

## CINQUIÈME LEÇON.

### HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

La rupture d'un vaisseau important chez l'enfant est bien rare, mais l'épanchement de sang dans l'arachnoïde est fréquent. — Raison de sa fréquence chez les enfants nouveau-nés. — Sa relation avec l'asphyxie infantile. — Le sang s'épanche quelquefois, chez les nouveau-nés, à la surface externe du crâne. — Céphalématôme ; ses caractères, modifications du sang épanché, mode de guérison. — Son traitement. — Hémorragie dans l'arachnoïde chez l'enfant. — Transformations du sang épanché. — Obscurité des symptômes. — Elle survient quelquefois chez les enfants très-faibles ou sous l'influence de modifications du sang. — Exemples. — Hémorragie dans la substance cérébrale extrêmement rare. — Cas donnant une idée de ses causes et de ses symptômes. — Hémorragie capillaire du cerveau liée à l'existence de la tuberculose.

Dans notre dernière réunion, j'ai attiré votre attention sur les conséquences très-importantes qui peuvent résulter de l'engorgement des vaisseaux du cerveau. Je vous ai signalé une série de symptômes augmentant de gravité, depuis la simple pesanteur ou lourdeur de tête jusqu'aux convulsions et au coma, suivant le degré de la congestion cérébrale ; et je vous ai dit que la mort elle-même pouvait survenir sans qu'après la mort on trouve d'autre altération plus grave qu'une turgescence des vaisseaux du cerveau ou de ses enveloppes (1). L'*apoplexie simple* est en

(1) Ce que l'auteur désigne ici sous le nom d'*apoplexie simple* doit sans doute s'entendre de l'ensemble des phénomènes apoplectiques, perte ou affaiblissement notable des facultés intellectuelles, sensitives et motrices, dépendants d'un état congestif des centres nerveux, dans lequel, comme il le dit lui-même, il n'y a aucune rupture vasculaire.

effet loin d'être rare chez les enfants, et la connaissance de ce fait est de nature à soutenir notre courage en présence des symptômes les plus alarmants d'un péril actuel. Il y a lieu d'espérer que, si le danger imminent peut être éloigné, le sang, qui n'a pas déchiré ses vaisseaux, y reprendra son cours paisible, et que les fonctions vitales recommenceront à s'accomplir suivant leur mode habituel.

Chez l'adulte, nous pourrions difficilement nous bercer d'une semblable espérance, car la signification des symptômes apoplectiques est généralement beaucoup plus sérieuse. Si le malade meurt, nous cherchons et manquons rarement de trouver l'extravasation, dans la substance cérébrale, de sang qui la comprime et déchire les tubes délicats qui servent de conducteurs à l'enflux nerveux ; s'il survit, ce n'est le plus souvent qu'au prix d'une pénible convalescence, et pour rester avec de la paralysie, des sens affaiblis, des facultés morales amoindries : tristes et permanentes preuves de l'atteinte qu'a subie le cerveau.

Vous vous demanderez naturellement comment il se peut faire que chez l'enfant, dont le crâne a une disposition si favorable à la production de la congestion cérébrale, l'hémorragie cérébrale soit relativement si rare, tandis que chez l'adulte, dont le crâne tout à fait résistant et le cerveau plus ferme font obstacle à la congestion, l'extravasation du sang dans la substance de l'organe est si fréquente ? Les changements que l'âge amène dans la structure des vaisseaux cérébraux sont probablement la principale cause de cette différence. Dans le jeune âge, les artères sont élastiques, et se prêtent à une grande distension sans rompre ; mais avec les années elles perdent cette élasticité ; leur calibre diminue et devient inégal, et leurs parois sont rendues cassantes par un dépôt de matière grasse ou calcaire.

Mais si les gros troncs artériels résistent aux variations constantes qui se produisent dans la circulation cérébrale, pendant la première et la seconde enfance, les vaisseaux plus petits et plus délicats de la substance nerveuse sont exposés à se rompre et l'*hémorragie capillaire*, ou hémorragie par exhalation, comme on l'a souvent, bien qu'improprement, appelée, se produit beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte.

