

## DES HÉMORRHAGIES DES MEMBRANES SÉREUSES.

Les membranes séreuses peuvent être le siège d'hémorragies plus ou moins abondantes. Celles qui ne sont pas traumatiques arrivent le plus ordinairement consécutivement à la phlegmasie de la séreuse, soit dans les premiers temps, soit à une période un peu avancée, lorsque les fausses membranes sont bien organisées : c'est ce qui a lieu communément pour la plèvre, pour le péricarde et le péritoine; c'est aussi ce qu'on observe pour certaines hématoécèles bien décrites par M. Gosselin (1); c'est, enfin, ce qu'on verrait aussi pour l'arachnoïde elle-même, d'après les observations les plus modernes. Nous dirons bientôt ce qu'il faut penser de cette dernière opinion qu'on a beaucoup trop généralisée. Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, le sang serait fourni, non par la séreuse elle-même, mais par les vaisseaux de la fausse membrane, qui se rompraient aisément à cause de la ténuité de leurs parois.

Le sang épanché dans les séreuses saines est plus ou moins promptement isolé par des fausses membranes dont le sang provoque lui-même la sécrétion, lorsque, tombant au milieu d'un tissu sain, il l'irrite et agit sur lui comme le ferait tout corps étranger. L'enkystement est moins ordinaire, et surtout moins immédiat, lorsque l'hémorragie se fait dans une séreuse enflammée, car alors le sang se mélange avec les produits de la phlegmasie.

Le sang enkysté se condense, la fibrine se décolore, et forme parfois plusieurs couches concentriques. Les parois du kyste sont plus ou moins épaisses; elles peuvent devenir fibreuses et cartilagineuses.

Il n'existe aucun signe capable de révéler d'une manière certaine qu'un épanchement s'est fait dans une cavité séreuse. On a parlé de douleurs vives, atroces; c'est en effet ce qui arrive dans quelques cas, et l'on pourrait citer, en faveur de cette opinion, trois observations rapportées par Broussais dans le tome III de ses *Phlegmasies chroniques*. Mais c'est là une circonstance exceptionnelle, car on peut affirmer que les pleurésies, les péricardites, les péritonites hémorragiques ne sont pas sensiblement plus douloureuses que celles qui sont simples.

## DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES

On nomme *hémorragie*, ou *apoplexie méningée*, un épanchement de sang qui se forme dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou bien enfin dans les ventricules cérébraux.

**Historique.** — Cette maladie, signalée par Bonnet (2), par Morgagni (3), par Wepfer (4), et par plusieurs autres savants des derniers siècles, n'a été complètement décrite que par les médecins modernes. Je citerai spécialement ici les travaux originaux de MM. Serres (5), Baillarger (6), E. Boudet (7), Prus (8), Legendre (9), Brunet (10), Lancereaux (11).

(1) *Maladies du testicule*, de Carling, Paris, 1857, p. 254, édition de Gosselin.

(2) *Sepulchretum*, t. I, liv. I, sect. II, p. 83.

(3) *Epist.* XLIII, § 27, *epist.* XVI, § 3; *epist.* LI, § 35.

(4) *Histor. pop.*, p. 463, obs. 47.

(5) *Annuaire des hôpitaux*, 1819.

(6) *Thèse de Paris*, année 1837.

(7) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1839.

(8) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI.

(9) *Revue médicale*, années 1842 et 1843.

(10) *Thèse de Paris*, année 1859, n° 84.

(11) *Archives générales de médecine*, années 1862 et 1863.

