

Dans les premières opérations, Brainard ne retira que 2 grammes de sérosité, qu'il remplaça par la même quantité de liquide iodé. Dans les dernières, il retira de 180 à 360 grammes de sérosité et injecta 30 grammes de liquide.

A part la réaction, qui commençait douze à vingt-quatre heures après l'opération, et durait de quarante-huit à soixante-douze heures, il n'y eut pas d'accidents. L'iode était rapidement éliminé par toutes les sécrétions, et l'on n'en retrouvait jamais de traces dans la sérosité encéphalique. Le volume de la tête diminuait pendant quelques jours, à la suite de l'opération, puis revenait à ce qu'il était auparavant.

L'enfant mourut avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de cette maladie : l'engourdissement et la somnolence. Le cerveau contenait 1200 grammes de sérosité.

L'innocuité des injections faites par Brainard démontre qu'on pouvait les faire plus fortes et plus abondantes. Ce fait, malgré l'insuccès du traitement, nous vaudra certainement de nouvelles tentatives dans cette voie périlleuse, où il me paraît difficile d'obtenir de bons résultats. En voici une suivie de succès, du moins au trente-huitième jour de l'opération. Elle appartient au docteur Tournesko (de Bucharest) :

OBSERVATION VII. — *Hydrocéphalie chronique. Ponction et injections iodées : guérison.* — « George Borné, né à Cingourani (village), n'avait, lors de l'opération, que deux mois à peine, et sa tête me donna 56 centimètres 1/2 de circonférence. A la première ponction, je n'ai laissé écouler que 11 onces de sérosité; vingt-quatre heures plus tard le liquide remplissait complètement le crâne. Une nouvelle ponction fut pratiquée le lendemain; cette fois, j'ai tiré tout ce que j'ai pu de liquide de la cavité crânienne, c'est-à-dire 24 onces de sérosité, et immédiatement après j'ai fait une injection de teinture d'iode. L'enfant pâlit et poussa plusieurs cris.

» Les jours suivants, il eut de la fièvre et une constipation contre laquelle je n'ai prescrit que le calomel. Dix jours après la fièvre cessa et le vingt-troisième jour après l'injection iodée, l'enfant fut présenté par sa mère au docteur Arsakie, éphore des hôpitaux civils au principauté de Valachie, et le proto-médecin Goussy. Sa tête mesurée ne donna que 44 centimètres de circonférence, état normal à peu de chose près, puisque la tête des enfants du même âge, bien conformés, oscille, d'après mes propres mensurations, entre 41 et 43 centimètres. Quinze jours après cet examen, la tête me donna la même périphérie, et l'enfant, sauf une légère bronchite, jouit d'une santé parfaite.

» Voici maintenant quelques détails relatifs à la ponction, ainsi qu'à l'injection isolée :

- » 1° Le trocart dont je me suis servi était d'un très-gros calibre.
- » 2° Je l'ai introduit à une profondeur de 5 centimètres et demi.
- » 3° J'ai ponctionné la partie latérale de la suture fronto-pariétale, comme le point le plus rapproché des ventricules.
- » 4° La direction de ma ponction a fait un angle de 45 degrés à l'horizon.
- » 5° Le liquide injecté était ainsi composé : teinture d'iode, 3 gros (12 grammes); eau distillée, 6 gros (24 grammes). J'ai injecté le tout, et je n'ai retiré que la huitième partie, après avoir remué en différents sens la tête de l'enfant. »

Au moment des accidents nerveux et des convulsions qui paraissent chez les enfants atteints d'hydrocéphalie, il faut mettre en usage les agents thérapeutiques dont j'ai parlé à propos des convulsions (p. 158).

## CHAPITRE XXXVIII

### TUMEURS SÉREUSES DU CRÂNE

On trouve quelquefois à la surface du crâne des jeunes enfants des tumeurs molles, réductibles par la pression, qui se rattachent de loin à l'hydrocéphalie

chronique et dont il est important de connaître la nature, la marche et le traitement.

Ces tumeurs, plus ou moins grosses, varient du volume d'une petite noix au volume d'un œuf. Indolentes, elles sont recouvertes par la peau saine, et une pression lente et prolongée amène leur réduction sans produire de phénomènes convulsifs; lorsqu'elles sont réduites, on sent à leur base une petite ouverture osseuse.

Elles sont formées par un amas de sérosité dans un cul-de-sac des membranes cérébrales à travers les os du crâne; c'est en quelque sorte un diverticulum de l'arachnoïde, et le liquide qu'elles renferment rentre dans le crâne par la pression, sans qu'il y ait réellement d'hydrocéphalie. C'est la sérosité normale de l'arachnoïde qui sort ainsi par une ouverture accidentelle.