Toutes les périodes de l'enfance ne sont pas également exposées à cet accident, que l'on rencontre beaucoup plus fréquem-

ment aussitôt après la naissance ; et on ne pourrait guère imaginer de conditions plus efficaces que celles qui concourent à sa production. La tête de l'enfant a été soumise à une pression longue et puissante, pendant son passage à travers le bassin ; aussitôt après la naissance, le mode suivant lequel se faisait la circulation change complètement, et pour peu que les fonctions respiratoires éprouvent de difficulté à s'établir, le sang peut être longtemps à prendre son cours dans les vaisseaux où il n'a pas l'habitude de couler. Personne ne s'étonnera de voir la mort survenir souvent pendant cette transition à un nouveau genre d'existence. La tuméfaction du cuir chevelu et la lividité de la face de quelques enfants mort-nés indiquent une des causes les plus importantes de la mort, puisqu'elles ne sont autre chose que la mesure de cette congestion extrême des vaisseaux qui a amené à la longue l'effusion du sang sur la convexité ou à la base du cerveau.

Il y aurait lieu de redouter la production de ces accidents, si un enfant, après sa naissance, présentait une lividité très-marquée de la peau, surtout à la face, et si le cœur battait faiblement et à de longs intervalles, bien que les pulsations du cordon fussent ralenties et faibles ou même complètement absentes. Dans ces cas, la mort survient quelquefois sans qu'il se produise aucun effort inspiratoire, les battements du cœur devenant de plus en plus faibles et rares jusqu'à ce qu'ils cessent entièrement ; mais d'autres fois, l'enfant respire d'une manière irrégulière, imparfaite et à longs intervalles. Les mains sont généralement fermées et la face présente souvent des contractions spasmodiques, qui peuvent être plus générales et plus prononcées, de façon à produire presque une attaque de convulsions. Les symptômes, cependant, n'ont rien d'uniforme ; car il arrive quelquefois que la respiration n'est que peu troublée et qu'après avoir vécu quelques heures dans un état de faiblesse et de torpeur avec frissonnement de toute la surface, l'enfant meurt sans donner aucun signe de convulsion.

Dans ces cas, il ne faudrait pas supposer que la mort est due seulement et précisément à la congestion cérébrale, ou à l'effusion du sang qui vient mettre obstacle à la respiration, comme fait l'apoplexie cérébrale chez l'adulte. La contraction violente de l'utérus qui comprime la tête empêche en même temps la circulation placentaire, et l'enfant naît asphyxié par obstacle à la

respiration fœtale, avant que l'action de la moelle allongée ne soit mise en jeu, comme elle l'est après la naissance, pour l'établissement et la continuation de la respiration pulmonaire. La congestion cérébrale ou l'effusion du sang peuvent compliquer l'asphyxie, ou rendre l'exécution de la respiration difficile, et même impossible ; mais l'apnée est la cause de la mort à la naissance, et l'excitation des mouvements respirateurs aussi rapidement que possible est le grand remède (1).

Je reviendrai sur ce sujet, quand nous en serons à parler des affections des organes respiratoires. Pour le moment il nous suffira de dire que l'on rencontre quelquefois des cas où, malgré les tentatives les plus persévérantes pour provoquer la respiration, on n'obtient pas ce résultat, parce que les lésions produites pendant l'accouchement, soit par les instruments soit par les parties maternelles, ont donné naissance à une extravasation de sang assez considérable pour paralyser les fonctions de la moelle allongée. Dans ces cas, l'extravasation est quelquefois circonscrite au voisinage du cervelet, mais d'autres fois elle couvre une notable partie de la surface convexe des hémisphères et même occupe le canal spinal ; comme vous pouvez en juger par cette figure représentant un cas d'apoplexie infantile dans le grand ouvrage d'anatomie pathologique de Cruveilhier (2).

Très-heureusement, au lieu de se décharger par l'épanchement du sang dans l'intérieur du crâne, il arrive que l'excès de congestion des vaisseaux de la tête donne lieu à la rupture des capillaires du cuir chevelu, et à l'extravasation du sang dans son tissu, ou, dans d'autres cas, l'épanchement se fait entre les os et le péricrâne. Dans cette dernière circonstance, il produit souvent, sur la tête, une tumeur qui présente des particularités assez intéressantes pour fixer l'attention.

