

Il n'est pas d'organe de l'économie dans lequel on n'ait observé les hémorrhagies dont je parle; mais c'est dans le cerveau et dans les poumons qu'elles sont le plus communes; viennent ensuite la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles de la vie de relation, le placenta, le foie, la rate, l'utérus, les reins, le cœur. Quel que soit, d'ailleurs, l'organe, le sang, en s'épanchant dans les tissus, écarte nécessairement leurs fibres ou les mailles qui les constituent, et le plus souvent même il les rompt violemment. Le liquide ainsi extravasé forme un véritable corps étranger, qui peut être la cause de plusieurs lésions consécutives; dans la plupart des cas cependant il est résorbé peu à peu, ou bien il subit diverses transformations organiques que nous indiquerons dans chacun des cas particuliers. Enfin le point de l'organe où l'épanchement s'est fait, et qui a été déchiré ou tout au moins tirailé, devient lui-même le siège d'un travail réparateur que nous ferons également connaître.

DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

SYNONYME. — Apoplexie, hémato-encéphalie; *apoplexia, sideratio, attonitus morbus*, etc.

On donne le nom d'hémorrhagie ou d'apoplexie cérébrale à un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau, produisant pendant la vie la suspension subite et plus ou moins complète de l'intelligence, du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps.

Historique. — L'histoire de cette affection remonte au premier âge de la science. Les médecins de l'antiquité avaient, en effet, décrit plus ou moins exactement ses symptômes et sa marche; mais, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ils en ignoraient la nature et les causes: aussi l'avaient-ils confondue facilement avec plusieurs autres maladies des centres nerveux. Ce n'est seulement que depuis les travaux de F. Hoffmann, de Wepfer, de Valsalva et de Morgagni, que nous avons quelques connaissances positives sur les hémorrhagies des centres nerveux. Morgagni surtout, dans ses 2^e, 3^e, 4^e et 5^e lettres, a non-seulement mieux précisé le siège de ces épanchements, mais ce fut lui qui le premier démontra les rapports qui existaient entre les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie. Depuis ce grand médecin, les hémorrhagies cérébrales ont été l'objet de travaux remarquables parmi lesquels nous mentionnerons ceux de MM. Moulin (1), Riobé (2), Andral (3), Cruveilhier (4), Abercrombie (5), Gendrin (6), et la *Monographie* si justement estimée de Rochoux.

Anatomie pathologique. — La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale. Celle-ci ne se rencontre pas avec une égale fréquence dans toutes les parties de l'organe: ainsi Rochoux et M. Andral ont démontré, par des relevés statistiques, que les corps striés et les couches optiques sont le siège le plus ordinaire des épanchements; viennent ensuite la portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, les lobes latéraux du cervelet et les lobes antérieurs du cerveau. La maladie ne

(1) *Traité de l'apoplexie*, 1819.

(2) Thèse de Paris, année 1816.

(3) *Clinique médicale*, t. V.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. APOPLEXIE.

(5) *Maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais.

(6) *Traité de médecine pratique*, t. I.

paraît pas être sensiblement plus fréquente dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère opposé. Les parties blanches centrales, toutes celles qui renferment beaucoup de substance médullaire et peu de substance grise, sont les moins sujettes aux épanchements sanguins. Ceux-ci ne sont pas très-rares dans la substance corticale des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve, en général, rien de remarquable à la superficie du cerveau: cependant, si l'épanchement est considérable et voisin de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent, en pressant sur le cerveau, on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsque, après la section des couches saines du cerveau, qui, souvent, sont plus ou moins hyperémies, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffus et mêlé à des fragments de tissu cérébral ramolli. Son poids varie: il est rarement moindre de 4 grammes; il s'élève le plus souvent à 46, 32 et 64 grammes; les cas où il en existe de 187 à 218 ne sont pas très-rares; on a même vu le foyer, occupant un hémisphère entier, contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume: il est plus résistant, d'un noir moins foncé; la sérosité qu'il contient est résorbée, ou bien elle s'est infiltrée dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, le caillot a déjà une texture fibrineuse, et au bout d'un mois il est revenu sur lui-même: il est dense, rougeâtre, jaunâtre, d'un jaune d'ocre; parfois, au contraire, il est presque décoloré. Il peut alors faire corps avec la substance cérébrale, de manière à simuler grossièrement un produit hétérologue cancéreux ou tuberculeux; ou bien, au lieu d'être aussi intimement uni avec les parois du foyer, il en est isolé par une sérosité citrine ou rougeâtre qui, en le ramollissant, doit favoriser sa résorption. Enfin, au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus, le caillot peut disparaître tout à fait. La rapidité avec laquelle la résorption s'opère est d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Il est probable que cette résorption s'opère exclusivement par les veines, attendu que le cerveau ne paraît contenir qu'un très-petit nombre de vaisseaux lymphatiques.