**Anatomie pathologique.** — On a cru pendant longtemps qu'un épanchement sanguin pouvait se former entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde; M. Baillarger a le premier réfuté cette opinion, et il a démontré que la grande cavité de l'arachnoïde était le siège le plus fréquent des hémorragies méningées. L'épanchement sanguin peut être circonscrit; le plus souvent il est diffus: il s'étend sur les deux hémisphères à la fois, et siège presque toujours sur la surface convexe de l'encéphale. La quantité du liquide épanché varie depuis 40 grammes jusqu'à 1 kilogramme; le plus souvent elle oscille entre 125 et 187 grammes (Boudet). Le sang est fluide lorsque la mort a été prompte; il est, au contraire, réuni en caillots lorsque le malade a pu lutter pendant quelque temps. Si, en effet, les individus survivent quatre ou cinq jours à l'hémorragie, on trouve le sang entièrement concrété, et le caillot circonscrit par une fausse membrane dont M. Baillarger a parfaitement décrit les caractères. Cette fausse membrane enveloppant le caillot a la disposition d'une séreuse, c'est-à-dire qu'elle représente un sac sans ouverture, *adhérant presque toujours au feuillet pariétal de l'arachnoïde*, et si l'on conteste l'existence de celui-ci, adhérent à la dure-mère elle-même (1), et se continuant sur les limites du foyer avec l'arachnoïde; c'est cette disposition si remarquable qui, avant M. Baillarger, en avait imposé à tout le monde, et avait fait croire à la possibilité d'un épanchement entre la dure-mère et l'arachnoïde, épanchement qui me paraît être à peu près impossible. Cette fausse membrane peut, en vieillissant, acquérir plus de 2 millimètres d'épaisseur; sa face interne devient rugueuse, un appareil vasculaire s'y organise (Boudet); c'est par elle que s'opère progressivement l'absorption du caillot; mais quelquefois, devenant le siège d'un nouveau travail morbide, elle exhale de la sérosité ou du sang. Cela explique pourquoi, dans le même kyste arachnoïdien, on trouve parfois des caillots fibreux, des caillots noirs, et du sang tout à fait fluide. A une époque plus avancée, on peut ne trouver qu'une pseudo-membrane d'un aspect séreux.

M. Lélut a considéré comme ayant cette origine beaucoup de fausses membranes qu'il n'est pas très-rare de rencontrer dans la cavité arachnoïdienne. Aubanel, à son tour (2), a essayé de rattacher toutes ces productions à la même source; mais cette doctrine ne ressort pas manifestement, suivant moi, des faits réunis par cet habile médecin.

Il est plus commun de voir, au lieu d'une simple fausse membrane, le kyste persister tout entier et rester reconnaissable. Après de longues années, en effet, on peut trouver, adhérent au foyer pariétal de la dure-mère, le long de la faux cérébrale, un corps oblong de forme irrégulière, plus ou moins épais, à parois denses, parfois crétacées, ossiformes, cloisonné à l'intérieur et rempli de sérosité, de fibrine adhérente et très-cohérente, souvent colorée en jaune serin, tantôt disposée en couches concentriques comme dans les anévrysmes, tantôt formée de masses amorphes. M. Cruveilhier, à qui j'emprunte cette description, ajoute que, lorsque ces kystes ont une grande épaisseur, on peut constater, à leur niveau, un soulèvement manifeste des os du crâne, preuve que la maladie remonte alors à l'enfance. M. Cruveilhier a parfois trouvé la surface interne des os du crâne rugueuse, chagrinée, disposition qui était l'effet, non point de l'usure de l'os, mais de la formation accidentelle d'une couche osseuse.

(1) J'admets encore l'existence d'un feuillet de l'arachnoïde tapissant la dure-mère; je sais pourtant que cette opinion de Bichat est fort contestée aujourd'hui.

(2) *Annales médico-psychologiques*, année 1843.

D'après la doctrine généralement acceptée jusqu'à ce jour, la fausse membrane qu'on trouve circonscrivant le caillot serait consécutive à l'épanchement sanguin, et provoquée par lui. Cependant, dans ces derniers temps, on a soutenu que la fausse membrane était, sinon toujours, du moins presque toujours primitive; que, développée sur le feuillet pariétal ou sur la dure-mère elle-même, sans contracter adhérence avec le feuillet viscéral, elle seule serait la source de l'hémorrhagie. Celle-ci ne serait donc qu'un accident, qu'un état secondaire d'un autre acte morbide, qu'une phlegmasie représentée par la formation d'une fausse membrane. Cette opinion, émise d'abord en France par M. Cruveilhier (1), et récemment par MM. Charcot, Vulpian (2) et Lancereaux, est aussi défendue en Allemagne par Heschl et Virchow. La fausse membrane, qui commence par n'être d'abord qu'un exsudat comme fibrineux, prendrait de plus en plus l'aspect du tissu conjonctif, elle se vasculariserait, elle ressemblerait beaucoup à une séreuse, d'autant plus qu'à une certaine époque elle se recouvrirait d'une petite couche épithéliale; ces fausses membranes ont une ténuité extrême et peuvent aisément passer inaperçues, mais d'autres ont une épaisseur notable, et comme les vaisseaux qui les traversent sont nombreux et ont des parois friables, on voit fréquemment du sang s'extravaser dans leur tissu, depuis la simple ecchymose jusqu'à un épanchement pouvant dépasser plusieurs centaines de grammes.