**Céphalæmatôme.** — Cette tumeur (céphalæmatôme comme on l'a appelé de *Κεφαλή* tête, et *αίματωμα* qui vient de *αἷμα* sang) apparaît 48 heures après la naissance, souvent beaucoup plus tôt, sur l'un ou l'autre des pariétaux, bien plus souvent sur le droit, sous forme d'un gonflement sous-cutané circonscrit, mou, élastique, légèrement fluctuant et sans douleur. A un examen

(1) Schullze, *Der scheinod Neugeborenen*, in-8°, Iéna, 1871, pag. 97-150.

(2) *Anatomie pathologique*, livre XV, pl. 1.

attentif, il apparaît limité par une arête solide, en apparence osseuse, qui l'entoure d'habitude complètement, bien que plus saillante à certaines places. En faisant passer les doigts du sommet de cette arête à la base de la tumeur, on reçoit immédiatement l'impression que la paroi cérébrale manque en ce point, et que la saillie est le bord d'une ouverture qui existe dans l'os. Quand on la découvre, la tumeur est généralement petite, et elle augmente dans l'espace de deux ou trois jours, et passe du volume d'une bille à celui d'une châtaigne ou de la moitié d'un œuf de poule. A mesure qu'elle grossit, elle devient plus tendue, mais ne cause aucune douleur, et la santé de l'enfant continue à être bonne. Après qu'elle a atteint son plein développement, elle reste souvent quelques jours stationnaire, et le seul changement quelle éprouve, pendant ce temps, c'est que l'anneau qui l'entoure devient plus distinct. A la fin, une légère diminution de volume devient perceptible, et la tumeur diminue alors lentement; sa disparition complète prend au moins six semaines ou même plus, et une légère saillie du crâne sur le point qu'elle occupe persiste quelquefois même plus longtemps. La partie centrale, généralement, garde son caractère mou et fluctuant jusqu'à la fin, mais il lui arrive de le perdre et de communiquer au doigt une sensation de crépitation semblable à celle qu'on éprouverait en pressant un morceau de brocatelle.

Bien qu'ils aient d'abord été le sujet d'opinion très-différentes le mode de formation de ces tumeurs, et la nature des transformations qu'elles éprouvent, sont aujourd'hui suffisamment bien compris. Les bords du col de la matrice comprimant la tête de l'enfant pendant le travail, exactement comme le font les mains dans cette gravure (1), produisent, souvent, un effet semblable à celui que vous voyez représenté ici, et déterminent un suintement de sang à sa surface; ou bien un résultat semblable peut provenir d'une pression exagérée de la tête contre les parois du bassin. La quantité de sang épanché est d'habitude bien petite et se résorbe alors rapidement, sans jamais produire de tumeur appréciable. Mais, si elle est plus considérable, une tumeur se forme à la surface du crâne et peut continuer à augmenter pendant un certain temps après la naissance, en raison probable-

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés de Vallak.* — Paris, 1839, planche I, fig. 3.

ment de l'influence de causes capables d'entretenir l'état congestif du cerveau et de favoriser l'épanchement du sang (1).

Le sang ainsi épanché se coagule après un temps très-variable (il reste souvent fluide pendant très-longtemps), et le bord du coagulum donne quelquefois au doigt la sensation mal définie d'un bord élevé entourant la tumeur. L'anneau saillant, que l'on sent plus tard distinctement à son pourtour, est le résultat d'un processus réparateur dans le cours duquel de la matière osseuse est fournie par la face profonde du péri-crâne décollé, et s'amoncele en plus grande abondance, juste au point où l'os et sa membrane d'enveloppe viennent au contact. Ce qui prouve que c'est bien là son origine, c'est que l'anneau devient beaucoup plus évident, après que l'absorption du sang a commencé, qu'il n'était avant, tandis que d'un autre côté, dans les cas où l'épanchement de sang a été très-considérable, on ne peut sentir aucun anneau pendant la vie; et après la mort on trouve qu'il n'y a presque aucun travail de réparation d'ébauché, et que l'exsudation fibrineuse est très-peu abondante, ou tout à fait absente.

