

lésion se limite à un espace de la dimension d'un noyau d'amande. En incisant à travers le tissu ramolli, on observe quelques taches jaunes brillantes, de la grosseur de grains de millet, rappelant à s'y méprendre la texture réticulaire observée souvent dans le cancer mou. En incisant par tranches la protubérance hémorragique du volume d'un petit pois; le centre en est d'un rouge foncé lequel passant, vers la périphérie, à une teinte de rouille brunâtre. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

**POITRINE.** — Le ventricule gauche du cœur est légèrement hypertrophié; la pointe de l'organe est arrondie; l'orifice mitral est plus petit que d'ordinaire, on y passerait justement le pouce; cependant, il n'y a ni épaissement ni aucune altération de l'endocarde. La membrane qui tapisse le cœur ainsi que les gros vaisseaux est d'une couleur lie de vin. Sang liquide. Les deux poumons sont emphysémateux à leur partie antérieure. La muqueuse des bronches offre une teinte d'acajou foncé, et les voies aériennes sont plus ou moins obstruées par un mucus sanguinolent. Le lobe inférieur du poumon gauche est considérablement engorgé et contient des caillots de sang extravasé du volume d'un pois à celui d'une moyenne orange. Le lobe inférieur du poumon droit est pareillement engorgé et renferme les mêmes caillots, mais ils ne sont ni aussi nombreux ni aussi gros que de l'autre côté.

**ABDOMEN.** — Les organes abdominaux sont sains.

**EXAMEN MICROSCOPIQUE.** — Le liquide trouble contenu dans le ventricule droit, tient en suspension une multitude de cellules et de masses granulaires qui infiltrent également toute la portion ramollie du corps strié. Les masses d'un jaune brillant dont nous avons parlé, se composent également d'un agrégat de ces mêmes masses et cellules, entremêlées d'une multitude de molécules et de granules. Le caillot de la protubérance annulaire renferme plusieurs corps celloïdes ronds et ovales, dont le diamètre varie entre un millimètre et un millimètre et demi; un grand nombre de globules sanguins les remplissent (Fig 535.) Nulle part au voisinage, on n'observe de cellules granulaires.

*Commentaire.* — L'histoire de ce qui est arrivé à cette femme avant son entrée à l'Infirmierie, notamment des deux attaques d'apoplexie, ne nous a été racontée qu'après sa mort, par son mari que nous avons vu lors de l'autopsie. Dans tout le cours du traitement, ce sont les symptômes pulmonaires qui ont principalement appelé l'attention. La faiblesse du côté gauche, dont il a été question, était assurément très légère, car dans les examens fréquents qui ont eu lieu, on voyait cette femme s'asseoir, quand on le lui demandait, présenter la main pour lui tâter le pouls, enfin sortir de son lit sans avoir besoin d'être aidée. Cependant, les râles crépitants et muqueux, la matité à la percussion, en même temps que la grande prostration de la malade, ne laissèrent, même dès l'abord, que peu d'espoir de guérison. Au reste, c'étaient là les seuls symptômes dont elle se plaignit, jamais elle n'avait fait mention d'une paralysie ancienne ou actuelle. Ces faits sont très intéressants en eux-mêmes, et surtout comparés avec les renseignements donnés lors de l'examen du cerveau. Toutefois, je dois avouer que les investigations du côté du système nerveux n'avaient pas été excessivement minutieuses, ce qui se conçoit naturellement par l'aversion que l'on éprouve d'interroger avec insistance une personne moribonde. On ne peut guère douter que la première attaque

d'apoplexie, cinq ans auparavant, n'ait été occasionnée par une hémorragie, vraisemblablement dans le corps strié, et la seconde, il y a quatre mois, par une hémorragie limitée dans la protubérance annulaire.