D'après ce que je viens de dire, les hémorrhagies méningées se rapprocheraient des autres hémorrhagies des séreuses, qui sont presque toujours consécutives à une phlegmasie de la membrane. La théorie qu'on veut faire prévaloir aujourd'hui est-elle absolue? J'admets volontiers son exactitude pour expliquer l'origine de la plupart des hémorrhagies méningées qui surviennent chez les déments paralytiques ainsi que chez les enfants, et aussi de quelques-unes de celles qui se montrent chez l'adulte et chez le vieillard, lorsqu'il y a eu quelques symptômes aigus, des prodromes bien accentués. Mais en est-il de même de l'hémorrhagie méningée qui débute brusquement au milieu de la santé la plus parfaite? Tout en admettant la possibilité d'une néomembrane, formée d'une manière plus ou moins latente, il me paraît pourtant plus rationnel de croire que l'hémorrhagie est alors primitive, et que le kyste hémattique s'est constitué d'après le mécanisme indiqué par M. Baillarger.

L'hémorrhagie arachnoïdienne est presque toujours le produit d'une exhalation morbide, puisque dans ces cas on ne trouve aucune rupture vasculaire, quoique de graves autorités aient soutenu l'opinion contraire. Il y a pourtant une forme de la maladie dans laquelle l'épanchement succède manifestement à la déchirure d'une veine, d'un sinus (des sinus latéraux surtout), et le plus souvent encore à la rupture d'une des artères de la base du crâne : c'est ici une hémorrhagie secondaire ou symptomatique; celle-ci, d'après les recherches de Prus, siégerait exclusivement dans la cavité sous-arachnoïdienne. Quelle que soit la cause de l'épanchement, ce dernier, surtout lorsqu'il occupe la cavité même de l'arachnoïde, exercerait sur le cerveau une compression proportionnée à son abondance; dans tous les cas, les circonvolutions sont aplaties, et parfois on a vu le cerveau présenter un enfoncement de plus de 3 centimètres au niveau du foyer sanguin. Cette disposition manque souvent chez les jeunes enfants; car, ainsi que l'a noté Legendre, lorsque l'ossification du crâne n'est pas encore complète, le cerveau n'est pas déprimé, tandis que la

(1) *Anatomie pathologique*, t. III, p. 516.

(2) *Gazette hebdomadaire*, année 1869.

voûte crânienne, cédant à l'effort expansif du liquide, se dilate comme dans une hydrocéphalie.