Ces tumeurs finissent souvent par devenir irréductibles; leur cavité cesse de communiquer avec l'intérieur du crâne par un mécanisme analogue à celui qui isole la tunique vaginale du péritoine. L'ouverture osseuse s'oblitére également et la tumeur indépendante ne tient plus que par un pédicule très-étroit dans lequel on trouve quelquefois les traces de l'ancien canal.

Ce sont des tumeurs qu'il serait imprudent d'ouvrir et qu'il faut savoir respecter. Elles doivent être traitées au moyen des applications de remèdes astringents et résolutifs.

## CHAPITRE XXXIX

### HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CONGÉNITALE

Si les hémorragies du cerveau sont rares chez les nouveau-nés, ainsi qu'on le verra dans le chapitre suivant, elles sont encore plus rares chez le fœtus dans le sein de sa mère. Il y a très-peu d'exemples d'hémorragie cérébrale congénitale, et celui du docteur Gibb mérite d'être rapporté :

OBSERVATION. — Une femme enceinte ayant reçu un coup violent dans la région abdominale, donna, trois mois après, naissance à un enfant mort-né qui avait, du côté gauche, les doigts et le coude, les orteils et le genou tellement roidis dans la flexion, qu'on ne put étendre ces jointures sans rompre les tendons. L'autre côté n'offrait rien de pareil. L'accoucheur, M. Gibb, examina le cerveau, et trouva un caillot ancien dans l'hémisphère droit, au-dessus du ventricule latéral. Le pariétal correspondant avait sa surface dénudée et était le siège d'une ecchymose étendue (1).

C'est là un fait extrêmement curieux, tant sous le rapport de sa cause que sous celui des lésions qu'il fait connaître. La contracture hémiplegique gauche consécutive à cette hémorragie cérébrale droite est très-importante à signaler comme exception à ce que l'on observe habituellement dans les foyers apoplectiques du cerveau. Il est fâcheux qu'il n'y ait pas plus de détails sur les lésions anatomiques de cette hémorragie.

## CHAPITRE XL

### HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ET APOPLEXIE DES NOUVEAU-NÉS

Il y a chez les enfants plusieurs maladies que l'on peut décrire sous le nom d'*apoplexie cérébrale*. Ainsi dans l'accouchement, l'état apoplectique des nouveau-

(1) Gibb, *Gazette des hôpitaux*, 17 février 1859.

nés, espèce de congestion cérébrale passive qui vient les frapper au moment de la naissance, pouvant produire l'effusion du sang et les hémorrhagies des méninges ou du cerveau pendant l'allaitement.

Il faut cependant bien distinguer ces états morbides qui n'ont rien de commun et qui se développent dans des circonstances spéciales et à des âges différents.

L'état apoplectique des nouveau-nés se manifeste au moment même de la naissance, sous l'influence d'une parturition difficile ou d'une position vicieuse du fœtus : c'est ce que l'on appelle la *mort apparente* et l'*asphyxie* des nouveau-nés. J'ai fait connaître tout ce qui a rapport à ce sujet dans mon chapitre consacré à l'asphyxie.

L'apoplexie cérébrale et l'apoplexie méningée se développent au contraire à un âge plus avancé et sous l'influence de traumatisme, d'embolie ou d'état cachectique.

L'une est caractérisée par une congestion vive de l'encéphale, habituellement sans hémorrhagie intérieure et sans foyer sanguin de ses enveloppes.

L'autre n'existe qu'à la condition de l'hémorrhagie cérébrale, ventriculaire ou méningée.

Il faut décrire isolément l'état apoplectique des nouveau-nés et l'hémorrhagie des méninges ou du cerveau de la première enfance.

#### § I. — Etat apoplectique des nouveau-nés, ou congestion cérébrale.

L'apoplexie des nouveau-nés est décrite avec l'asphyxie par Paul Dubois, Cazeaux, et par tous les accoucheurs sous le nom de *mort apparente* ou d'*état apoplectique* ou *apoplectiforme*. Nous l'avons fait connaître dans le chapitre consacré à l'asphyxie et auquel nous croyons devoir renvoyer pour les détails.

**Symptômes.** — Les enfants ont la peau, et particulièrement celle du visage et de la tête, toute cyanosée, d'un rouge livide, couverte de taches bleues. Les lèvres sont violettes et pendantes, les yeux fermés, les battements du cœur faibles, et la respiration ne peut s'établir.

