici, il n'y aurait aucun moyen de reconnaître si les accidents dépendent plutôt d'une induration simple que d'une atrophie ou d'une cirrhose.

QUATRIÈME GENRE DE LÉSIONS DE NUTRITION

DU RAMOLLISSEMENT

Le *ramollissement* est une altération très-fréquente qu'on a constatée dans la plupart de nos organes et qui est caractérisée par une diminution de cohésion de nos tissus. Considéré d'une manière générale, on doit, à l'exemple de M. Andral, distinguer plusieurs degrés dans le ramollissement. Dans le premier, le tissu conserve à peu près ses apparences extérieures, mais il se déchire avec plus de facilité. A un degré plus avancé, au lieu d'un corps solide, on ne trouve plus qu'une pulpe qu'on enlève avec le dos du scalpel ou qu'un filet d'eau entraîne. Enfin, dans le troisième degré, cette pulpe elle-même a disparu, et il n'existe plus çà et là que des débris du tissu primitif. Le ramollissement peut envahir tout un organe ou être limité à un point plus ou moins circonscrit. Si l'organe est complexe, il peut n'affecter qu'un ou plusieurs de ses éléments anatomiques; ainsi dans le tube digestif la muqueuse est le plus souvent le seul tissu qui soit ramolli; si l'organe est creux et que le ramollissement intéresse toute la paroi, une perforation peut s'opérer.

L'aspect des parties ramollies varie beaucoup: elles peuvent avoir conservé leur volume normal, ou bien elles sont plus volumineuses, parce qu'elles se sont pénétrées de liquides; plus rarement on les trouve plus petites et comme ratatinées. Leur coloration est non moins variable: elles peuvent conserver leur couleur propre; d'autres fois elles sont décolorées, ou bien le tissu est plus rouge, il peut être gorgé de sang, celui-ci peut même y être réuni çà et là en petits foyers; d'autres fois la coloration est violacée, noirâtre, brune ou jaune, ce qui dépend de la proportion du sang, de sa combinaison plus ou moins intime avec des tissus malades et du degré auquel le travail de résorption est parvenu. Ces colorations rouge, brune, noire, ne doivent pas toujours être regardées comme ayant préexisté au ramollissement; car souvent, au contraire, l'extravasation sanguine a lieu consécutivement et d'une manière toute mécanique, lorsque, par exemple, les vaisseaux de la partie malade, moins résistants ou tout à fait ramollis, livrent passage au sang qui les traverse.

En général, il faut un certain temps pour que le ramollissement s'effectue : cependant il est incontestable qu'il peut, dans quelques cas, se produire brusquement et d'une manière presque aussi subite que si du sang s'épanchait d'un vaisseau ouvert.

On a cru que le ramollissement ne pouvait avoir cette marche foudroyante que dans les cas où il était précédé et accompagné d'une forte congestion, mais il n'en est rien ; car on rencontre notamment beaucoup de ramollissements de la moelle et du cerveau qui, brusques dans leur invasion, terminent promptement la vie, et tuent même quelquefois sur place, sans que la pulpe nerveuse présente d'autre altération qu'un ramollissement sans coloration morbide.

Les parties ramollies peuvent sans nul doute reprendre leur consistance normale, lorsque le ramollissement ne dépasse pas le premier degré. Mais si les parties, ayant perdu toute cohésion, sont réduites en pulpe, en bouillie, il est impossible que, dans cet état de destruction, elles puissent jamais reprendre leur état primitif. Néanmoins la guérison peut avoir lieu dans ces cas, comme elle se fait après une perte de substance, c'est-à-dire qu'il s'opère un travail de cicatrisation qui laisse souvent une marque indélébile et peut altérer pour toujours les fonctions de l'organe. Nous en citerons plus tard des exemples.