Cette exsudation est généralement absorbée avec le temps, mais, quelquefois, un travail d'ossification s'y établit, l'anneau fibrineux se convertit en une crête osseuse, et la partie du crâne sur lequel le sang s'est épanché devient rugueuse par la formation d'une couche osseuse nouvelle à sa surface.

(1) Les différentes questions relatives au mode de formation de ces tumeurs sont discutées à fond par Feist (*Ueber die Kopfblutgeschwult der Neugeborenen*, in-4<sup>o</sup>, Mayence, 1839; et par Burchard, *De Tumore cranii recens natorum sanguineo*, in-4<sup>o</sup>, Breslau, 1847; où sont également mentionnés différents cas exceptionnels de tumeurs formées sur le pariétal qui était tourné vers le sacrum et non sur celui qui se présentait durant le travail, comme c'est la règle. Les investigations du professeur Levy de Copenhague, publiées dans le journal *für Kinderkrankheiten*, mars, 1852, exposent de nouvelles exceptions à cette règle, qui avait été considérée comme une loi générale, et démontrent qu'une pression soudaine, de quelque façon quelle s'exerce, est capable de produire cet accident; l'essai consciencieux de M. Seux sur la matière, qui forme le second numéro de ses *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, 8 vol., Paris, 1863, et les recherches de Virchow dans son grand ouvrage (*Die krankhaften Geschwülste*, vol. I, pag. 128-135. Berlin, 1863), dans lequel d'ailleurs, il établit le fait de la longue persistance du sang à l'état liquide, d'une manière beaucoup plus absolue que ma propre expérience et les exposés des autres observateurs n'y autorisaient, ne font que confirmer, sur tous les autres points, les résultats auxquels les précédents observateurs sont arrivés.

La signification des lésions anatomiques, ainsi produites, fut longtemps méconnue, et on les attribua à un processus de destruction et non à un travail de réparation. L'état rugueux de la surface du crâne fut considéré comme le résultat d'une ulcération qui avait détruit une partie de la table externe, et on supposait que l'arête qui l'entourait n'était autre que le bord de la partie de la table externe, à laquelle la maladie ne s'était pas encore étendue. Un très-beau spécimen de la nature de ces altérations, dans lequel le sang était épanché entre le crâne et la dure-mère, d'une part, et de l'autre, entre les os et le péricrâne, s'est offert à mon observation (1). Ce dessin montre le travail de guérison en voie de progrès. — D'abord, vous pouvez remarquer le poli parfait de la table interne que le renversement du bord du caillot met en évidence. Cette portion du crâne a été dépouillée de ses revêtements interne et externe, par l'effusion du sang qui s'est fait au-dessous d'eux, et l'os continue à être poli parce que tout travail de réparation est demeuré impossible en ce point. — Sur le bord du caillot, la dure-mère et l'os reviennent au contact, et ici la nature a commencé son travail de guérison; de la matière osseuse de nouvelle formation s'est déposée, et il en résulte une crête osseuse en tout semblable à celle qui entoure si souvent les épanchements de la surface externe du crâne, et ce n'est pas tout, car des lames osseuses commencent à se déposer entre les couches de la dure-mère, qui donnent un exemple de la manière suivant laquelle, lorsque le sang s'est épanché sous le péricrâne, cette membrane devient osseuse, et rendent compte du craquement que l'on sent en pressant sur la tumeur.

Les caractères de ces tumeurs sont si marqués, qu'il n'est pas probable qu'on les confonde avec des gonflements du cuir chevelu, dus à toute autre cause. Une hernie du cerveau, il est vrai, peut offrir avec elles quelque ressemblance, puisqu'elle forme une tumeur molle, indolore, sans changement de coloration des téguments, et que les bords de l'ouverture de l'os à travers laquelle sort le cerveau peuvent aisément être pris pour la crête qui entoure une effusion de sang dans le péricrâne. Indépendamment pourtant, des battements de la tumeur formée par la hernie du cerveau, la situation de celle-ci au niveau d'une fonta-