Si cet état se prolonge, la mort en est la conséquence. Quand, par les résultats des soins que l'on prodigue, les mouvements de la respiration s'établissent, on voit la coloration livide de la peau disparaître. Elle est remplacée par une teinte rose, d'abord manifeste sur les lèvres et sur la face avant de devenir générale. Le cœur bat avec plus de force ; ses mouvements se régularisent et donnent plus d'action aux forces respiratoires ; désormais la vie est sauvée, si une rechute causée par les cris de l'enfant ne vient renouveler la congestion cérébrale et interrompre de nouveau l'action du cœur et des poumons.

**Lésions anatomiques.** — Lorsque les enfants succombent, on retrouve les méninges très-fortement congestionnées et les vaisseaux de la pie-mère énormément distendus. Il y a quelquefois du sang épanché dans ces membranes. Le cerveau paraît gonflé, tant l'infiltration de son parenchyme par le sang est grande. Si l'on coupe cet organe, les surfaces opposées se couvrent d'une multitude de gouttelettes de sang qui se réunissent bientôt pour former des gouttes plus larges.

Il n'y a point de déchirures du tissu ni de foyer apoplectique bien déterminé.

Toutes les parties molles de la tête sont gorgées de sang. Dans les viscères, il n'y a que les poumons qui présentent cette altération à un degré prononcé.

L'état apoplectique des nouveau-nés s'observe dans les cas de parturition laborieuse, lorsque la tête du fœtus est restée longtemps engagée dans le bassin, et dans une flexion considérable relativement au reste du corps ; dans les cas d'entortillement du cordon autour du cou, au moment de sa compression par la tête

dans le passage ; enfin, dans le cas où il y aurait interruption de la circulation placentaire, comme cela peut arriver dans le travail lorsque le placenta est implanté sur le col de l'utérus.

L'état apoplectique est fort grave s'il dure longtemps. La vie ne tarde pas à s'éteindre. Cela se conçoit, puisque la compression cérébrale produite par la congestion sanguine occasionne la paralysie du cœur et des muscles de la respiration.

L'état apoplectique des nouveau-nés doit être rapproché d'une forme particulière d'asphyxie que l'on observe au moment de la naissance. Ces deux états diffèrent l'un de l'autre par la forme extérieure, et ne sont au fond que des variétés de l'asphyxie. Il me paraît convenable de les désigner sous les noms d'*asphyxie apoplectique* et d'*asphyxie ordinaire*.

Dans l'asphyxie ordinaire des nouveau-nés, l'enfant est pâle, ses lèvres sont pendantes et décolorées, sa peau est blafarde, les membres sont immobiles, les battements du cœur sont presque nuls et il n'y a point de respiration apparente ; la faiblesse est extrême, l'anémie générale, et la vie ne peut se manifester, puisque le sang, qui en est la source, n'a point les qualités vivifiantes nécessaires pour communiquer au cerveau l'excitation provocatrice de la ferme impulsion du cœur et du premier mouvement respiratoire.

La vie, au contraire, s'éteint chez les enfants apoplectiques, non plus par leur défaut, mais par surcroît d'excitation de l'encéphale. Elle est comprimée à son essor par la violente congestion sanguine du cerveau, dont les efforts sont paralysés.

**Traitement.** — Il faut, pour remédier à l'état apoplectique des nouveau-nés et mettre l'enfant dans des conditions favorables à la manifestation de son existence, faire cesser la compression du cerveau et l'engorgement des poumons. On laisse le cordon ombilical sans ligature, de manière à permettre l'écoulement d'une certaine quantité de sang, et au besoin on favorise cette évacuation en mettant l'enfant dans l'eau tiède. Si malgré ces précautions, le sang coule avec peine, si l'on ne peut en retirer une ou deux cuillerées, il devient nécessaire d'appliquer une sangsue derrière chaque oreille pour arrêter le sang au bout d'un quart d'heure avec le perchlorure de fer.

Dans cette affection, on met souvent en usage les divers excitants extérieurs qui peuvent lutter avec avantage contre la torpeur des enfants. Ainsi les applications de linge chauffé, l'exposition à un feu clair, les bains tièdes et aromatisés stimulent convenablement la peau. Les frictions sèches et aromatiques, la flagellation des fesses, les frictions sur la poitrine concourent au même but et peuvent faciliter l'établissement de la circulation et de la respiration.

Il faut employer également les agents capables d'exciter les nerfs respirateurs. Les insufflations sur le visage avec l'eau vinaigrée et avec l'eau-de-vie, l'excitation de la muqueuse nasale par le vinaigre, l'éther et l'ammoniaque, la projection dans les narines d'une petite quantité de fumée de papier : tous ces moyens réussissent quelquefois à provoquer des efforts qui amènent l'enfant à faire un mouvement respiratoire.