Des changements non moins remarquables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent, en outre, un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité des vaisseaux déchirés: tel est l'état de toute caverne récente.

Du sang ne peut s'épancher dans le cerveau sans en déchirer les fibres, et il serait oiseux de réfuter ici l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que certains foyers apoplectiques peuvent être constitués par un simple écartement des fibres de l'organe. L'étendue du foyer est en rapport avec le volume du caillot; sa cavité, généralement sphérique, est plus ou moins anfractueuse; le plus souvent isolée, elle peut, comme nous l'avons déjà dit, communiquer avec les ventricules et avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les parois qui circonscrivent le foyer sanguin sont généralement injectées, rougeâtres et ramollies à une profondeur de 2 à 7 millimètres. A la couleur rouge succède, vers

le troisième jour, une coloration d'un jaune serin pâle, qui augmente jusqu'au quinzième jour : c'est là une véritable ecchymose du cerveau, qui indique déjà un commencement de résorption. Cependant la cavité devient bientôt moins irrégulière, et ses parois perdent peu à peu leurs inégalités. Vers le vingtième jour, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, on peut constater l'existence d'une pseudo-membrane couenneuse, rougeâtre et molle, très-vasculaire, qui finit, au bout d'un temps plus ou moins long, par revêtir les caractères du tissu séreux, duquel elle diffère pourtant par plus d'épaisseur (elle peut avoir 2 millimètres) et de densité : on la sépare plus ou moins facilement du tissu cérébral. Cette pseudo-membrane est baignée par une sérosité citrine ou rougeâtre qu'elle a exhalée en grande partie, et qui, en ramollissant et dissolvant le caillot, en favorise ainsi la résorption. La capacité du kyste diminue progressivement; ses parois se rapprochent peu à peu; elles peuvent finir par s'accoler, par adhérer entre elles et par former une cicatrice linéaire, au niveau de laquelle le tissu cérébral est plus ferme et conserve une coloration jaunâtre, grise ou d'un brun foncé. Cependant une guérison aussi parfaite est tellement rare, qu'Abercrombie ne l'a jamais observée. Dans la plupart des cas, en effet, les parois du kyste sont rapprochées, mais n'adhèrent pas immédiatement entre elles. On voit alors tantôt des filaments celluloux ou fibreux qui vont d'une paroi à l'autre, et forment une sorte de tissu à mailles plus ou moins serrées et infiltrées d'un liquide séreux ou gélatiniforme; plus souvent encore c'est un petit kyste séreux, une sorte de ventricule supplémentaire, qui persiste toute la vie. En général, la cicatrice du foyer n'amène aucun changement dans la configuration du cerveau : cependant, lorsque la perte de substance a été très-considérable, il existe un ratatinement de l'organe; celui-ci cesse alors de remplir entièrement la boîte crânienne, et l'espace qu'il laisse est comblé par de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Le plus souvent on ne trouve qu'un seul foyer : cependant, dans quelques cas, il en existe plusieurs; on en a compté seize, et peut-être jusqu'à quarante (Lenormand, thèse de 1810), disséminés dans le cerveau. Mais il est très-rare, lorsque les foyers sont nombreux, que tous aient été produits en une seule fois; presque toujours, au contraire, ils ont eu lieu successivement et indiquent souvent alors de la manière la plus exacte le nombre d'attaques que les individus ont subies dans leur vie. D'après le degré de consistance des caillots et l'état du foyer, il sera souvent possible de déterminer quel est leur degré d'ancienneté relative.