**OBS. XXIX (1).** — *Trois attaques d'apoplexie : la première produite par une hémorragie dans le corps strié du côté droit, en mai 1861 ; la seconde dépendante d'une hémorragie dans le lobe cérébral gauche et dans la couche optique droite, en novembre 1861 et enfin, la troisième par suite d'une hémorragie dans la cavité arachnoïdienne, en mars 1862.* — *Affection athéromateuse des vaisseaux — Hypertrophie du cœur.* — *Maladie chronique des poumons, du foie et des reins.*

**COMMÉMORATIF.** — John Gow, âgé de 36 ans, colporteur, est apporté à l'hôpital le 12 mars 1862, par des étrangers qui l'ont trouvé privé de connaissance, sur la voie publique, près de Pennicuick. Au dire de sa femme, il fut, jusqu'au mois de mai 1861, un homme robuste et bien portant. Un jour, en se promenant, il tomba sans connaissance, subitement et sans jeter aucun cri. Il n'eut pas de convulsions, mais bien un peu d'écume à la bouche. Revenu à lui, il se trouva en état de marcher, mais il traînait manifestement la jambe gauche. Son intelligence n'eut rien à souffrir de cette attaque, seulement il lui resta de la difficulté et de l'hésitation dans la parole. Depuis cette époque jusqu'au mois de novembre, il était demeuré à peu près dans le même état, lorsqu'il eut un nouvel accès accompagné de perte complète de connaissance. En même temps l'écume lui sortait de la bouche et il saignait du nez. Cet état d'insensibilité persista plusieurs heures; lorsqu'il fut revenu à lui, on s'aperçut que les jambes ainsi que les bras étaient paralysés. Il garda le lit pendant six semaines. L'intelligence était sensiblement affectée, il divaguait dans ses discours et il était impossible de le comprendre, tant à cause de leur manque de suite que du défaut de la prononciation. Il ne demandait rien, mais il était toujours à marmotter. La déglutition se faisait bien, mais il fallait l'alimenter avec une cuiller. En mai 1862, il savait encore se lever et marcher un peu, quoique en traînant les jambes, tandis que les bras pendaient nonchalamment le long du corps. Au reste ses promenades se bornaient à faire quelques pas auprès de sa porte. Le 10 mars, à l'insu de sa femme, il voulut se rendre à Pennecuick, qui est à sept milles d'Edimbourg. Comment s'y prit-il? elle ne le sait point; elle ignorait même ce que son mari était devenu, lorsqu'elle apprit qu'il était à l'Infirmierie.

**SYMPTÔMES À L'ENTRÉE.** Le malade comprend les questions et y répond par des monosyllabes; il est assoupi et comme un homme affaîssé. Il remue librement les bras et les jambes dans le lit, lorsqu'on le lui demande. La sensibilité est intacte. Les muscles du côté droit de la face sont plus contractés que ceux du côté gauche. La langue n'est pas déviée. Toute la surface du corps est froide, il n'y a pas d'œdème. Les pupilles sont légèrement contractées, mais sensibles à la lumière. Les cornées présentent des arcs séniles prononcés. Il y a un amaigrissement considérable, un peu de toux. Pas de dyspnée ni d'expectoration; 12 respirations à la minute, sans difficulté ni stertor; le murmure respiratoire est rude. A la percussion, la poitrine rend, en arrière, un son moins clair qu'à l'état normal. Le pouls est à 66, faible. Le second bruit du cœur est clair, et vibrant. L'artère radiale donne la sensation d'une corde noueuse. La langue est recouverte d'un enduit blanc, salé. La déglutition se fait bien. L'urine s'écoule goutte à goutte dans

(1) Recueillie par M. R. B. J. Cunynghame, élève du service.

le lit. Cependant une sonde passée dans la vessie n'en retire guère qu'une quinzaine de grammes d'un liquide albumineux, tenant en suspension des cylindres graisseux et granuleux des tubuli rénaux. — *Faire prendre, de suite, 4 grammes de poudre de jalap composée, que l'on fera suivre, dans 5 heures, d'une prise de 60 gram., d'infusion de séné. Ventouses sèches à la région des reins. Un quart de litre de fort beef-tea, cruchons d'eau chaude aux pieds.*