On a aussi conseillé de pratiquer l'insufflation pulmonaire. Cette opération, quoique fort utile, doit être faite avec une certaine réserve. Il n'y a pas d'inconvénient à souffler dans la bouche des enfants, après leur avoir fermé les narines, en leur comprimant et relâchant alternativement les parois thoraciques.

Il pourrait y en avoir, si, en prenant le tube laryngien, et dans le but d'envoyer un air plus épuré dans le poumon, on voulait pratiquer cette insufflation avec un soufflet. Pour remédier à un accident déjà fort grave, on en déterminerait un autre qui est l'emphysème des poumons.

Le galvanisme, proposé dans cette circonstance, n'a jamais été suivi de succès bien éclatants. Des aiguilles doivent être placées dans les muscles inspirateurs et surtout dans le diaphragme, qui est le plus puissant de tous. On les met ensuite en contact avec les deux pôles d'une pile médiocrement chargée. Cette excitation suffit chez quelques enfants pour établir la respiration.

Il faut mettre, dans le traitement de l'état apoplectique des nouveau-nés, une grande persévérance, et continuer longtemps l'emploi des moyens qu'on a déclarés convenables. C'est après de nombreuses tentatives qu'on arrive à un résultat favorable qui semblait d'abord inespéré. Au reste, comme je dois traiter ce sujet avec plus de détails dans le paragraphe consacré à l'asphyxie des nouveau-nés, je m'abstiendrai de le développer ici.

### § II. — Hémorrhagie cérébrale.

Outre ce qu'on appelle *état apoplectique des nouveau-nés*, et qui vient d'être décrit, il y a chez les enfants une apoplexie cérébrale caractérisée par l'effusion du sang dans la substance du cerveau.

Cette hémorrhagie est très-rare. Vernois en a vu un cas chez un nouveau-né. Parrot en a cité 34 exemples, 11 chez des avortons nés avant terme; les autres chez des enfants cachectiques où arrivent des thromboses veineuses multiples principalement dans les sinus et les veines méningées. Guibert, Payen, Andral, Tonnelé, Burnet, Serres, Lallemand, Constant, en ont publié d'autres relatifs à des enfants de quatorze ans, douze ans, sept ans, deux ans, un an, trois mois, trois ans et onze ans. Comme on le voit, les faits existent; mais ils sont exceptionnels eu égard à la fréquence de l'hémorrhagie cérébrale chez les vieillards.

Dans les faits étudiés par Parrot le sang épanché se trouve dans cinq régions différentes. Ce sont, en allant de la périphérie vers le centre :

- 1° La cavité de l'arachnoïde;
- 2° La région sous-arachnoïdienne ou pie-mérienne;
- 3° Le tissu nerveux proprement dit;
- 4° La paroi des ventricules latéraux sous l'épendyme;
- 5° Les cavités ventriculaires.

Sur 34 cas, l'hémorrhagie s'est faite 5 fois dans la cavité arachnoïdienne, et cela, par rupture du feuillet viscéral de ce revêtement, car il y avait eu d'abord un épanchement pie-mérien; sans exception, le sang occupait toujours les parties déclives et postérieures.

L'hémorrhagie de la région sous-arachnoïdienne est beaucoup plus fréquente et plus abondante. Je l'ai vue quatre fois. M. Parrot l'a notée 26 fois. Une seule fois, il a trouvé un foyer complètement circonscrit par la substance nerveuse. — L'hémorrhagie péri-ventriculaire ou sous-épendymaire est fréquente, mais peu étendue; son siège est constamment entre la couche optique et le corps strié, sous la lame cornée, au point d'émergence d'un gros tronc veineux, qui est l'aboutissant d'une partie des vaisseaux rampant sous l'épendyme de l'étage inférieur du ventricule. — Cinq fois, le sang avait fait irruption dans les ventricules, pénétrant des latéraux dans le moyen, et de ce dernier, par l'aqueduc de Sylvius, dans le quatrième. De là, il peut gagner le bulbe et le canal rachidien.

En résumé, trois faits méritent d'être signalés dans l'hémorrhagie encéphalique du nouveau-né: 1° dans le plus grand nombre de cas, celle-ci est bilatérale; 2° quand elle n'existe que d'un côté, le droit est atteint plus fréquemment que le gauche; 3° elle a une prédilection marquée pour les régions déclives.