On a beaucoup discuté sur la nature des ramollissements, et sur la manière dont ils se développent. Les uns n'y ont vu qu'un effet de l'inflammation ou tout au moins d'un travail congestif ; les autres les considèrent comme une simple perversion, une simple altération du mouvement nutritif survenant sous l'influence de causes le plus souvent ignorées. Cependant aujourd'hui la généralité des médecins font encore du ramollissement une lésion distincte des phlegmasies. En effet, le premier se distingue de l'inflammation pendant la vie par ses symptômes comme par sa marche. Que l'on compare l'encéphalite avec le ramollissement blanc du cerveau, l'ostéite avec l'ostéomalacie, etc., on ne retrouvera entre ces affections, qu'on a voulu rapprocher et confondre, aucune espèce d'analogie. D'autres dissemblances les distinguent encore sur le cadavre ; car, tandis que dans toute inflammation il y a tendance à la formation du pus ou d'une matière albumino-fibrineuse, dans le ramollissement, au contraire, quelle que soit la durée, on ne trouve point ces produits, à moins de complication. Il est incontestable pourtant que beaucoup de ramollissements sont précédés d'une congestion active qui peut persister avec la lésion qu'elle a provoquée, ou disparaître ensuite. Mais l'hypérémie n'est certainement ici qu'une cause occasionnelle ; car elle peut exister à tous ses degrés sans déterminer un ramollissement des tissus, et dans la grande majorité des cas, celui-ci survient sans congestion antécédente et sans l'intervention même d'aucune cause stimulante appréciable. Il faut admettre alors qu'il est survenu une modification toute spéciale dans le travail nutritif du tissu, et cette altération de nutrition constitue, comme le dit avec raison M. Andral, la cause spéciale, déterminante, identique dans tous les cas. Les causes occasionnelles, au contraire, sont très-variables : ainsi, outre l'hypérémie et les causes stimulantes dont nous avons déjà parlé, on voit quelquefois le ramollissement naître sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques ou de quelque affection primitive ou secondaire des organes de l'innervation ou de l'hématose.

De ce qui précède, nous concluons avec M. Andral, auquel nous empruntons les lignes suivantes, que, dans l'état actuel de la science, loin d'affirmer que tout ramollissement est le résultat nécessaire d'un travail d'irritation, on

peut établir que beaucoup d'organes perdent leur consistance accoutumée, avec un ensemble de circonstances qui éloignent toute idée d'un travail d'irritation actuel et antécédent. En aucun cas d'ailleurs cette irritation ne peut suffire seule pour expliquer la production du ramollissement : toute son influence se borne à troubler le mouvement nutritif du tissu dont elle s'est emparée. Elle dérange la nutrition de son type normal ; mais d'elle ne dépendent ni le mode de ce dérangement ni encore moins ses résultats ultérieurs. L'irritation donne l'impulsion à l'aberration de nutrition, elle ne la produit pas ; car la nature de cette aberration ne peut être jamais calculée ni d'après l'intensité ni d'après la durée de l'irritation qui l'a précédée. En théorie, rien n'autorise à admettre que le ramollissement, pas plus que l'induration ou toute autre altération de nutrition, soit nécessairement précédée d'un afflux sanguin insolite, produit d'une irritation. En fait, nous ne devons pas admettre la liaison nécessaire de ces deux ordres de phénomènes, puisque dans plus d'un cas l'un apparaît sans que rien démontre que l'autre l'ait précédé ou accompagné. Que si nous voulions aussi théoriser, nous pourrions dire que chez beaucoup d'individus, comme chez certains enfants cacochymes, débiles, doués réellement d'une moindre somme de vitalité que celle dont ils doivent normalement jouir, chez des vieillards décrépits, chez des adultes scrofuleux, rachitiques ou scorbutiques ; chez des personnes de tout âge épuisées par des maladies chroniques ou par un régime non suffisamment réparateur, comme chez les animaux dont Magendie a vu la cornée se ramollir sous l'influence d'une alimentation insuffisante ; dans toutes ces conditions, dis-je, les divers ramollissements qui surviennent peuvent être considérés comme n'étant qu'un degré de plus de la diminution de consistance que présente, en pareil cas, soit la fibre musculaire, soit le sang lui-même. C'est par une force toute vitale d'agrégation que se réunissent et se maintiennent réunies les molécules des tissus. Si donc, comme cela existe réellement dans une foule de cas, le sang et les nerfs ne nourrissent plus, ne vivifient plus suffisamment ou convenablement ces tissus, on peut concevoir qu'un des résultats de cette modification d'influence des deux principaux agents de la vie soit une cohésion moindre dans les molécules des tissus où elle se fait ressentir. De là leur ramollissement plus ou moins considérable, depuis le degré où, comme on le dit vulgairement, il y a flaccidité des chairs, jusqu'à celui où, perdant le caractère de l'organisation, le solide tend à devenir liquide.