MARCHE DE LA MALADIE. — 12 mars, 3 heures après midi. La peau est encore froide et le pouls très faible, à 36. *Faire prendre 50 gram. de vin toutes les heures, ainsi que du fort beef-tea. Dans la soirée on donne toutes les heures 15 gram. d'eau-de-vie.* — 13 mars, Le malade a rendu abondamment d'urine dans son lit, ainsi que sur la chaise; on lui avait appliqué les ventouses hier. Ce matin, il eut une selle. La chaleur est revenue. Un peu avant la visite il a rendu 280 grammes. d'urine très albumineuse et contenant des moules graisseux et granuleux des tubuli rénaux, ainsi que des urates et des phosphates en excès. Le pouls est à 36, un peu plus fort qu'hier. L'alimentation se fait bien. *Donner 2 gram. de bitartrate de potasse, trois fois par jour, dans une tasse d'eau. Continuer le beef-tea et le vin.* — 14 mars. Le malade est à peu près dans le même état; il est sorti de son lit hier et a pu se tenir debout en s'appuyant contre un pilier, mais il est tombé en voulant essayer plus tard une seconde fois. Il y a toujours de l'assouplissement. On fait appliquer un *emplâtre de cantharides à la nuque.* — 15 mars. L'appétit est bon, le pouls est à 72, la langue est dure, sèche, recouverte de fuliginosités. Tranquillité; sommeil bon; pupilles insensibles à la lumière. 120 gram. d'eau-de-vie par jour. — 17 mars. Langue très sèche; fétidité remarquable de l'haleine. Pouls à 60, très faible et intermittent; évacuations involontaires dans le lit; l'urine ne contient plus d'albumine. — 20 mars. Grande faiblesse. Pouls à 76, irrégulier et intermittent. Le sommeil a été mauvais, l'appétit est tombé. A partir de ce moment, le malade s'affaisse de plus en plus, devient tout à fait insensible le 23, et meurt le 24, à 4 heures de l'après-midi.

*Autopsie. — Vingt-et-une heures après la mort.*

Corps amaigri, paraissant plus vieux que l'âge assigné. Cartilages costaux ossifiés.

TÊTE. — Après avoir enlevé la voûte osseuse et la dure-mère, on trouve, du côté droit, un assez fort épanchement sous l'arachnoïde, laquelle est un peu plus épaisse et plus opaque qu'à l'état normal. Dans la cavité de cette membrane, sur l'hémisphère gauche, se trouve une couche de sang, d'une teinte rouge brunâtre, presque entièrement liquide, aussi s'écoule-t-il vers la partie postérieure de l'hémisphère; sa quantité est estimée à 15 grammes. Sur un point, un peu en avant de la partie moyenne et tout près de la fissure médiane, il y avait eu coagulation, mais le caillot n'était point décoloré et adhérait à la surface de l'hémisphère. En incisant le cerveau par tranches, on remarque plus de taches rouges que de coutume dans la portion médullaire. Aussi bien, les vaisseaux situés à la périphérie, ont une telle rigidité qu'ils ne s'affaissent point et restent béants, après être coupés. La substance cérébrale est un peu œdémateuse. Les ventricules latéraux sont très dilatés et contiennent chacun environ trente grammes de sérosité claire. Le trou de Monro a un diamètre supérieur à celui d'un demi-franc. Après avoir enlevé le cerveau, on voit que l'extravasation hémorragique du côté gauche s'étend jusqu'à la base, où elle forme, dans les fosses postérieures et moyennes du crâne, une couche d'environ trois millimètres d'épaisseur; le sang paraît plutôt épaissi que coagulé. Dans le tiers antérieur de l'hémisphère gauche, une portion de la substance grise de quelques circonvolutions, ainsi que la substance blanche adjacente, sont un peu ramollis et offrent une teinte légèrement jaunâtre. A cet endroit, on tombe sur une cavité apoplectique ancienne: cette cavité a la forme d'un croissant irrégulier

de près de trois centimètres de long sur douze millimètres dans sa plus grande largeur, les deux parois en sont très rapprochées et elle contient une matière molle, de couleur brune roussâtre. Elle est située au niveau de la surface supérieure du corps calleux et tout près de la périphérie du cerveau. L'hémorragie est provenue évidemment des vaisseaux de la substance grise des circonvolutions. La cavité elle-même est tapissée par une membrane mince, mais résistante. La membrane de revêtement du ventricule latéral gauche est épaissie: il y existe, correspondant à la partie postérieure de la couche optique, une légère dépression dont le bord est coloré en jaune brunâtre. En incisant à cet endroit, la substance cérébrale ne paraît point affectée, mais la membrane qui tapisse le ventricule est épaissie et infiltrée par un peu de matière jaunâtre qui pénètre même un peu au-dessous d'elle. En incisant le corps strié, on trouve à son centre un petit kyste apoplectique, à peu près du volume d'une fève, tapissé d'une membrane distincte et renfermant une matière brune roussâtre. Le reste du cerveau n'offre rien d'anormal. Les artères de la base sont le siège d'une dégénérescence athéromateuse bien marquée, surtout les branches qui parcourent la fissure de Sylvius; la plupart de ces dernières ont perdu leur transparence et sont tout à fait opaques. Leurs parois sont épaissies, mais ne contiennent point de matière calcaire.