Les foyers hémorrhagiques pie-mériens varient en nombre et en étendue; ils sont ordinairement multiples et symétriques. Souvent le sang peut faire subir un certain degré de ramollissement à la substance nerveuse avec laquelle il est en contact; dans tous les cas, il est quelquefois difficile de se rendre compte si l'épanchement a eu son point de départ dans la substance nerveuse elle-même ou sur la périphérie. A ce sujet, des erreurs ont dû être souvent commises.

La substance nerveuse comprimée par le caillot subit des altérations nutritives consistant, au début, dans une stéatose diffuse; puis, quand le caillot s'est durci, dans la présence de taches d'une teinte jaune, dues à l'atrophie graisseuse de la substance encéphalique.

Le siège de l'épanchement dans la substance nerveuse, dans la grande cavité de l'arachnoïde, etc., ne présente pas de particularités spéciales au point de vue anatomique. Les foyers de la paroi des ventricules latéraux sont ordinairement peu étendus, gros comme le noyau d'une cerise, de forme ovoïde, renfermant du sang toujours liquide. Ils se rapprochent de ceux de la périphérie, étant compris, comme ces derniers, entre la substance cérébrale proprement dite et le revêtement membranaire, comparable aux méninges, qui la recouvre.

Parmi les lésions concomitantes, il faut signaler la congestion des veines pie-mériennes, la présence assez fréquente de masses rouges, isolées ou groupées, disparaissant quand on les comprime, grosses comme une petite tête d'épingle; celles-ci sont constituées par un vaisseau dont la gaine lymphatique contient du sang, tandis qu'il est lui-même vide et rétracté au niveau de la tumeur. Les autres altérations sont la pneumonie, les congestions viscérales diverses, la thrombose veineuse, quelques épanchements ecchymotiques sous les séreuses et dans les muscles.

Par conséquent, les hémorrhagies encéphaliques des nouveau-nés offrent de grandes différences avec celles des autres âges :

Dans celles-ci, foyers unilatéraux, uniques le plus souvent, ayant pour siège la substance nerveuse, provenant des artères qui se rompent par suite d'une altération protopathique et ancienne de leurs tuniques, se révélant par des paralysies caractéristiques; dans celles-là, foyers multiples, symétriques, occupant la surface des circonvolutions, sous l'arachnoïde, ou la région sous-épendymaire des ventricules latéraux; foyers provenant des veines qui, dans le cours d'une maladie aiguë, se distendent et se rompent, ne s'annonçant par aucun symptôme.

Les hémorrhagies arachnoïdiennes des nouveau-nés ont leur source dans une hémorrhagie pie-mérienne; dans les autres âges, le sang arrive dans la cavité arachnoïdienne, quelquefois d'un foyer intra-cérébral, mais presque toujours consécutivement à une pachyméningite (1).

L'hémorrhagie intra-crânienne ne se manifeste pas, chez les nouveau-nés, par aucun symptôme caractéristique. Quelquefois il y a des convulsions, de la contracture, du coma, mais ces symptômes sont très-variables.

Chez les enfants plus âgés et dans la seconde enfance, les hémorrhagies cérébrales sont *primaires* ou *secondaires*, en *foyer* ou en *infiltration*, forme qui a été désignée sous le nom d'*apoplexie capillaire*.

Quand l'hémorrhagie est en foyer, le sang est épanché sur différents points de la masse encéphalique, dans le centre ovale de Vieussens, dans les couches optiques, les corps striés, le cervelet, etc. Sa masse varie de 15 à 500 grammes, et il présente une couleur noire très-prononcée, semblable à du raisiné de Bourgogne.

(1) Arch. de toxicologie, janvier, mars et mai 1875.

Elle forme un caillot peu consistant, entouré de substance cérébrale dilacérée, frangée, ramollie, et infiltrée de petits foyers sanguins capillaires.

Peu à peu le caillot diminue, sa partie liquide se résorbe, et la fibrine se désagrège et disparaît. Les parois du foyer s'égalisent; les irrégularités s'affaissent; une membrane vasculaire de nouvelle formation se forme, et c'est par elle que s'accomplit l'absorption du caillot sanguin épanché. Il en résulte une cicatrice cérébrale formée de tissu blanc jaunâtre, où l'on reconnaît, avec le microscope, un assez grand nombre de fibres de tissu cellulaire.

Quand l'hémorragie se fait par *infiltration*, et qu'il y a ce qu'on appelle *apoplexie capillaire*, le sang n'est pas réuni en foyer et se trouve disséminé par petits foyers noirâtres confluents dans la substance cérébrale. Cette forme d'hémorragie cérébrale se manifeste surtout autour des tumeurs cérébrales, tuberculeuses ou autres.