Les foyers apoplectiques varient peu entre eux, quelles que soient les parties de l'encéphale dans lesquelles on les observe. Dans les apoplexies du cervelet, le caillot et les fausses membranes présentent les mêmes dispositions que dans les épanchements sanguins qui siègent dans les hémisphères cérébraux. Les foyers du mésocéphale seuls offrent quelques différences : ces derniers sont presque toujours très-peu considérables; parfois le sang n'est qu'infiltré entre les plans nerveux qui constituent le mésolobe (Howship et Abercrombie). Enfin, si l'épanchement est abondant, il peut fuser à travers un des pédoncules cérébraux jusque dans une des couches optiques (Rochoux), ou bien le foyer communique avec le quatrième ventricule (Ollivier et Gendrin).

À l'autopsie des sujets morts d'hémorrhagie cérébrale, on trouve souvent des ossifications dans les artères du cerveau, et surtout dans les vaisseaux qui rampent à la base de l'organe ou dans ceux qui pénètrent dans les corps striés et dans les couches optiques. Cette altération, et à son défaut la structure des artères encéphaliques, l'extrême ténuité de leurs parois, qui sont presque dé-

pourvues de tunique celluleuse, expliquent la fréquence des hémorrhagies interstitielles. Mais cependant il est rare qu'on puisse démontrer par la simple inspection anatomique, ou même par les injections, la rupture du vaisseau. Nous n'avons jamais pu en découvrir.

Je ne puis terminer l'histoire anatomique de l'apoplexie cérébrale sans dire un mot d'une forme de la maladie décrite d'abord par M. Cruveilhier sous le nom d'*apoplexie capillaire* (1), et plus tard par M. Diday, qui l'appelle préférentiellement *apoplexie par infiltration* (2). Cette lésion siège exclusivement dans la substance grise des circonvolutions ou des parties centrales; on la reconnaît à une coloration rouge-noir, ponctuée, de la pulpe cérébrale, coloration qui semble due à l'interposition, dans l'intervalle de ses molécules, d'une multitude de petites gouttelettes de sang noir coagulé; les parties au milieu desquelles a lieu cette infiltration partagent aussi, quoique à un degré moindre, la couleur rouge, par suite d'une imbibition consécutive. La substance cérébrale, vue dans son ensemble, offre dans les points affectés une ressemblance assez parfaite avec le fruit de la fraise parsemée de ses graines (Diday). Il n'est pas très-rare de voir simultanément avec cette infiltration quelques petits caillots disséminés çà et là, démontrant que la première lésion n'est qu'un degré moins avancé de la seconde.

Symptômes. — La plupart des apoplexies cérébrales débutent brusquement; ce n'est guère que chez un dixième des individus environ qu'on constate quelques prodromes; les plus fréquents sont : un peu de pesanteur de tête, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements, une tendance insolite au sommeil, une obtusion de l'intelligence et des sens, des fourmillements. Ces accidents indiquent qu'une congestion précède parfois l'hémorrhagie. Rochoux les rattachait plutôt à un ramollissement de la pulpe cérébrale, qu'il nommait *hémorrhagipare*, et qu'il regardait comme constante; opinion insoutenable, car presque toujours le début est brusque, et si l'on trouve constamment les parois du foyer ramollies et infiltrées de sang, cela tient à l'altération que les parties ont subie par l'irruption du sang qui agit ici comme le ferait un corps étranger.