THORAX. — Le cœur est hypertrophié et pèse 480 grammes: ses valvules sont intactes et l'hypertrophie n'affecte que le ventricule gauche dont la cavité est un peu dilatée, en même temps que ses parois sont considérablement épaissies. Le ventricule droit a conservé ses dimensions normales. L'aorte est affectée de dégénérescence athéromateuse et calcaire, juste au-dessus des valvules semi-lunaires; le reste du vaisseau est peu altéré. On trouve d'anciennes adhérences au sommet des deux poumons. Elles correspondent à des rides et à des concrétions calcaires dans le tissu pulmonaire. Les bords antérieurs sont légèrement emphysémateux. Les bronches contiennent de la matière muco-purulente et la muqueuse qui les tapisse est très congestionnée.

ABDOMEN. — Le foie pèse à peu près un kilogramme; sa capsule est un peu plus épaisse et plus dure qu'à l'ordinaire. Les reins sont très petits et ne pèsent ensemble que 108 grammes; la capsule s'en détache avec difficulté; sa surface paraît assez unie, mais elle donne au toucher une sensation de rudesse et de dureté. La vascularisation est pour ainsi dire normale et régulière. On ne rencontre point de granulations opaques, mais bien deux ou trois petits kystes. Les bassinets contiennent beaucoup de graisse. La substance corticale est atrophiée et semble former une mince enveloppe autour de ces organes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Le contenu de la cavité de l'hémisphère gauche consiste en une matière granulaire, du pigment jaune granuleux et de magnifiques cristaux d'hématoidine. La membrane qui tapisse cette excavation présente une disposition comme fibreuse, ou pour mieux dire, fibrillaire, comme il arrive toujours autour de caillots anciens. Immédiatement en dehors de la cavité, se trouvait une tache de ramollissement, de couleur fauve, ayant la grosseur d'une amande et dans lequel on trouve une foule de corpuscules granuleux, de la matière granulaire et quelques globules sanguins. Le ramollissement de la couche optique à droite, présente absolument la même structure. Le petit kyste du corps strié du même côté, ne renferme pas autre chose que de la matière purement moléculaire. Dans les reins, le tissu fibreux est partout augmenté de quantité. Les capsules qui entourent les corpuscules de Malpighi, ainsi que les parois des vaisseaux sont épaissies. Partout on rencontre de petits kystes de toutes dimensions, et bon nombre d'entre eux sont tapissés d'un épithélium très apparent. Les tubes sont contractés et paraissent moins nombreux qu'à l'état normal. Les moules de ces tubes, contenus dans l'urine, étaient très petits. L'épithélium est granuleux, mais présente peu de globules graisseux.

*Commentaire.* — Voici un cas très instructif d'hémorrhagie cérébrale : reproduite à trois reprises bien distinctes, elle donne lieu chaque fois à des symptômes caractéristiques et laisse des preuves indubitables de la lésion après la mort. Une première attaque arrive subitement, en 1861, et le malade guérit sans que son affection laisse de traces du côté de son intelligence, seulement il traîne la jambe gauche. Tout cela se rattache évidemment à l'hémorrhagie circonscrite que nous avons vue du côté droit dans le corps strié, sous la forme d'un petit kyste tapissé d'une membrane distincte et contenant une matière moléculaire brunâtre. En un mot, le petit caillot s'était transformé dans l'espace de dix mois, suivant la manière que nous avons décrite.

L'attaque du mois de novembre était plus grave ; aussi, les bras et les jambes demeurèrent-ils paralysés. L'intelligence à son tour fut notablement atteinte ; le malade ne pouvait plus articuler distinctement. Cette fois, l'hémorrhagie doit s'être faite dans la couche optique et dans le ventricule du côté droit, ainsi que dans le lobe cérébral antérieur de l'hémisphère gauche, ce qui explique la paralysie des deux côtés du corps et les troubles du côté de l'intelligence. L'examen microscopique démontre également que ces deux hémorrhagies sont contemporaines, car bien que situés sur des côtés différents du cerveau, chacun de ces foyers contient une multitude de cellules granuleuses et de cristaux d'hématine.