Dans les cas d'apoplexie avec *foyer* hémorragique, il y a paralysie de la face et de tout le côté correspondant du corps, dans le côté opposé à la lésion du cerveau, comme chez l'adulte; mais dans le cas d'apoplexie par *infiltration*, les enfants tombent dans un coma incomplet, des convulsions et surtout des contractures, comme dans l'encéphalite. C'est en effet là une encéphalite donnant lieu à un ramollissement circonscrit de la substance cérébrale dans laquelle se font des hémorragies capillaires.

**Causes.** — Les causes des hémorragies cérébrales sont très-difficiles à saisir. Elles dépendent soit du spasme des vaisseaux, soit de l'encéphalite, soit de l'insolation, soit de l'inflammation des sinus de la dure-mère et des obstacles à la circulation du sang dans le cerveau, soit d'une embolie suite d'endocardite, soit des tumeurs tuberculeuses de l'encéphale, de la méningite tuberculeuse, etc. La thrombose des sinus et des veines méningées est la cause la plus ordinaire, mais il n'en est pas question dans ces recherches de Parrot que je viens d'analyser.

**Pronostic, traitement.** L'hémorragie cérébrale chez les enfants est encore plus grave que celle de l'adulte. Presque tous les sujets succombent, ce qui laisse peu d'espérance aux efforts de la thérapeutique.

Une ou plusieurs sangsues à l'oreille ou à l'anus, suivant l'âge des enfants, des lavements purgatifs, de petites purgations, des sinapismes, de la teinture de mélisse ou d'arnica à l'intérieur, tels sont les moyens à employer contre l'hémorragie cérébrale de la première enfance.

## CHAPITRE XLI

### HÉMORRHAGIE DES MÉNINGES, OU APOPLEXIE MÉNINGÉE

On donne le nom d'*apoplexie méningée* à l'épanchement de sang qui se forme sur l'une ou l'autre face des membranes qui enveloppent le cerveau.

Cette maladie est plus commune chez les enfants que chez les adultes et les vieillards. On l'observe surtout chez les nouveau-nés, et plus rarement pendant les premières années de la vie: c'est du moins ce qui paraît résulter des intéressantes recherches de Dugès, de Cruveilhier et de Legendre.

**Causes.** — L'apoplexie méningée succède souvent à la parturition et à l'état de mort apparente. Elle se manifeste souvent sans cause appréciable. Elle apparaît quelquefois après une violente congestion cérébrale, occasionnée par un accès de colère, par l'insolation, plus souvent par une thrombose des sinus de la dure-mère, etc.

Dans un cas, je l'ai vue être la conséquence de la rupture des veines méningées dues à une compression de la veine jugulaire au cou sous un amas de ganglions caséeux. J'ai parlé de ce fait longuement (1). On la rencontre aussi bien en été qu'en hiver. Chez les enfants, le jeune âge paraît être une prédisposition à son développement. Ainsi presque tous les exemples de cette maladie, observés par Legendre, ont été recueillis chez des enfants nouveau-nés ou de moins de un à trois ans.

**Lésions anatomiques.** — L'hémorragie méningée se forme presque toujours dans la grande cavité de l'arachnoïde; très-rarement hors de cette séreuse, soit du côté de la pie-mère, soit du côté de la dure-mère, si ce n'est dans les cas de fracture du crâne. Elle s'observe dans l'arachnoïde qui tapisse les ventricules; mais c'est ordinairement à la surface des hémisphères qu'elle existe. L'hémorragie couvre toujours les deux hémisphères. Il y a peu d'exceptions à cette règle.

Le sang épanché se présente avec des caractères fort différents suivant l'âge de la maladie. Au début, le sang est fluide; mais, vers le quatrième ou cinquième jour, il se coagule, la sérosité disparaît peu à peu, et il reste des caillots plus ou moins épais qui contractent des adhérences avec le feuillet séreux pariétal et qui subissent ultérieurement des transformations importantes.

Ces caillots sont rapidement recouverts sur l'une et l'autre face par une membrane mince et lisse, de nouvelle formation. Le feuillet supérieur contigu à la dure-mère, facile à reconnaître dans les premiers jours de la maladie, s'affaiblit graduellement et contracte des adhérences intimes avec la séreuse qui revêt cette méninge. Le feuillet inférieur ne tarde pas à prendre les caractères d'une membrane séreuse; il se confond sur les bords du caillot avec l'arachnoïde pariétale, de telle sorte que l'on pourrait croire à l'existence de l'hémorragie extra-arachnoïdienne produite par pachyméningite. M. Baillarger a démontré toute la fausseté de cette supposition. Il a fait voir qu'il était toujours possible d'isoler le caillot et de montrer la séreuse pariétale placée au-dessus de lui.