DU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU

On doit entendre sous le nom de *ramollissement du cerveau*, une maladie caractérisée sur le cadavre par la diminution de consistance, en général considérable et partielle, de la pulpe cérébrale, avec ou sans altération de la couleur normale, lésion qui se traduit ordinairement pendant la vie par de la céphalalgie, par des troubles de l'intelligence, par des fourmillements, par de la paralysie, par de la contracture et par des douleurs dans un ou plusieurs membres.

Historique. — La connaissance de cette maladie est de date toute récente. Entrevue peut-être par Morgagni dans sa cinquième lettre, par Lieutaud et par Portal, ce fut Rostan qui, en 1820, la décrivit le premier, et publia sur ce sujet une monographie importante. Les lettres si savantes et si attrayantes de Lallemand sur les maladies de l'encéphale ne servirent pas autant qu'elles auraient pu le faire à éclairer l'histoire du ramollissement cérébral, parce que

dans son livre, si remarquable à tant de titres, l'auteur n'a pas distingué le ramollissement proprement dit de l'encéphalite, et a confondu ainsi des maladies essentiellement distinctes. Les auteurs qui, après Rostan, ont le plus contribué à perfectionner l'étude du ramollissement cérébral sont : en Angleterre, Abercrombie et Carswell; en France, MM. Andral, Cruveilhier, Dechambre, et, avant tous, M. Durand-Fardel, qui a publié, sur l'affection que nous allons faire connaître, un travail complet, fruit d'une longue et consciencieuse observation.

Division. — Parmi les nombreuses divisions qu'on a proposées dans l'étude du ramollissement, nous n'adopterons que celle qui consiste à distinguer la maladie en aiguë ou en chronique, distinction d'ailleurs qui est plutôt fondée sur la symptomatologie que sur les résultats cadavériques.

Anatomie pathologique. — Le nom même de la maladie indique que le cerveau a subi, dans une étendue plus ou moins considérable, une diminution de consistance qui varie depuis une simple mollesse jusqu'à une liquéfaction complète.

Tantôt, en effet, le point du cerveau malade donne au toucher la sensation d'une gelée un peu ferme; ailleurs il est tout à fait tremblotant; dans un degré plus avancé, il est réduit en une bouillie épaisse et tout à fait liquide, dans laquelle on ne reconnaît plus, ou du moins on reconnaît à peine la structure propre du tissu. La couleur de la partie ramollie est très-variable; elle peut être rosée ou rouge-marron, lie de vin, jaunâtre, grise ou d'un blanc mat : dans quelques cas très-rares, comme dans le ramollissement des parties blanches centrales, le tissu ramolli a conservé sa coloration normale. Ces diverses teintes peuvent être uniformes ou partielles; presque toutes s'expliquent par la quantité plus ou moins considérable de sang qui se trouve dans la partie malade, et par sa combinaison plus ou moins intime avec les molécules cérébrales. Lallemand avait pourtant soutenu que la coloration jaune dans le cerveau était l'indice de la présence actuelle ou passée du pus. Nous ne saurions adopter cette opinion, que M. Durand-Fardel a d'ailleurs victorieusement réfutée. Nous pensons, avec ce dernier auteur, que la coloration jaune du cerveau est l'indice d'une extravasation sanguine récente ou ancienne; elle est identique avec la coloration jaune qui marque la troisième période des ecchymoses du tissu cellulaire et de la peau.