(1) On trouvera une description de ce fait à la page 307 du XXVIII<sup>e</sup> vol. des *Transactions médico-chirurgicales*.

nelle, probablement la supérieure, ou le long d'une des sutures, la distinguera suffisamment de ces tumeurs sanguines, qui sont presque toujours situées sur l'os pariétal, et au voisinage de sa partie saillante. A l'époque où la nature de cette affection était mal comprise, beaucoup de praticiens la regardaient comme d'une grande importance, et pensaient que sa guérison ne pouvait être obtenue qu'en incisant largement la tumeur et la vidant du sang épanché, ou bien en appliquant un caustique à sa surface, dans le but d'y provoquer la suppuration. Il n'y a cependant pas lieu d'employer ces moyens violents, qui paraissent dans de nombreux cas avoir causé la mort de l'enfant; car le sang, dans l'espace de quelques semaines, sera résorbé et la tumeur, après avoir diminué, disparaîtra d'elle-même. J'ai même vu une tumeur plus grosse que le poing, située sur le pariétal droit, mais dépassant beaucoup la ligne médiane, disparaître complètement, d'elle-même, dans l'espace de quatre mois. La plus grande difficulté, que vous éprouverez sera de persuader aux parents d'abandonner la tumeur à elle-même et d'attendre jusqu'à ce que le temps en ait amené la disparition. S'il est vrai que l'affection ne réclame aucun traitement et ne présente généralement aucun danger, il est bon, cependant, de se souvenir que l'épanchement de sang peut avoir lieu aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du crâne. Alors, comme il arriva dans un cas soumis à mon observation, l'augmentation soudaine de l'épanchement interne peut être suivie de symptômes apoplectiques et de mort; ou bien, comme dans l'autre cas que j'ai rapporté comme exemple d'un très-grand épanchement, les désordres éprouvés par le cerveau peuvent être si considérables que l'enfant ne survive que pour présenter tous les signes d'une idiotie sans espoir.

Peut-être me pardonnera-t-on de faire une digression d'un moment, pour signaler l'épanchement de sang sous le muscle occipito-frontal ou sous le muscle temporal, produit accidentellement chez les enfants par un coup sur la tête. Contrairement à ce qui se passe dans la contusion, l'épanchement ne se fait pas toujours à la place même où a porté la violence; mais le volume plus considérable des vaisseaux qui traversent le crâne sur le côté semble expliquer comment un choc, tel qu'une chute sur l'occiput, est suivi de la formation d'une tumeur sur le côté de la tête, plutôt que sur le point qui a reçu le coup; le fait s'est produit deux fois sous mes yeux. La tumeur ainsi formée est molle, sans dour-

leur et fluctuante; elle s'accroît d'abord très-rapidement, mais les téguments qui la recouvrent ne sont ni chauds ni modifiés dans leur coloration. Elle n'est point entourée de l'anneau si bien marqué qui circonscrit l'épanchement formé sous le péricrâne; la saillie du bord est imparfaite et bien moins prononcée, souvent même on ne la constate qu'au voisinage de l'insertion du muscle temporal.

Dans ce cas comme dans le précédent, la nature est tout à fait suffisante pour amener l'absorption du sang et la disparition du gonflement qui en est la conséquence.

**Hémorrhagie intra-arachnoïdienne.** — Bien que l'hémorrhagie cérébrale ne soit aussi fréquente à aucune autre époque qu'immédiatement après la naissance, elle peut cependant survenir à toute autre période de l'enfance, sous l'influence de causes qui favorisent la congestion cérébrale, ou même en l'absence de toute cause appréciable. L'hémorrhagie se produit presque invariablement dans la cavité de l'arachnoïde, et le sang y est quelquefois versé en très-grande quantité; mais cet accident n'est jamais ni aussi invariablement ni aussi vite mortel que quand il se produit au moment de la naissance.

Si la mort suit de très-près l'épanchement, le sang n'est point altéré, il forme une couche plus ou moins étendue sur la convexité du cerveau, et qui s'étend en bas et en arrière vers la base de l'organe, mais n'atteint guère la partie antérieure, à moins que l'hémorrhagie n'ait été d'une abondance inaccoutumée.