Enfin la troisième et fatale attaque a été causée évidemment par l'hémorrhagie récente dans la cavité de l'arachnoïde. Cette hémorrhagie est-elle la conséquence d'une chute, c'est ce qu'on ne saurait affirmer avec certitude, puisqu'on n'a trouvé aucune contusion ; mais, vu l'état de faiblesse du malade et cette espèce d'hallucination mentale qui le déterminait à se trainer à sept milles de sa maison, la chose n'est pas du tout improbable. L'altération athéromateuse des vaisseaux sanguins du cerveau, aussi bien que l'état du cœur, des poumons, du foie et des reins présentent une complexité d'altérations prédisposant toutes à une apoplexie fatale.

La cause prédisposante de l'hémorrhagie cérébrale est, dans l'immense majorité des cas, une maladie antérieure à la suite de laquelle les artères deviennent cassantes. L'on peut citer, il est vrai, quelques rares exemples où cette cause semble avoir fait défaut et dont l'origine est obscure (Obs. XXIV). D'autres fois, chez de jeunes sujets, comme chez des personnes d'âge mûr, cette lésion peut dépendre d'une obstruction des vaisseaux par des caillots venus d'une certaine distance, ainsi que nous l'avons déjà dit. Encore, dans ces cas et chez la grande majorité des sujets avancés en âge et qui sont si communément atteints d'apoplexie et de paralysie subites, peut-on considérer l'artérite cérébrale chronique comme la maladie réelle, et l'hémorrhagie comme une conséquence. Voilà pourquoi toutes les causes qui déterminent un surcroît de pression à l'intérieur des artères, sont aussi les causes immédiates de l'apoplexie et de la paralysie subites ; telles sont : tous les exercices violents, la constipation, les efforts en allant à la garde-robe, les liqueurs fortes, l'état de pléni-

tude résultant d'un repas trop copieux, les émotions mentales etc., etc.

Les modifications histologiques se rapportant au caillot lui-même, sont importantes à connaître. D'abord les globules sanguins se groupent en amas, et quelques uns de ceux-ci s'entourent plus tard d'une membrane celloïde. Dans cette condition, ils se désagrègent lentement ; la couleur rouge passe au brun et se fonce de plus en plus jusqu'au noir absolu. Il n'est point rare que des cristaux supposés être de l'hématine se rencontrent disséminés au sein des caillots en voie de dissociation. On en a même observé de rouges foncés et de noirs, dans la membrane dont nous venons de parler. Cette membrane se forme de la manière que je vous ai indiquée, c'est-à-dire secondairement, autour de globules sanguins amoncelés. C'est ce dont j'ai pu me convaincre par des expériences directes pratiquées sous ma direction par le Dr Sanderson, autrefois mon assistant. Il prit quatre pigeons, leur enfonça une aiguille à travers le crâne, jusque dans les lobes cérébraux, puis les sacrifia successivement aux troisième, cinquième et sixième jours. Nous avons observé, dans un de ces cas où une légère strie hémorrhagique marquait le passage de l'aiguille, que la substance cérébrale, examinée à un grossissement de 250, contenait des groupes de cinq à douze globules sanguins ovales ; chacun de ces groupes était entouré d'une membrane délicate (Voir fig. 554). Quand le caillot est vaste, ce travail s'opère dans

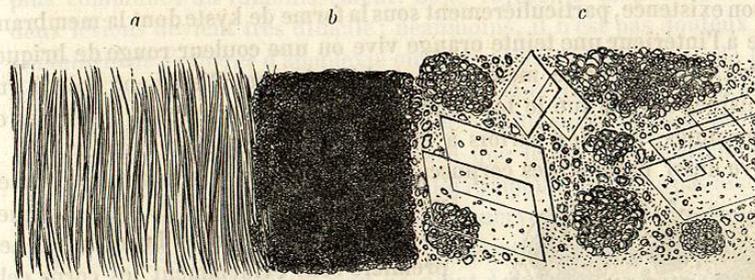


Fig. 447.

toute son étendue ; en même temps il se produit des cellules granulaires composées. J'ai fait l'examen d'une tumeur du volume d'un petit œuf de poule que m'avait apportée le Dr Peddie. La couche externe présentait une quantité de fibres cellulaires et de fibres véritables en voie de développement, tandis que l'intérieur se composait principalement de granules innombrables ainsi que de cellules granulaires composées. Ça et là, cependant, on voyait des taches rouges d'extravasation, plus ou moins récentes et qui contenaient de grandes vésicules délicates, remplies de globules de