Les hémorrhagies qui se font dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et sur lesquelles Prus a spécialement fixé l'attention, ont une physionomie différente. Celles-ci n'ont pas toujours lieu par exhalation; dans la moitié des cas, elles succèdent à la rupture d'une veine, d'une artère, d'un sinus, ou bien elles sont consécutives à la déchirure de la substance cérébrale par une hémorrhagie interstitielle. Ici le caillot n'est jamais entouré d'une fausse membrane; le sang se mêle au liquide céphalo-rachidien, il le colore en rouge, et se répand au loin avec lui. On n'a jamais vu des différences assez sensibles dans l'aspect et dans la consistance des caillots pour établir qu'il y en eût d'âges différents; le contraire se remarque souvent dans l'hémorrhagie arachnoïdienne. Ajoutons que, dans la première, le caillot n'est jamais adhérent. Ce que je viens de dire s'applique en partie aux hémorrhagies des ventricules. Quoique du sang puisse être exhalé à leur surface, comme quelques faits semblent le prouver, cependant, le plus souvent, l'épanchement ventriculaire est produit par le plexus choroïdien : parfois on a pu constater des ruptures dans les vaisseaux qui forment ce réseau; mais le plus souvent encore l'hémorrhagie des ventricules provient d'un foyer cérébral qui se fait jour dans ces cavités. Quel que soit d'ailleurs le mode de formation des épanchements intra-ventriculaires, le plus souvent l'hémorrhagie occupe les ventricules latéraux; le septum étant détruit, ces deux cavités se trouvent réunies; le trigone lui-même est souvent déchiré. Dans quelques cas, enfin, on a vu le sang s'extravaser dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle et du cerveau par l'orifice des cavités encéphaliques (trou de Magendie). Un fait, rapporté par Abercrombie d'après Aitkin, prouve qu'une hémorrhagie peut aussi se faire isolément dans le troisième et dans le quatrième ventricule. Dans ces épanchements, le caillot est souvent enveloppé d'une fausse membrane, comme il l'est dans l'hémorrhagie de la cavité arachnoïdienne; les parois ventriculaires sont tantôt intactes, tantôt elles sont ramollies et désorganisées; le sang est fluide ou en caillots, il peut finir par être entièrement résorbé, quelquefois il en reste certains débris.

**Symptômes. Marche.** — Il peut y avoir une période plus ou moins longue, précédant les signes d'hémorrhagie; cet état prodromique déposerait en faveur de ceux qui soutiennent l'existence préexistante d'une fausse membrane. Mais on ne pourra donner cette interprétation qu'autant que la période prodromique marquée surtout par la céphalalgie, par les vertiges, par la somnolence, par l'obtusion des idées et la faiblesse, aura une durée d'une ou de plusieurs semaines, attendu que si ces symptômes n'ont existé que quelques heures ou plusieurs jours, ils dépendront plus probablement peut-être de l'épanchement lui-même se constituant très-lentement. Quoi qu'il en soit, les signes précurseurs seraient assez communs, Boudet les a notés dans près de la moitié des cas (18 fois sur 41). L'invasion de la maladie a lieu le plus souvent d'une manière subite (26 fois sur 33) : le plus ou moins de promptitude des accidents est en rapport avec la rapidité et avec l'abondance de l'hémorrhagie. Elle est foudroyante lorsqu'il y a rupture d'une des artères de la base, on comprend qu'il en soit de même à peu près lorsque les vaisseaux ténus, mais nombreux d'une fausse membrane préexistante, viennent à se déchirer. Si la maladie débute lentement, il y a de la céphalalgie, de la pesanteur de tête, de la tendance à l'assoupissement, au coma; ou bien les malades sont agités et ils délirent; les sens deviennent bientôt obtus; les membres faibles, souvent contracturés : cette faiblesse peut être bornée à une partie du corps; puis le coma devient plus

profond, la paralysie du sentiment et du mouvement est de plus en plus générale, jusqu'à ce que la mort arrive. Les symptômes n'ont pas toujours une marche progressive : il est des malades chez lesquels les phénomènes de compression diminuent pendant quelques heures pour s'aggraver bientôt après; cette recrudescence dépend le plus souvent de ce qu'une nouvelle exhalation sanguine s'est faite, tandis que la diminution momentanée peut très-bien s'expliquer par la résorption partielle de la sérosité du sang, et par conséquent par une diminution proportionnelle de la compression.