Si la vie se prolonge, le caillot se sépare promptement en sérum et en une partie solide, et dans cette dernière commence une série de transformations, dont l'effet est de la dépouiller de la matière colorante, et avec le temps de la transformer en une fausse membrane délicate qui se trouve en contact immédiat avec l'arachnoïde pariétale. Il est quelquefois donné d'observer cette transformation pendant qu'elle est en train de s'accomplir, et l'on voit alors un caillot central se perdre en une membrane de plus en plus délicate vers la périphérie. Si, comme il arrive quelquefois, des effusions de sang se produisent à des intervalles un peu éloignés, cette membrane peut devenir épaisse et résistante et peut même présenter une coloration opaline, transformations qui ont fait commettre à quelques observateurs

l'erreur d'attribuer cette lésion anatomique à l'altération et à l'épaississement de la dure-mère.

La quantité du sang épanché tout d'abord, exerce une grande influence sur la rapidité des transformations du caillot. Si l'épanchement n'est pas considérable, le sérum est promptement absorbé, et il ne reste d'autre trace de ce qui s'est passé que la fausse membrane qui tapisse une partie de l'arachnoïde. Si l'hémorrhagie a été un peu abondante, le sérum rougeâtre, même après une longue période de temps, sera très-évident, et une partie se trouvera probablement emprisonnée dans la substance du caillot. Le sérum perd graduellement sa couleur, mais sa quantité peut persister fort longtemps sans diminution, ou même les efforts de la nature ne parviennent pas à en amener l'absorption. Le liquide, dans ces cas, est ou bien simplement contenu dans la cavité de l'arachnoïde ou bien étant resté enfermé dans le caillot pendant ses transformations, se trouve à la fin situé à l'intérieur d'un kyste délicat, ou d'un sac fermé de toutes parts. Quand l'hémorrhagie, tout d'abord, est très-considérable ou se répète deux ou trois fois, le crâne élastique de l'enfant augmente de volume, la tête se déforme, et les cas de cette nature prennent beaucoup des caractères de l'hydrocéphalie chronique (1).

Tous les écrivains, même ceux qui, comme Rilliet et Barthez, ont jeté le plus de lumière sur l'anatomie et la pathologie

(1) N'ayant pas eu l'occasion d'observer la série de changements que subit le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde, j'ai surtout suivi la description donnée par Rilliet et Barthez, dans leur *Traité des maladies des enfants*, 2<sup>e</sup> édit., Paris 1853, t. II, pp. 149, 255. Je ne suis cependant pas en état de dire jusqu'à quel point cette opinion sur l'origine de l'hémorrhagie et le mode de formation de sa membrane d'enveloppe, admise généralement comme vraie jusqu'aujourd'hui, peut encore être regardée comme aussi correcte. Les observations d'auteurs récents, comme Virchow, dans son ouvrage *Die Krankhaften Geschwülste*, 8 vol., Berlin, 1863, p. 140; et Lancereaux dans les *Archives de médecine*, 1862, vol. II, p. 526, 679, et 1863, vol. I, p. 38, tendent à prouver que la formation d'une fausse membrane de nature inflammatoire, est la première phase du processus morbide, et l'hémorrhagie la seconde. J'ai pourtant de la peine à imaginer comment des accidents qui semblent aussi soudains que les hémorrhagies arachnoïdiennes, chez les enfants, peuvent prendre leur origine dans une longue série de phénomènes antécédents. Les observations qui ont conduit à cette conclusion, appartiennent toutes à l'âge adulte ou à la vieillesse. Cette question me semble demander d'autres investigations pour ce qui concerne la première et la deuxième enfance.

de l'hémorrhagie cérébrale, chez l'enfant, s'accordent à représenter ses symptômes comme extrêmement obscurs.

La paralysie, qui chez les adultes, est un des symptômes les plus fréquents de la sortie du sang de ses vaisseaux, est au contraire si rare chez l'enfant que Legendre ne l'a observée qu'une fois sur neuf cas (1), et Rilliet et Barthez, une fois sur dix-sept (2). Cette particularité s'explique, en grande partie par le fait que le sang étant presque toujours versé dans la cavité de l'arachnoïde, la pression qu'il exerce sur le cerveau se trouve en général disséminée sur une grande surface et n'est jamais très-considérable.