Les symptômes propres à l'hémorrhagie cérébrale diffèrent suivant le siège et l'abondance de l'épanchement. Lorsque celui-ci est considérable et qu'il occupe les parties centrales, les malades tombent subitement comme foudroyés; ils sont aussitôt privés de connaissance, de mouvement, et souvent de sensibilité; leur respiration est tantôt moins fréquente, tantôt embarrassée et stertoreuse; souvent aussi il y a des évacuations involontaires. Ces symptômes caractérisent l'apoplexie dite *foudroyante*. Il est rare pourtant que dans ces cas la mort soit instantanée; la plupart des malades vivent encore un jour, ou tout au moins trois ou quatre heures, puis ils succombent sans qu'on observe aucune diminution dans les symptômes. Cependant le plus communément l'hémorrhagie cérébrale n'a pas à son début une intensité si grande. Quelques malades sont, comme les précédents, instantanément frappés; ils ont perdu le mouvement, la sensibilité et l'intelligence; leur respiration est calme, leur pouls large et d'une lenteur remarquable. Quoique l'individu ainsi frappé soit immobile, il est aisé, néanmoins, de reconnaître que la paralysie n'occupe qu'une moitié du corps, en pinçant les malades, car la sensibilité souvent n'est qu'obtusée; et s'ils sont insensibles, en soulevant alternativement le bras droit et le bras gauche, on

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. APOPLEXIE.

(2) Gazette médicale de Paris, année 1837, p. 241.

verra le membre paralysé tomber tout d'un coup comme une masse inerte, tandis que l'autre pourra rester quelque temps soulevé; s'il tombe aussitôt, sa chute sera manifestement moins brusque et sera retardée par la contraction instinctive des muscles. Dans ces cas, la perte de connaissance n'est que momentanée : après quelques heures et au plus tard après deux ou trois jours d'un état comateux, les individus reprennent en partie l'usage des sens et de leur intelligence.

Il y a une catégorie de malades qui, au moment de l'attaque, n'éprouvent qu'une sorte d'étourdissement ou de vertige qui les fait tomber, s'ils sont debout; mais ils conservent la plénitude de leur raison, et quand on les relève, on constate qu'ils sont hémiplegiques, c'est-à-dire paralysés d'une moitié du corps. Dans quelques cas, cette paralysie est incomplète, ou bien elle est bornée à un des membres supérieurs ou inférieurs; ou bien il n'y a qu'un peu de déviation de la face et un léger embarras de la parole, c'est l'apoplexie *légère*. Enfin il est des individus qui, étant frappés d'hémorrhagie cérébrale pendant le sommeil, ne sont pas réveillés; ils continuent à dormir paisiblement, et à leur réveil, qui se fait comme de coutume, souvent au moment où ils font effort pour sortir de leur lit, ils s'aperçoivent qu'ils sont paralysés d'une moitié du corps.

En somme, quel que soit le degré de l'épanchement, celui-ci a pour effet constant d'abolir, ou du moins d'affaiblir la motilité et très-souvent aussi la sensibilité dans une partie du corps. Ce sont là, à proprement parler, les seuls symptômes qui soient constants. Les troubles de la motilité consistent dans la paralysie complète ou incomplète des muscles de toute une moitié du corps; les membres ne peuvent plus se mouvoir : si on les soulève et qu'on les abandonne ensuite à leur propre poids, ils tombent comme des masses inertes. En général, la paralysie est plus complète dans le membre supérieur que dans le membre inférieur; celui-ci exécute parfois quelques légers mouvements, tandis que le bras est dans une immobilité absolue. La commissure labiale est souvent tirée du côté sain, par suite de l'affaissement des muscles du côté opposé correspondant aux membres paralysés. Ce symptôme ne devient parfois évident que lorsque le malade parle, rit ou grimace. Il est d'ailleurs très-irrégulier; c'est ainsi qu'il peut être très-marqué dans les hémorrhagies légères, et manquer tout à fait dans celles qui sont graves; il en est de même de la paralysie de la langue, qui se révèle tantôt uniquement par un embarras de la parole, et plus rarement par une déviation de l'organe. Celui-ci, en effet, étant tiré hors de la bouche, on voit parfois sa pointe s'incliner vers le côté du corps correspondant à la paralysie des membres. Ce phénomène peut s'expliquer en supposant, avec Lallemand, que le génio-glosse du côté de la paralysie étant lui-même plus ou moins paralysé, la langue n'est tirée de la bouche que par la contraction du génio-glosse opposé; or celui-ci, n'ayant plus d'antagoniste, attire fortement de son côté la base de la langue, et ce mouvement a pour effet nécessaire de dévier la pointe du côté opposé. Quoi qu'il en soit de l'explication, la déviation de la langue est un phénomène sinon rare, du moins peu ordinaire; on cite quelques cas où cette déviation se serait faite du côté non paralysé, mais il faut bien prendre garde de s'en laisser imposer par certains individus qui, en raison d'une contraction inégale des muscles, ne peuvent jamais tirer la langue de leur bouche dans un état de rectitude parfaite. La paralysie des paupières et des muscles moteurs du globe oculaire est un phénomène plus rare encore que la déviation de la langue; enfin les muscles du larynx sont encore moins souvent affectés que les précédents : leur paralysie se traduit par une aphonie plus ou