La contracture est un symptôme fréquent de l'apoplexie méningée, elle a été notée par Boudet 14 fois sur 27 malades; Legendre l'a vue non moins commune chez les enfants. Des convulsions apoplectiformes surviennent aussi au début ou dans le cours de la maladie, mais dans une proportion moindre; la paralysie, enfin, est un symptôme assez commun, puisque Prus l'a noté 6 fois sur 8. Ce fait mérite d'autant mieux d'être constaté qu'un savant médecin, M. Serres, en avait autrefois nié la possibilité, en s'appuyant peut-être moins sur des faits pathologiques que sur des expériences sur les animaux. M. Serres, en effet, n'ayant pas vu la paralysie survenir lorsqu'il produisait un épanchement de sang en ouvrant les sinus veineux de la dure-mère, en avait conclu que ce signe manquait dans les hémorrhagies méningées. Il résulte pourtant des faits connus jusqu'à ce jour, que la paralysie est un symptôme de l'apoplexie méningée, mais un symptôme incontestablement moins fréquent et plus tardif que dans l'hémorrhagie cérébrale. Cela tient sans doute au peu d'épaisseur que la couche sanguine acquiert dans les premiers temps de la maladie, à la lenteur avec laquelle le sang s'épanche, à sa résorption plus facile et plus prompte. Un épanchement comprimant un seul hémisphère peut, s'il est considérable, paralyser les deux côtés du corps; mais on ne verrait jamais, d'après Boudet, la paralysie limitée à un seul membre ou bien à une moitié de la face.

La paralysie serait, d'après Prus, un symptôme fort rare, lorsque le sang a été exhalé dans la cavité sous-arachnoïdienne; ce qu'il explique en disant que, dans ce cas, le sang se répand au loin mêlé au liquide céphalo-rachidien; ou bien encore on peut avancer que la cavité sous-arachnoïdienne, étant destinée à recevoir le fluide cérébro-spinal, est susceptible d'admettre une quantité de sang assez grande sans que le mouvement et le sentiment soient lésés. On conçoit qu'il ne doit pas en être de même dans les cas où l'hémorrhagie consécutive à la rupture d'un vaisseau est devenue tout d'un coup très-abondante. Cependant, même alors, la paralysie n'est pas un symptôme très-ordinaire, puisque Prus ne l'a notée que 3 fois sur 12 cas de rupture artérielle; la somnolence et le coma existeraient, au contraire, constamment, et cela d'une manière persistante, aussi bien dans l'hémorrhagie arachnoïdienne que dans celle de l'espace sous-arachnoïdien : seulement, dans cette dernière, les accidents seraient précédés ou accompagnés, d'après Prus, par du malaise, par de l'affaiblissement, par de la rougeur et de la chaleur à la face, tandis que dans la première il existerait presque toujours de la céphalalgie, une langue sèche, de la fièvre et du délire; tous ces phénomènes s'expliquant par l'inflammation concomitante de l'arachnoïde, laquelle a pour effet de procurer la fausse membrane qui doit enkyster le caillot. La fièvre, qui est fréquente chez l'adulte, serait constante chez les enfants.

**Durée. Terminaisons.** — La maladie a une durée variable; elle peut être mortelle au bout de quelques minutes seulement; le plus souvent les malades survivent pendant quatre ou cinq jours, rarement au delà; cependant il est des

individus qui ne succombent qu'au bout de plusieurs mois ou d'un grand nombre d'années. Des malades peuvent même se rétablir tout à fait, et conserver pour le reste de leur existence l'intégrité de leurs facultés, nonobstant la présence dans l'arachnoïde d'un kyste hémattique assez étendu. M. Cruveilhier en cite un curieux exemple dans le troisième volume de son *Traité d'anatomie pathologique* (page 517), et M. Bouillon-Lagrange en a rapporté un fait non moins intéressant dans les *Archives* de 1847.

En général, la gravité des symptômes et leur marche plus ou moins rapide sont proportionnées à la quantité de sang épanché et au siège qu'il occupe. D'après Prus, la durée de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne n'aurait jamais dépassé huit jours, tandis que l'hémorrhagie qui siège dans l'arachnoïde peut atteindre un mois et plus; celle-ci est d'ailleurs curable, tandis que l'autre ne l'est peut-être pas.