Le ramollissement qui occupe la superficie du cerveau s'accompagne presque toujours d'un certain degré de tuméfaction, comme le prouvent la tension de la dure-mère, la sécheresse des méninges et l'aplatissement des circonvolutions dans le point correspondant. On constate, en outre, dans la plupart des cas, une adhérence plus intime de la pie-mère avec la partie ramollie (Durand-Fardel).

Les caractères anatomiques que je viens d'exposer, sans être absolument caractéristiques de la forme aiguë, se rencontrent néanmoins plus spécialement dans cette dernière. Dans le ramollissement à marche chronique, on voit assez ordinairement manquer la coloration rouge; dans la plupart des cas, la partie ramollie a une nuance jaunâtre, ou bien elle est complètement blanche, d'un blanc plus mat que celui qui est propre à la substance médullaire (c'est le ramollissement pulpeux). Cette coloration, ou plutôt ce défaut de coloration, tient à l'absence de toute vascularisation et de toute extravasation sanguine; on ne saurait donc, avec Lallemand, l'attribuer à une infiltration purulente de la pulpe nerveuse; cette assertion d'ailleurs n'est justifiée ni par les symptômes observés pendant la vie, ni par la marche de la maladie, ni par l'inspection cadavérique.

Les lésions qui précèdent constituent la première période du ramollissement; celles qu'il nous reste à faire connaître paraissent être une transformation des lésions précédentes : elles ont été parfaitement décrites par M. Durand-Fardel. Ici l'aspect des parties varie suivant que le ramollissement affecte la substance corticale des circonvolutions ou les parties profondes du viscère. Dans le premier cas on trouve des plaques jaunâtres, molles au toucher, mais assez résistantes, d'une épaisseur variable, d'une étendue d'une pièce de 1 ou de 2 francs, et d'aspect membraneux. Lorsque le ramollissement siège profondément, il arrive souvent que, par suite d'une résorption de la pulpe nerveuse, il ne reste plus qu'une trame celluleuse, dont les mailles sont infiltrées dans un liquide trouble et blanchâtre, que M. Cruveilhier a comparé avec bonheur à du lait de chaux (c'est l'*infiltration celluleuse*). Enfin, dans une période plus avancée, la pulpe ramollie est complètement résorbée : il en résulte alors, si le ramollissement siège à la surface du cerveau, des pertes de substance, de véritables ulcérations, etc.; s'il occupe les parties profondes, ce sont des excavations analogues à celles qui succèdent à des foyers apoplectiques, et dont il est le plus souvent fort difficile de pouvoir les distinguer sur le cadavre.

Rien n'est si variable que l'espace occupé par le ramollissement : celui-ci n'a quelquefois que l'étendue d'un pois ou d'une noisette; plus souvent il a à peu près le volume d'une pomme d'api ou d'un œuf; dans des cas fort rares, on l'a vu envahir tout un lobe, et même la presque totalité d'un hémisphère. Mais nous ne croyons pas qu'il existe jusqu'à présent aucun fait authentique de ramollissement général du cerveau; les cas de ce genre qui ont été rapportés par divers auteurs nous semblent devoir être attribués à des altérations purement cadavériques. Le ramollissement aigu ou chronique peut occuper toutes les parties du cerveau; mais comme M. Durand-Fardel l'a démontré, la lésion, contrairement à ce qui a lieu pour l'hémorragie cérébrale, est deux fois plus commune dans les circonvolutions que dans les couches optiques et dans les corps striés. Il faut pourtant en excepter le ramollissement blanc, pulpeux, qui occupe moins souvent les circonvolutions que les autres portions du cerveau.