Le caillot, d'abord mou, se raffermir graduellement. Il perd chaque jour une partie de son volume.

L'intérieur est formé par la fibrine noirâtre qui perd la sérosité, laisse échapper peu à peu sa matière colorante, et devient d'un rouge pâle. Il diminue ensuite par degrés, et passe enfin à l'état de lamelle fibrineuse blanchâtre qui présente quelquefois les caractères du tissu fibreux.

Dans quelques circonstances, ce caillot disparaît entièrement, et il reste entre les deux membranes qui le recouvraient un espace rempli par de la sérosité roussâtre. Ces kystes sur lesquels Legendre a appelé l'attention sont, d'après lui, l'un des modes de réparation de cette maladie. On les voit prendre quelquefois un développement fort considérable. Ils renferment 3 à 400 grammes de liquide et constituent une espèce nouvelle d'hydrocéphalie dont on n'a point encore donné la description jusqu'à ce jour.

Ailleurs on trouve une véritable organisation des caillots qui, après avoir perdu une partie de leur volume, vivent aux dépens des tissus à l'aide des vaisseaux de nouvelle formation développés dans leur intérieur.

On observe en même temps une assez forte congestion de la pie-mère et de l'encéphale. Les ventricules sont un peu dilatés et renferment une petite quantité de sérosité limpide ou citrine, mais toujours transparente.

Chez les jeunes enfants, le cerveau n'est point déprimé par l'épanchement sanguin. Les os du crâne, n'étant point réunis, s'écartent et empêchent la compression

(1) Voyez l'article ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE.

des hémisphères cérébraux. — Si l'épanchement était plus souvent borné à un seul hémisphère, la dilatation partielle du crâne pourrait devenir un signe important pour le diagnostic. Il perd une grande partie de sa valeur du moment où nous savons que les lésions anatomiques existent ordinairement des deux côtés du cerveau.

**Symptômes.** Les symptômes de l'hémorragie méningée, chez les enfants à la mamelle, sont fort obscurs et se confondent presque complètement avec ceux de la phlegmasie des méninges ou du cerveau.

Voici dans quels termes Legendre en fait l'exposition :

« Après un ou deux vomissements, ou même sans vomissement préalable, les enfants étaient pris de fièvre et de quelques mouvements convulsifs ayant le plus ordinairement pour siège les globes oculaires et laissant à leur suite un peu de strabisme; l'appétit était perdu, la soif vive; les évacuations étaient naturelles ou faciles à provoquer. Bientôt se manifestait une contracture permanente des pieds et des mains, suivie bientôt elle-même d'accès convulsifs toniques ou cloniques. Pendant ces convulsions, la sensibilité et la connaissance étaient abolies, et la face, habituellement injectée, prenait une coloration plus foncée.

» Dans l'intervalle de ces accès, il existait de l'assoupissement, qui, léger les premiers jours, augmentait à mesure que la maladie faisait des progrès; la fièvre persistait pendant tout le cours de l'affection, et devenait plus forte à mesure qu'on approchait du terme fatal. Enfin, les convulsions, séparées d'abord par des intervalles plus ou moins longs, se rapprochaient de plus en plus et devenaient presque continues dans les derniers moments. »

La mort est souvent hâtée par l'apparition de phlegmasies thoraciques intercurrentes. Sans cette complication, la maladie pourrait guérir ou passer à l'état chronique. C'est ce que l'on a observé chez les enfants atteints d'hydrocéphalie arachnoïdienne, et qui, plusieurs mois auparavant, avaient éprouvé tous les symptômes d'une hémorragie méningée.

Si l'enfant échappe aux premiers accidents et que la maladie se termine par la formation d'un kyste rempli de sérosité, dont la quantité augmente chaque jour, on observe les symptômes de l'hydrocéphalie chronique.

Avec les troubles nerveux et les phénomènes que nous connaissons (1), la tête prend une forme spéciale qui est en rapport avec cette variété d'hydrocéphalie. La déformation n'est pas générale. Elle n'est pas très-considérable. Elle s'accomplit d'un côté ou de l'autre suivant la position du kyste. On peut, en réfléchissant sur la forme de la tête et sur la marche des phénomènes morbides, établir la nature des accidents.

**Marche, durée, terminaison.** L'invasion de la maladie est soudaine, et sa durée est en rapport avec la quantité de sang épanché. Lorsque l'hémorragie est considérable, une terminaison prompte et funeste en est la conséquence. La vie se prolonge au contraire dans les cas plus favorables. La réparation des désordres s'effectue progressivement jusqu'à l'entière disparition des caillots, ou jusqu'à la formation d'un kyste qui devient l'origine d'une hydrocéphalie arachnoïdienne.