moins complète. La paralysie peut affecter aussi les muscles de la vie organique : c'est ainsi que dans les apoplexies fortes il y a dysphagie; mais le plus souvent le défaut d'innervation n'atteint que le rectum et la vessie, d'où résulte soit une rétention d'urine, soit la sortie involontaire de ce liquide et des matières fécales.

Les lésions de la sensibilité sont bornées le plus souvent aux membres paralysés; ceux-ci sont le siège de fourmillements, d'engourdissements, ou bien la peau est insensible ou moins sensible que de coutume aux irritations ou aux excitations extérieures. Dans quelques cas fort rares, on a vu pourtant la paralysie du sentiment être plus étendue que celle du mouvement. Quoi qu'il en soit, la perte de la sensibilité peut être telle que, lorsque la peau de ces parties devient le siège d'une affection inflammatoire, comme un érysipèle, les malades n'éprouvent souvent aucune douleur, même lorsqu'on exerce sur elle une pression assez forte. Les sens peuvent être plus ou moins altérés : ainsi quelques malades perdent entièrement la vue, mais cela n'a lieu que dans les hémorrhagies très-graves; plus souvent la cécité est bornée à un seul œil; elle affecte alors tantôt l'organe situé du même côté que l'épanchement, tantôt l'œil du côté opposé, variations qui s'expliquent par la raison que les nerfs optiques sont tantôt entre-croisés et tantôt simplement accolés. On voit beaucoup d'apoplectiques dont une des narines cesse d'être impressionnée par les odeurs; la muqueuse de Schneider et la muqueuse oculaire peuvent aussi être privées de leur sensibilité tactile; elles sont alors insensibles à l'action des corps extérieurs. Des malades perdent l'ouïe, quelques-uns enfin ont une moitié de la langue qui ne perçoit plus les saveurs. Tels sont les symptômes qui sont immédiatement liés à la présence d'un épanchement sanguin dans le cerveau.

Pour terminer le tableau de la maladie, nous dirons que chez la plupart des individus la respiration est lente et facile; le pouls, large, a une fréquence médiocre, à moins de complication. Il y a une constipation plus ou moins opiniâtre; la face porte l'empreinte de la stupeur; elle est souvent rouge, injectée, vultueuse; parfois, au contraire, elle est pâle.

Les symptômes précédents offrent, comme on l'a vu, un degré d'intensité variable, suivant que l'hémorrhagie est faible, moyenne ou grave; assez généralement, il y a un rapport direct entre la gravité des symptômes et l'étendue des lésions. On a prétendu aussi qu'il existait des signes suivant que l'hémorrhagie avait lieu dans le cerveau, dans le cervelet ou dans le mésocéphale : c'est une opinion que nous discuterons bientôt en traitant du diagnostic différentiel.

L'hémorrhagie cérébrale peut se caractériser chez le nouveau-né de la même manière que chez l'adulte, c'est ce que nous prouve notamment un fait recueilli par M. Vernois; cependant, dans la plupart des cas, la maladie affecte une forme presque latente. Ainsi la paralysie n'existe pas, ou bien elle est peu évidente; les malades sont seulement immobiles, ils n'ont aucune vivacité; quelques-uns sont agités; d'autres éprouvent des mouvements convulsifs, enfin la plupart tombent bientôt dans le coma et meurent.