Fig. 447. Coupe de la capsule et d'une portion de caillot de la grosseur d'une orange, trouvé dans le cerveau d'un malade du Dr Kirkwood. a. Portion externe de la capsule formée de lamelles fibreuses. b. Portion interne de la capsule devenue d'un rouge foncé, violacée et opaque, due à la condensation de globules sanguins. c. Globules sanguins contenus à l'intérieur ; ils sont en train de se dissoudre et sont mêlés à des cristaux de cholestérine. 250 diam.

sang (Voir fig. 355, p. 520). Dans une autre tumeur que m'avait envoyée le Dr Kirkwood de Berwick (1), tumeur qui avait la dimension d'une forte orange et qui s'était rencontrée dans la substance de l'hémisphère cérébral à droite, j'ai trouvé d'abord une coque ou capsule ferme, résistante, épaisse de trois millimètres et contenant des caillots de sang, d'une couleur rouge de brique pilée. La capsule, à l'extérieur, avait une teinte paille, semblable à celle de la lymphe coagulée, mais le tiers interne de l'épaisseur était d'un rouge foncé passant au noir. Une petite portion de la couche externe de la capsule examinée à un grossissement de 250, présente l'aspect d'un réseau fibreux serré où l'on distingue des faisceaux ondulés, constitués par les bords des lamelles. La couche interne, plus épaisse, se compose des mêmes fibres, mais elles sont entremêlées de masses de globules sanguins en voie de dissolution. Les caillots contenus à l'intérieur se composent d'une foule de molécules, de granules et de globules sanguins. Le volume de ces derniers est notablement diminué et leur forme diversement altérée, cependant ils ont conservé leur teinte jaune naturelle. Au sein de ces caillots, on rencontre de nombreux cristaux de cholestérine. Ces recherches que j'ai eu l'occasion de renouveler bien des fois, me permettent de dire que si l'hémorrhagie est petite, le caillot se dissocie et se désagrège dans un laps de temps qui varie entre trois et six mois. Cependant même après cette époque, ce caillot peut laisser des traces de son existence, particulièrement sous la forme de kyste dont la membrane offre à l'intérieur une teinte orange vive ou une couleur rouge de brique. Si l'on examine cette membrane ou bien le ramollissement coloré qui l'avoisine, on voit que le tout consiste en une multitude de molécules et de granules, associés parfois à des fragments de tubes nerveux. On y trouve aussi parfois, des corpuscules et des masses granulaires, diversement nuancés d'orange, de rouge brique,

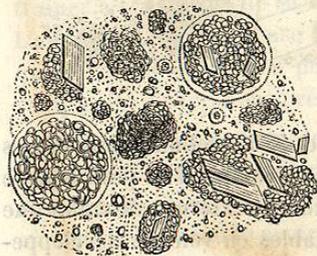


Fig. 448.

ou rubis (fig. 586). Si le caillot est volumineux, la période nécessaire à l'absorption peut embrasser des années et alors ses portions externes se transforment en un kyste fibreux à l'intérieur duquel le sang se désagrège et s'absorbe très lentement. Le plus ordinairement, néanmoins, longtemps

(1) *Monthly Journal*, mars 1841.

Fig. 448. Corpuscules et masses granulaires de couleur orange, vive ou pale jaune, quelques uns passant au brun, entremêlés de cristaux d'hématoïdine, dans un ancien foyer apoplectique. 250 diam.

avant que l'absorption s'établisse, des changements secondaires s'opèrent dans le tissu nerveux avoisinant, ou bien il s'exerce une pression sur les parties qui se trouvent à la base du crâne et il survient des convulsions, de la paralysie ou d'autres symptômes, auxquels le malade finit par succomber.