L'hémorragie méningée n'est pas une maladie assez fréquente pour que l'on puisse encore établir d'une manière rigoureuse, par l'observation clinique, quelle doit être sa terminaison. Elle est presque inévitablement mortelle, ou bien elle passe à l'état chronique. Il y a encore très-peu d'exemples de guérison bien constatée. Tous les malades, au nombre de sept, observés par Legendre, sont morts,

(1) Voyez HYDROCÉPHALIE.

mais plusieurs ont succombé à la suite d'affections aiguës de poitrine. La guérison ne me paraît cependant pas impossible, si l'hémorragie est peu considérable et formée par une petite portion de cruor mêlée à beaucoup de sérosité.

**Diagnostic.** Cette maladie peut être facilement confondue au début avec une autre affection des méninges, la méningite tuberculeuse par exemple. Cependant l'invasion soudaine de l'hémorragie méningée suffira pour les faire distinguer l'une de l'autre. On sait, qu'il n'en est ordinairement pas ainsi de la méningite granuleuse, qui succède à une période de symptômes précurseurs assez évidents (*période de germination*). En outre, dans l'hémorragie méningée, les vomissements ne sont pas constants et la constipation n'existe pas, tandis qu'elle est opiniâtre dans la méningite granuleuse.

**Traitement.** Il faut, chez ces enfants, au début de l'affection, détourner la fluxion encéphalique qui est l'origine de l'hémorragie. L'application à une ou plusieurs reprises de deux sangsues derrière les oreilles, suivant la force des malades, la saignée au bras, l'emploi des ventouses sèches sur le dos et sur la poitrine, peuvent concourir utilement à ce résultat.

On peut aussi employer les réfrigérants directs sur la tête; mais il ne les faut mettre en usage qu'avec les précautions dont nous avons parlé (1).

On doit, en outre, assurer la liberté du ventre par de légers purgatifs, le sirop de fleur de pêcher, le sirop de chicorée, le calomel, etc., médicaments dont l'action révulsive peut s'opposer à la marche progressive des accidents.

## CHAPITRE XLII

### HYDATIDES ET CYSTICERQUES DU CERVEAU

La production de cysticerques dans le cerveau est un phénomène très-rare, et, bien que les faits observés par moi ne soient pas relatifs à des nouveau-nés ni à des enfants à la mamelle, je les rapporte ici pour servir de point de départ aux recherches ultérieures. Ce qu'il faut dire, c'est que chez l'enfant, pas plus que dans l'âge adulte, les cysticerques du cerveau ne donnent lieu à aucun symptôme spécial qui soit de nature à les faire sûrement reconnaître.

Les entozoaires du cerveau sont encore moins communs chez l'enfant que chez l'adulte, et ils donnent lieu à des phénomènes insidieux et bizarres qui rendent leur évolution curieuse à étudier. Ils ont été longtemps décrits sous le nom d'*acéphalocystes*, sans détermination de l'espèce d'helminthe renfermée dans la vésicule d'enveloppe. Or, il peut s'y trouver des *échinocoques* (2); Zeder en a trouvé douze

(1) Voyez MÉNINGITE.

(2) *Hydatide du lobe gauche du cerveau; convulsions, coma, mort*; par M. le docteur Parrot. — Une enfant de sept ans, qui n'avait donné pendant six semaines aucun signe de maladie, était plongée dans un coma ressemblant à celui qu'on observe après les accès d'épilepsie. On put, en effet, constater pendant la journée des attaques subintrantes de ce mal. Deux fois seulement, l'enfant sortit du coma. Elle se plaignit d'une violente céphalalgie, et qu'une fois déjà, en sa vie, elle avait eu des accidents semblables. Elle mourut dans la nuit. J'annonçai qu'il était possible que l'autopsie révélât l'existence d'une tumeur cérébrale. A l'ouverture du crâne, qui portait à sa surface interne des dépressions, nous trouvâmes les circonvolutions aplaties au niveau de la partie postérieure du lobe gauche. Le cerveau se rompit quand on eut enlevé la voûte crânienne, et nous reçûmes dans la main une poche hydatique du volume du poing, parfaitement transparente, gélatiniforme, donnant à la percussion le frémissement caractéristique, développée au centre du lobe occipital. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est l'intégrité de la santé, en regard de l'ancienneté probable de la tumeur et des désordres anatomiques. (*Société médicale des hôpitaux.*)