Chez les sujets qui ont présenté à une époque plus ou moins éloignée des signes de ramollissement, on trouve quelquefois à l'autopsie, au milieu d'un tissu sain, de petites cavités pisiformes, tapissées ou non par une membrane très-ténue. Ces cavités se sont formées par suite de la résorption de la matière cérébrale dans les points où celle-ci, trop profondément désorganisée, n'était plus susceptible de résolution. Ailleurs on trouve une induration plus ou moins étendue, rougeâtre, jaunâtre, d'un blanc éclatant ou grisâtre, homogène et partout compacte, ou bien creusée çà et là dans son épaisseur de lacunes semblables aux précédentes, et qui sont les unes vides, les autres remplies de débris cérébraux ou bien d'un fluide blanchâtre analogue à l'eau de chaux. Lorsque la matière du ramollissement est réunie en foyer, elle peut rester entièrement séparée du reste de l'organe par une portion du tissu cérébral plus ou moins induré. Quelquefois cette partie ainsi liquéfiée est résorbée, et il reste à sa place une cavité plus ou moins large qui peut, comme l'a vu M. Dechambre, se rétrécir par une sorte de plissement de ses parois, s'oblitérer, et donner lieu à une cicatrice blanche, étoilée ou linéaire. Mais dans la plupart des cas, la cavité reste béante; ces parois, blanchâtres et plus ou moins indurées, sont remplies de sérosité ou d'un liquide couleur lait de chaux. Enfin l'infiltration celluleuse décrite plus haut, qui peut déjà être considérée comme un premier pas vers la guérison, peut subir à son tour diverses transformations.

Ainsi le tissu cellulaire qui garnit le pourtour de l'infiltration, celui qui la traverse, ont été vus, notamment par M. Durand-Fardel, éprouver un certain degré d'endurcissement : quelques points même sont devenus fibreux et presque cartilagineux ; les espaces compris entre les mailles de ce tissu cellulaire, agrandis par un commencement d'absorption ou par un véritable racornissement de ce dernier, se sont remplis ou d'un fluide blanchâtre ou de sérosité, tandis que tout autour la substance cérébrale est saine ou seulement un peu endurcie ou bien légèrement ramollie, mais ordinairement sans changement de couleur. Enfin cette portion de cerveau qui présente l'infiltration celluleuse peut se résorber, et alors il en résulte une cavité qui subit à son tour les divers changements précédemment indiqués.

Les vaisseaux cérébraux paraissent être souvent intacts, mais souvent aussi on trouve leurs parois épaissies et crétaçées, leur cavité peut être oblitérée dans un point plus ou moins circonscrit par un caillot fibrineux qui tantôt s'est formé sur place, consécutivement à la lésion des parois (*caillot autochtone, thrombus*), et tantôt provient d'un point éloigné de l'arbre circulatoire, spécialement des cavités gauches du cœur (*embolus*). C'est là un point d'anatomie pathologique qui avait déjà fixé l'attention des observateurs, mais qui a été mieux étudié dans ces derniers temps par M. Lancereaux (1).

Dans les cas où le ramollissement se lie à une altération vasculaire, on trouve toujours un rapport exact entre l'obstruction du vaisseau, le siège et même l'étendue du ramollissement. M. Lancereaux établit que pour que celui-ci s'effectue, il faut que l'oblitération occupe une des branches artérielles qui partent du cercle de Willis ; le même effet pourtant peut être la conséquence de l'oblitération d'un des troncs volumineux qui rampent à la base du crâne, soit que l'oblitération ait gagné, ou que les anastomoses soient insuffisantes pour établir une circulation convenable dans les diverses parties de l'encéphale.

Symptomatologie. — C'est ici surtout qu'il importe de rappeler la distinction que nous avons établie dans le ramollissement, suivant qu'il est *aigu* ou *chronique*.