Marche. Durée. Terminaisons. — Nous n'avons pas à nous occuper ici des cas assez rares où l'hémorrhagie cérébrale produit la mort presque instantanément, ou bien au bout d'une ou quelques heures seulement. Voyons plutôt ce que devient la maladie dont la marche est moins rapide, et lorsqu'elle n'a pas une issue fatale. Le plus souvent l'affection, parvenue d'emblée à son apogée, ne fait aucun progrès vers le pire. Dans quelques cas assez rares pourtant on observe pendant quelques jours une période d'augment. Ainsi tel malade

qui, au début, n'éprouvait qu'un peu d'affaiblissement ou d'engourdissement d'une moitié du corps, finit par avoir une paralysie complète; celle-ci s'établit tantôt progressivement; tantôt, au contraire, les parties qui d'abord étaient seulement affaiblies tombent brusquement dans la résolution. Cette progression est le plus souvent considérée comme la preuve d'un ramollissement; cependant des faits incontestables ont établi que l'hémorrhagie pouvait suivre, à son début, une marche progressive: il faut supposer dans ces cas très-exceptionnels, ou bien que le sang s'est épanché peu à peu, ou que l'hémorrhagie s'est faite en plusieurs fois.

Lorsque l'apoplexie s'accompagne de l'abolition des facultés intellectuelles, on voit, comme premier signe d'amélioration, les malades sortir de l'état comateux dans lequel ils étaient plongés, et commencer à se mettre en rapport avec le monde extérieur. Si la maladie doit avoir une heureuse issue, il est rare que la perte de connaissance dure plus de trois ou quatre jours. Le pouls revient à son état normal, et l'appétit renaît. Lorsque l'hémorrhagie a été assez abondante, ces signes d'amélioration sont les seuls qu'on observe pendant une ou plusieurs semaines, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, après un et même plusieurs mois, qu'on voit diminuer les symptômes de paralysie. La sensibilité, si elle a été abolie ou diminuée, renaît peu à peu avant la motilité; la parole devient plus libre, la face est moins déviée; bientôt les membres sont le siège de fourmillements; le mouvement renaît, le membre inférieur exécute d'abord quelques mouvements partiels; le malade peut le fléchir ou le soulever à quelques centimètres du lit; puis on le voit pouvoir remuer les doigts, le poignet, et imprimer même au membre des mouvements d'ensemble. Le retour de la sensibilité suit la même marche. L'amélioration se fait toujours lentement. Si la paralysie a été complète, il est rare que les individus soient guéris avant cinq ou six mois; cela, d'ailleurs, n'a guère lieu que chez les sujets encore jeunes, c'est-à-dire ayant moins de trente ans. Les membres reprennent alors leur motilité et leur sensibilité ordinaire; ils peuvent ne conserver aucun vestige de l'accident. On cite quelques hémiplegiques chez lesquels le mouvement se serait rétabli complètement, tandis qu'ils auraient conservé toute leur vie une paralysie du sentiment. Mais ces faits sont extrêmement rares; le contraire est le plus souvent observé. Il est très-rare, en effet, qu'une attaque un peu forte, eût-elle lieu de vingt à trente ans, ne laisse pas après elle un affaiblissement qui se traduit dans la démarche, et qui fait que les individus sont plus maladroits de la main qui fut paralysée. Après quarante ans, les individus restent tous plus ou moins infirmes: ils ne recouvrent qu'incomplètement l'usage du membre inférieur, ils marchent en fauchant, et avec plus ou moins de difficulté. Le membre supérieur est plus impotent encore; l'avant-bras reste dans une demi-flexion, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main: le membre s'atrophie, s'œdématie, il se refroidit plus aisément; il prend une couleur violacée; enfin les articulations, sans cesse immobiles, finissent même par s'ankyloser. Chez ces mêmes malades, les facultés intellectuelles sont rarement aussi complètes qu'avant l'attaque. Chez la plupart, en effet, la mémoire est affaiblie; d'autres se rappellent les choses passées, tandis que les événements présents sont tout de suite oubliés; il en est qui perdent l'usage de telle ou telle partie du discours, comme les substantifs, les adjectifs ou les verbes; enfin beaucoup tombent dans l'enfance; ils pleurent ou rient sans motifs, ils présentent les symptômes d'une démence sénile, et succombent à une nouvelle attaque, à un ramollissement consécutif, ou à quelque complication étrangère au cerveau. Rochoux

estime que sur 100 individus qui survivent à une hémorrhagie, il y en a au moins 60 qui ont tôt ou tard un ramollissement de cet organe.