Le *diagnostic* différentiel entre l'hémorrhagie et les autres lésions cérébrales, n'est pas toujours aisé. En effet, une cérébrite chronique peut se développer insidieusement et plus tard produire une apoplexie ou une paralysie subite. Toutefois, on voit généralement le véritable ramollissement cérébral être précédé par un affaiblissement plus ou moins marqué de l'intelligence et plus spécialement par de la lenteur à recevoir les impressions mentales ou à répondre aux questions. En même temps il y a fréquemment de la céphalalgie, de la confusion dans les idées et une certaine perversion de la motilité. Au reste, tout cela dépend beaucoup du siège de la lésion : l'intelligence est d'autant plus atteinte que l'affection est plus étendue et plus rapprochée du ganglion hémisphérique ; au contraire les mouvements sont d'autant plus influencés que le mal occupe plutôt les parties centrales ou la base du cerveau. N'oubliez pas, cependant que si le ramollissement cérébral conduit parfois à l'hémorrhagie ou en est compliqué, par contre, l'hémorrhagie est une des causes les plus communes du ramollissement. Dans ce cas, la distinction entre ces deux lésions devient très difficile ; néanmoins, il n'est pas douteux que la *soudaineté de l'attaque* d'apoplexie ou de paralysie (sauf les cas de lésions traumatiques), soit le symptôme caractéristique de l'hémorrhagie cérébrale. Parfois cependant, une paralysie subite survient dans des cas de ramollissement chronique, circonstance que le Dr Todd a attribuée à la rupture ou à la déliquescence de tubes déjà ramollis, quoique pas assez pour interrompre leur conductibilité de l'influx nerveux. Quant à reconnaître si l'hémorrhagie est consécutive à une altération des artères ou à leur obstruction par des caillots, c'est un point à déterminer seulement par la considération de l'ensemble des phénomènes que le cas présente. Toutefois, la première cause est surtout probable chez les personnes âgées et la seconde chez les sujets plus jeunes atteints de maladies du cœur. Jusqu'à présent néanmoins, il faut le dire, nous sommes bien peu avancés sur ce point de diagnostic. Pour ce qui concerne le siège de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement, je dois renvoyer à la page 204.

Les médecins se sont beaucoup préoccupés, et avec raison, de l'influence exercée sur la fonction de la motilité, par l'hémorrhagie ou par le ramollissement cérébral. Pour les uns, la contracture plus ou moins forte et la rigidité des membres sont des signes nettement caractéristiques du ramollissement inflammatoire ; pour d'autres, au contraire, ce sont là de simples phénomènes accidentels, car, disent-ils, ils se présentent souvent en l'absence de tout ramollissement et manquent fréquemment quand celui-ci existe. On les a vus aussi accompagner des hémorrhagies qui ne paraissaient aucunement liées à un ramollissement.

L'analyse d'un grand nombre d'observations concernant ce sujet, m'a conduit à cette conclusion, qu'en général, la rigidité musculaire ou la contracture est un *signe de ramollissement* qui a son poids, quand il existe; mais comme le ramollissement peut être permanent, tandis que la rigidité n'est que temporaire et l'indice des effets irritants de la lésion, l'absence de l'un n'est pas une preuve de la non existence de l'autre. Il est bon de se rappeler qu'une grande partie de cette discussion s'est produite à une époque où l'on ne possédait pas encore le secret de distinguer histologiquement les formes de ramollissement inflammatoire, hémorrhagique et posthume. Le Dr Todd a spécialement appelé l'attention sur l'état des muscles dans la paralysie des membres, à la suite des affections cérébrales. Il a établi trois catégories de cas : 1° ceux dans lesquels les muscles du membre paralysé sont dans un relâchement complet; 2° ceux dans lesquels les muscles paralysés présentent de la rigidité à partir de l'instant de l'attaque ou peu de temps après; 3° ceux où la rigidité ne se montre que longtemps après la paralysie. Toujours d'après le même auteur, les cas, rentrant dans la première catégorie, seraient habituellement le résultat d'une hémorrhagie combinée avec un ramollissement préalable du cerveau et la rupture des tubes nerveux; le caillot sanguin serait circonscrit et tout à fait séparé du cerveau sain. Ceux de la seconde catégorie dépendraient de ce que le caillot agirait directement sur le cerveau sain, au point d'origine des nerfs qui animent les muscles affectés. Enfin ceux de la troisième seraient dus à une irritation analogue, par suite du travail de cicatrisation de la substance du cerveau. Tout ingénieuses qu'elles soient, les vues du Dr Todd ne doivent encore être acceptées que comme autant d'idées théoriques plausibles. Si l'on veut généraliser les faits, il faudrait dire, selon moi, d'une part, que la paralysie complète est l'indice d'une compression ou d'une destruction du tissu cérébral, par suite de laquelle toute transmission de l'influx nerveux est rendue impossible; d'autre part, que la rigidité, les convulsions, la douleur montrent que certains tubes de ce même tissu sont anormalement excités. Ces deux ordres de phénomènes peuvent être occasionnés les uns comme les autres, par une hémorrhagie, un exsudat, un épanchement, des tumeurs ou toute autre lésion qui intéresse le cerveau.