Symptômes et marche du ramollissement aigu. — Le ramollissement aigu survient dans plus de la moitié des cas, sans être annoncé par aucun prodrome ; ailleurs, au contraire, les malades éprouvent, quelque temps auparavant, une céphalalgie plus ou moins vive, des vertiges, des fourmillements, des crampes dans un membre ou dans tout un côté du corps, etc. Dans plus de la moitié des cas, le ramollissement survient donc sans prodromes : la maladie débute brusquement, et produit immédiatement la perte de connaissance et la paralysie, comme le ferait une hémorrhagie cérébrale. Chez les autres individus, le début est seulement marqué par un affaiblissement général ou partiel des facultés intellectuelles, du mouvement, du sentiment, ou par quelques troubles de la sensibilité : ces phénomènes conduisent graduellement ou par secousses brusques à l'anéantissement de ces facultés.

Ainsi, dans la forme apoplectique, qui est assez commune surtout chez les individus âgés de plus de soixante ans, les malades tombent subitement privés de connaissance ; leurs traits sont déviés, et les membres d'une moitié du corps, plus ou moins insensibles aux excitants extérieurs, restent immobiles, tantôt flasques, d'autres fois contracturés et fléchis. Plusieurs de ces individus succombent quelquefois au bout de peu de jours sans avoir repris connaissance ;

(1) Thèses de Paris, année 1862, n° 39.

mais la plupart recouvrent peu à peu leurs sens : il en est même qui reprennent incomplètement l'usage des parties paralysées. Cette amélioration n'est que passagère ; car on ne tarde pas à voir au bout de peu de temps les facultés intellectuelles s'engourdir, la paralysie devenir plus complète et s'étendre ; enfin la mort survient dans un état comateux ou par suite d'un des accidents qui compliquent si souvent la marche du ramollissement cérébral, accidents que nous énumérerons plus tard.

Lorsque le ramollissement suit une marche graduelle, progressive, on voit survenir, sur le quart à peu près des malades, une céphalalgie générale ou partielle, presque toujours frontale, ordinairement peu vive, mais sans caractère particulier. Bientôt l'intelligence diminue, la mémoire se perd, la langue s'embarrasse et exprime difficilement les idées ; la bouche se dévie ; il survient parfois du strabisme ; un ou plusieurs membres, presque toujours ceux d'une moitié du corps, sont pris de fourmillements, de crampes, parfois de douleurs ou d'un sentiment de froid, puis de paralysie et de contracture. Ce dernier symptôme, dont la fréquence a été beaucoup exagérée par Lallemand, manquerait en effet dans la moitié et peut-être même dans les deux tiers des cas ; c'est du moins ce que prouvent les observations réunies de MM. Rostan, Andral et Durand-Fardel.

Chez quelques malades, le ramollissement affecte une forme ataxique : on voit alors, au milieu d'un état de santé parfaite, ou dans le cours d'un état morbide, les individus accuser tout à coup une céphalalgie intense ; ils sont agités, ils divaguent, souvent même un délire violent éclate, il y a de la roideur des membres qui peuvent être agités par des mouvements convulsifs irréguliers ou épileptiformes ; ces troubles graves peuvent s'allier avec la paralysie, la précéder, la suivre ou se montrer sans elle ; quelquefois les mouvements convulsifs sont bornés au côté non paralysé.

La marche du ramollissement aigu est très-variable : le plus souvent les accidents font de continuel progrès, et la mort survient le plus communément dans le premier ou au commencement du deuxième septénaire ; plus rarement, c'est dans le courant du troisième ou du quatrième, et presque toujours sans qu'il ait existé jamais de mouvement fébrile. Chez quelques malades, les accidents s'enrayent, et la maladie passe à l'état chronique ; enfin, dans des cas rares, les symptômes diminuent graduellement, et font place à une santé parfaite. Le plus souvent pourtant les individus conservent une paralysie incomplète ou tout au moins une faiblesse des membres qui ont été paralysés ; leurs facultés intellectuelles reprennent, en outre, fort rarement leur énergie et leur sûreté premières.