Lorsque l'hémorrhagie a une issue funeste, beaucoup d'individus succombent du troisième au huitième jour sans recouvrer connaissance; d'autres reprennent leurs sens, mais ce n'est que pour un temps fort court, et ne tardent pas à retomber dans un état comateux. La paralysie alors persiste, devient plus complète et s'étend; les yeux sont fermés, les pupilles sont immobiles, la respiration est gênée et stertoreuse; à chaque mouvement d'expiration, les joues sont gonflées, et l'air, en sortant, repousse la lèvre supérieure, comme dans l'action de fumer. Le pouls s'accélère, devient petit, irrégulier; la face devient pâle, les lèvres s'encroûtent de fuliginosités; la déglutition ne se fait plus, à cause de la paralysie du pharynx et de l'œsophage; les urines et les matières fécales s'échappent involontairement; enfin la mort arrive.

Récidives. — L'hémorrhagie cérébrale est une des maladies qui récidivent le plus souvent. Presque tous les individus qui ont échappé à une première hémorrhagie finissent par succomber à une nouvelle attaque. Ces récidives ont lieu à une époque plus ou moins rapprochée: ainsi quelquefois une nouvelle hémorrhagie frappe le malade lorsque les principaux symptômes du premier épanchement ont à peine commencé à diminuer; mais, en général, il se passe plusieurs mois ou même plusieurs années entre chaque récidive. Les hémorrhagies qui ont ainsi lieu successivement se forment le plus souvent dans le même hémisphère, et fréquemment dans le voisinage du premier foyer. Cependant il n'est pas rare de voir l'épanchement se faire dans un point éloigné ou même dans l'hémisphère opposé.

Complications. — L'épanchement sanguin du cerveau peut donner naissance à plusieurs complications qui viennent modifier d'une manière importante les symptômes de la maladie principale. La complication la plus fréquente est le ramollissement des parois du foyer sanguin. Cette lésion survient, le plus souvent, dans le premier septénaire; elle est caractérisée par une céphalalgie vive ou obtuse, et bornée en général à un point assez circonscrit. On constate aussi de la roideur, des mouvements convulsifs et de la contracture dans les membres paralysés, avec ou sans douleurs vives, phénomènes qui alternent souvent avec une résolution complète de ces mêmes parties. En même temps le pouls s'accélère, il y a une chaleur fébrile, puis les malades tombent bientôt dans le coma et succombent. Toutefois la complication dont je parle est loin d'être toujours immédiatement mortelle. Chez d'autres malades, un épanchement séreux se forme dans les ventricules et dans le tissu sous-arachnoïdien, ce qui coïncide généralement avec des signes de compression cérébrale. Une arachnitis peut également survenir; cette complication est une des plus rares. Enfin, un plus grand nombre d'affections étrangères au cerveau peuvent se développer. Je citerai, en particulier, la diarrhée, qui épuise les forces; la pneumonie, dont le développement s'explique par la faiblesse et le décubitus prolongé; enfin, les eschares au sacrum et aux trochanters, dont la chute est suivie d'une abondante suppuration qui épuise les malades.

Diagnostic. — Dans le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale il faut: 1° distinguer l'affection de toutes les maladies avec lesquelles elle a quelque rapport; 2° déterminer son siège; 3° indiquer les complications.

Parmi les maladies du cerveau il n'y a guère que la congestion, l'hémorrhagie méningée, le ramollissement, qui puissent être confondus avec l'apoplexie. La congestion, ainsi que nous l'avons déjà dit, s'accompagne fréquemment de tous les symptômes des hémorrhagies; aussi ne peut-on arriver au

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) *Système nerveux*, t. II, p. 383.