L'absence de symptômes paralytiques n'est pas la seule cause de l'obscurité qui enveloppe ces cas, mais la nature, aussi bien que le degré des troubles cérébraux auxquels ils donnent lieu, sont extrêmement variables. La manifestation soudaine de violentes convulsions, et leur fréquent retour, alternant avec la contraction spasmodique des doigts et des orteils, paraît constituer le symptôme le plus fréquent de l'épanchement de sang à la surface du cerveau. Je n'ai pas besoin de vous dire, cependant, que cette manifestation, prise seule, ne vous autoriserait nullement à conclure à l'existence d'une extravasation sanguine.

Bien des particularités, ayant trait aux antécédents de l'enfant, et à son état actuel, doivent être prises en considération pour établir le diagnostic.

L'hémorrhagie arachnoïdienne étant plus fréquente dans la première enfance, les symptômes que nous venons d'énumérer, acquièrent une valeur diagnostique plus grande en raison du plus jeune âge de l'enfant qui les présente. La probabilité de leur dépendance de cet accident serait encore plus forte, si l'enfant avait eu antérieurement plusieurs attaques de congestion cérébrale, ou avait été récemment exposé au soleil, la tête mal garantie, ou bien encore, s'était trouvé placé dans d'autres conditions propres à favoriser la détermination du sang vers la tête.

La notion populaire, qui associe l'idée de santé vigoureuse et de pléthore générale à cette disposition à l'apoplexie est,

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur quelques maladies de l'enfance*, 8 vol., Paris, 1844, p. 130.

(2) *Op. cit.*, p. 257.

dans beaucoup de circonstances, tout à fait fausse. Chez l'enfant elle est encore bien moins fondée, puisque l'épanchement sanguin sur le cerveau se présente infiniment plus souvent chez des enfants affaiblis que chez ceux qui sont robustes. Il y a vraiment lieu de supposer que l'hémorrhagie est quelquefois de nature purement passive, et dépendante de l'altération du sang. Je vais vous raconter un ou deux cas comme exemples de *cette forme cachectique d'hémorrhagie cérébrale*.

Il y a quelques années, je vis un enfant de cinq semaines, né de parents bien portants et qui lui-même l'avait été très-bien pendant la première quinzaine consécutive à la naissance; alors, sans cause évidente, il devint somnolent, vomit souvent et sa peau prit tout à fait la teinte de la jaunisse. Le ventre était alors développé et dur, la pression sur l'hypochondre droit provoquait des cris: ces symptômes persistaient quand on me l'amena. Une sangsue appliquée au côté droit, tira une bonne quantité de sang et l'écoulement en fut difficile à arrêter; l'intestin, qui était resserré, fut excité par de petites doses de calomel et d'huile de ricin; en trois jours l'enfant perdit la teinte jaune de la peau, devint gai, et sembla beaucoup mieux. Il fut cependant alors, 18 juillet, pris soudainement d'une accélération considérable de la respiration, d'une grande dépression, suivies bientôt de violentes convulsions, pendant lesquelles il jetait des cris perçants. En même temps, on s'apercevait que la main gauche commençait à enfler et à prendre une teinte bleue, et le 20, la main droite devenait également œdémateuse. L'enveloppe cutanée devint tout à fait blafarde, et, le jour avant la mort, l'œdème de la main gauche avait considérablement augmenté; la lividité de la peau était devenue beaucoup plus prononcée et il y avait de petits points d'extravasation sanguine sur les jointures. Le coude droit était légèrement livide; la main droite plus œdématisée, mais de couleur naturelle, et une ecchymose s'était produite sous le menton, sur le point correspondant au nœud du bonnet. Les attaques revenaient très-fréquemment, séparées par des intervalles d'un repos complet; les pupilles étaient contractées et l'enfant semblait plutôt abattu par un extrême épuisement que dans le coma. Le 20, la déglutition ne pouvait plus se faire, et, après quelques retours de convulsions moins violentes, l'enfant mourut à 9 heures du ma-