Symptômes et marche du ramollissement chronique. — Dans le ramollissement chronique, on observe le même appareil de symptômes que dans la forme aiguë. Dans le plus grand nombre des cas, on voit des individus, parvenus déjà à un âge plus ou moins avancé, se plaindre de malaise, d'engourdissement dans la tête, puis de céphalalgie générale, et plus souvent frontale, fixe, avec vertiges et étourdissements quelquefois assez forts pour occasionner des chutes. Cet état de souffrance persiste quelques jours, quelques mois et même pendant une ou plusieurs années ; puis les malades accusent de l'embarras dans la parole, de l'engourdissement, des fourmillements, des picotements à l'extrémité des membres, surtout au doigt, ou dans toute une moitié du corps ; plus rarement ce sont des douleurs obtuses ou contusives dans les jointures ou dans la continuité des membres ; ces derniers symptômes n'appar-

raissent communément qu'à une époque plus éloignée. Bientôt la contractilité et la motilité diminuent dans les mêmes parties : ainsi les malades traînent la jambe en marchant, et leurs mains laissent tomber par instants les objets les plus légers, ou bien les doigts sont inhabiles à saisir les corps tenus : la paralysie devient de plus en plus complète. Bornée presque toujours à une moitié du corps, elle peut néanmoins occuper à la fois les membres opposés, bien que la lésion n'intéresse qu'un seul lobe. La paralysie coïncide souvent avec la contracture. Ce dernier symptôme, contrairement à ce qui existe pour la forme aiguë, est beaucoup plus commun que la résolution simple ; mais il est bien loin d'être constant ; il manque, en effet, dans le quart des cas à peu près. La contracture commence tantôt par les doigts, ou par le coude : elle s'étend, au bout d'un certain temps, à tout un côté du corps ; souvent intermittente avant de devenir continue, elle diffère encore de celle que détermine le ramollissement aigu en ce qu'elle n'attend pas toujours pour se montrer que la motilité soit profondément altérée. Les douleurs dans les articulations et dans la continuité des membres, qui existent quelquefois pendant les prodromes, coïncident ordinairement avec la contracture ; ces douleurs, souvent fort vives, augmentent presque toujours par les mouvements ; mais la pression les exaspère rarement ; le plus souvent continues, elles offrent parfois des exacerbations telles, que les malades poussent des cris. La sensibilité de la peau est généralement obtuse dans les membres paralysés et contracturés ; mais il est infiniment rare de voir la perte de sentiment portée jusqu'à l'anesthésie complète ; il est plus rare encore que la sensibilité soit exagérée comme elle l'est si souvent dans la méningite rachidienne ; enfin il n'est pas très-commun de voir la sensibilité se conserver normale pendant toute la durée de la maladie. A un degré plus ou moins avancé de l'affection, la face se dévie parfois et se contracture aussi dans un côté ; elle exprime l'hébétéude, l'étonnement ; les facultés intellectuelles subissent ordinairement dès le début de graves atteintes : la mémoire s'affaiblit, puis elle se perd ; les idées sont confuses ; le jugement n'a plus de sûreté ; la parole est difficile, soit par l'oubli des mots, soit par la difficulté de la prononciation ; elle a en outre un caractère de monotonie tout particulier. L'affaiblissement de l'intelligence peut être porté jusqu'à l'état d'idiotisme. Ces malades peuvent être réduits à une vie tout animale ; ils cessent de pouvoir retenir les matières fécales et les urines. La paralysie devenant complète, les membres s'atrophient, la contracture est permanente et portée à un degré tel qu'il devient impossible de la vaincre ; elle persiste ordinairement jusqu'à la fin ; d'autres fois, elle est remplacée dans les derniers jours par la résolution.

Telle est la forme la plus commune du ramollissement chronique ; ses progrès, comme on le voit, sont lents, mais continus ; ils ont communément une marche successivement croissante, il est impossible de pouvoir saisir à aucune époque de la maladie une période d'acuité.