*Le traitement* de l'hémorrhagie cérébrale doit s'adresser à l'attaque elle-même, et, plus tard, aux suites de celle-ci. Les mesures à prendre au moment de l'attaque exigent, dans tous les cas, une attention toute particulière. Anciennement, on n'était pas en peine, la saignée largement pratiquée, était le remède consacré par la routine universelle. Les progrès de la pathologie ont fini, cependant, par rendre évident pour tout le monde que les mêmes moyens ne sauraient être régulièrement applicables à tous les cas où les centres nerveux sont similairement affectés. Ainsi, nous voyons la perte subite de connaissance et de la volonté, être la conséquence d'une syncope aussi bien que d'un coma; la seule différence supposée entre ces deux causes, c'est que l'une a son origine

au cœur et se manifeste par de la faiblesse du pouls, tandis que l'autre prend sa source dans le cerveau et se caractérise par un pouls fort. Mais des observations attentives ont suffisamment établi qu'il se présente nombre de cas, même d'hémorrhagie véritable, en connexion intime avec la syncope, et dans lesquels on a eu à se louer des stimulants bien plutôt que des déplétions. N'est-il pas fortement à présumer qu'un grand nombre de ces individus succombant à ce qu'Abercrombie appelait apoplexie simple, et chez qui on ne trouvait après la mort aucune trace de maladie, n'étaient en réalité que des victimes d'une forme de dégénérescence graisseuse du cœur, affection que l'on ne soupçonnait pas même en ce temps-là? La meilleure règle que je puisse donc vous conseiller de suivre, c'est de vous guider d'après l'ensemble des circonstances du cas. Toutes les fois que le sujet est d'une constitution vigoureuse, si la face est injectée, l'attaque récente, le pouls fort et plein, une saignée modérée peut être avantageuse. L'abondance de celle-ci sera réglée sur les effets qu'elle exerce sur l'action du cœur. En effet, comme nous l'avons vu, la fin à poursuivre n'est point de retirer du sang du cerveau, ce qui est impossible, mais de diminuer la pression subie par cet organe, en diminuant la force avec laquelle le cœur chasse le sang à travers les carotides et les artères vertébrales. Au contraire, si le sujet est de faible complexion, a la face pâle, le pouls faible et irrégulier et que tous les symptômes usuels du choc nerveux soient présents, c'est du vin, de l'eau-de-vie, des stimulants généraux et des analeptiques qu'il faut donner. Mais il vous arrivera fréquemment qu'au moment où vous serez appelés, ni l'une ni l'autre de ces indications ne s'imposera à votre esprit. Dans ces cas, le plus prudent, c'est d'appliquer de l'eau froide sur la tête, d'administrer un purgatif énergique et par dessus tout, d'insister sur la tranquillité. En même temps, le malade sera mis dans la position horizontale avec la tête modérément relevée; la cravate, le corset, en un mot, tout ce qui entrave le libre jeu de la respiration et de la circulation seront écartés.

Quand le malade reprend ses sens, la tranquillité de l'esprit et du corps constitue la partie essentielle du traitement. En même temps l'on tâche de soutenir l'économie par une bonne alimentation. On évitera donc scrupuleusement les conversations longues, le travail littéraire, toute préoccupation d'affaires, l'impression subite de nouvelles tristes ou heureuses, etc. Il est important de se précautionner aussi, contre tout effort instantané, comme de sortir vivement du lit (voir Obs. XXVII), contre les efforts au moment de la défécation et partant contre la constipation, etc. Je ne saurais trop vous prémunir contre les dangers de cette dernière; en effet, l'une des causes les plus ordinaires des attaques secondaires, ce sont les efforts en allant à la garde-robe. Lorsque la paralysie persiste, il faut être bien prudent à l'égard de l'emploi des stimulants locaux, tels que les frictions, le galvanisme ou l'exercice des parties affectées. Ce sont, il est vrai, des remèdes d'une incontestable utilité, mais jamais on ne doit les employer au risque de causer une excitation générale. Aussi sera-t-il sage de