Le ramollissement chronique est peut-être, de toutes les maladies du cerveau qui ont la même marche, celle qui trouble le plus certainement les fonctions de l'organe. S'il n'est pas rare, en effet, de voir une foule de productions morbides ne déterminer pendant la vie aucun symptôme propre à en révéler l'existence, il n'en est pas précisément de même du ramollissement chronique, qui n'est presque jamais latent. Cependant il y a, dit-on, dans la science quelques cas assez authentiques qui sembleraient prouver qu'un ramollissement assez étendu a pu exister sans jamais donner lieu pendant la vie à aucun trouble appréciable ; d'autres fois, quelques accidents ayant apparu à l'époque

où la lésion s'est faite, on les aurait vus ensuite se dissiper peu à peu et cesser tout à fait au moment de la mort, bien que l'altération du cerveau continuât à persister au même degré. De pareils faits, avant d'être acceptés comme authentiques, devraient être soumis à une critique sévère.

Les symptômes propres au ramollissement ne se présentent pas d'ailleurs toujours suivant l'ordre précédemment indiqué et en nombre toujours le même : car, ainsi que M. Andral le remarque, on voit, dans les cas exceptionnels, la maladie n'être caractérisée que par une lésion du mouvement ou du sentiment, plus rarement encore par la perte de la parole seulement ; mais, dans la moitié des cas, on observe à la fois des désordres variés du mouvement, du sentiment, de l'intelligence et de la parole, troubles qui se succèdent communément suivant l'ordre que nous avons tracé précédemment.

Durée. Terminaisons. — Le ramollissement chronique a une durée indéterminée, qui varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années ; toutefois nous ne possédons encore sur ce sujet aucune donnée positive. La mort, qui est la terminaison à peu près constante de l'affection, a lieu presque toujours par suite de quelque complication provoquée par l'affection cérébrale : ainsi la plupart des individus succombent à une pneumonie ; d'autres, par suite de la formation de vastes eschares au sacrum. Un grand nombre meurent par le cerveau ; ils tombent alors dans le coma ; d'autres sont pris de convulsions, ils succombent, et à l'autopsie on ne trouve pas autre chose que l'altération ancienne, sans aucun changement de date récente pour expliquer pourquoi la maladie s'est terminée plutôt dans un temps que dans un autre. Enfin, chez quelquesuns, la mort a lieu rapidement par le développement d'une méningite, d'une hémorragie cérébrale ou méningée, ou d'un épanchement abondant de sérosité dans les ventricules ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Curabilité du ramollissement. — Il est aujourd'hui démontré, surtout d'après les observations insérées par M. Cruveilhier dans son grand ouvrage d'*Anatomie pathologique*, par MM. Dechambre et Sims dans la *Gazette médicale* de 1838, ainsi que par M. Durand-Fardel dans son livre, que le ramollissement est une affection curable. Il est des malades qui, après avoir présenté tous les signes du ramollissement précédemment indiqués, se rétablissent complètement, recouvrent l'intégrité des mouvements, de la sensibilité et de l'intelligence : c'est ce que j'ai constaté moi-même deux fois ; mais cela n'arrive que dans des cas tout à fait exceptionnels. Presque toujours, en effet, la guérison est incomplète, les malades conservent pour le reste de leurs jours un certain degré de paralysie ou tout au moins de faiblesse des membres, et les facultés intellectuelles reprennent très-rarement chez eux leur netteté première.

Ces divers degrés de guérison correspondent à des états anatomiques différents. Lorsque les malades reviennent à une santé aussi complète qu'avant l'accident, c'est une preuve que le tissu cérébral, simplement ramolli, mais non désorganisé, est revenu peu à peu à son état physiologique sans conserver aucune trace des modifications qu'il a subies. Mais lorsque les individus restent plus ou moins impotents de leurs membres ; lorsque les facultés ont subi des atteintes plus ou moins profondes, il faut en conclure que le tissu, après avoir été gravement altéré, a subi un travail réparateur analogue à la cicatrisation, et qui laisse des traces ineffaçables.

Diagnostic. — Le ramollissement, dans sa forme aiguë comme dans sa forme chronique, peut être confondu avec plusieurs autres maladies, spécialement avec la cérébrite, la méningite, la congestion, les hémorragies cérébrale et