**Variétés.** — L'hémorrhagie méningée paraît avoir une physionomie différente chez les jeunes enfants. A cet âge, la maladie peut suivre une marche aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on observerait, d'après Legendre, un appareil fébrile continu, s'accompagnant dès le début d'accidents convulsifs légers sur les yeux, remplacés peu à peu par du strabisme. Il n'y a pas de constipation, et peu ou point de vomissements; mais bientôt apparaissent de la contracture aux pieds et aux mains, et des accès de convulsions cloniques, devenant d'autant plus violents qu'on approche davantage du terme fatal. Les malades sont en outre assoupis; la sensibilité cutanée est un peu émoussée dans les derniers temps; mais contrairement à ce que l'on voit chez l'adulte, il n'y a pas de paralysie. La maladie suit une marche rapide; mais la terminaison fatale est souvent provoquée par l'apparition d'une affection nouvelle et surtout d'une pneumonie. Ailleurs, la maladie passe à l'état chronique, et alors ses symptômes sont à peu près ceux que nous décrivons plus tard, en traitant de l'hydrocéphale ventriculaire.

Il est très-probable que les accidents aigus fébriles, que les phénomènes d'excitation qu'on remarque chez les enfants dans la première période de la maladie dépendent bien moins d'une hémorrhagie que d'une phlegmasie des méninges, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, forme souvent l'acte initial de la maladie. Quelques-unes des observations publiées seraient donc bien mieux dénommées *méningites hémorrhagiques* qu'*hémorrhagies méningées*.

**Diagnostic.** — L'hémorrhagie méningée est une affection d'un diagnostic difficile. Lorsqu'elle survient brusquement et qu'elle suit une marche toujours croissante, il sera impossible de la distinguer d'un épanchement cérébral ou d'une forte congestion. Nous rechercherons plus tard comment on pourra la différencier du ramollissement. Quoi qu'il en soit, l'existence de la contracture dès le début de la maladie, la marche irrégulière des principaux symptômes, tels que la diminution et l'aggravation subite du coma et de la paralysie, enfin l'augmentation graduelle des accidents, sont les circonstances principales à l'aide desquelles on pourra établir le diagnostic différentiel de la maladie. Quant à préciser le siège précis de l'épanchement, la chose me paraît difficile, sinon impossible.

**Pronostic.** — L'hémorrhagie méningée est une maladie des plus graves. On la considère comme étant plus fâcheuse encore que l'apoplexie cérébrale elle-même. En effet, elle tue peut-être plus souvent que celle-ci, d'une manière immédiate ou du moins plus rapide, cependant on ne peut encore rien établir de précis à cet égard. Nul doute que l'hémorrhagie méningée ne soit susceptible de guérison, et d'une guérison plus complète que cela n'a lieu après

les hémorrhagies cérébrales, puisque dans la première la pulpe nerveuse a été respectée. Des kystes sanguins à parois plus ou moins épaisses dans la grande cavité de l'arachnoïde, sont les vestiges que laisse après elle l'hémorrhagie méningée. Rien de semblable n'ayant jamais été vu, d'après Prus, dans la cavité sous-arachnoïdienne, il est douteux, d'après cet auteur, que l'épanchement qui a ce siège puisse se terminer heureusement comme le premier.

**Étiologie.** — L'hémorrhagie méningée, fréquente chez les aliénés, surtout chez les déments paralytiques, affecte l'homme à tous les âges de la vie. Elle n'est pas rare chez le nouveau-né; elle paraît être une des causes qui produisent ce qu'on nomme l'*asphyxie des nouveau-nés*. Il résulte des recherches de Boudet que l'hémorrhagie méningée est plus commune, chez l'adulte et surtout chez les vieillards, chez l'homme que chez la femme, au printemps que dans les autres saisons. La fréquence des congestions y prédispose; un obstacle au cours du sang veineux, comme lorsque les sinus principaux de la dure-mère ou la veine jugulaire interne sont obstrués par des caillots ou comprimés par des tumeurs, explique le développement des hémorrhagies méningées. Dans la plupart des cas pourtant celles-ci surviennent sans cause déterminante appréciable.

**Traitement.** — Il est le même que celui que nous exposerons bientôt pour l'hémorrhagie cérébrale.

## DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES SPINALES.

Les enveloppes de la moelle sont très-rarement le siège d'hémorrhagies spontanées. C'est à peine si M. Boscredon a pu en retenir douze exemples dans sa thèse inaugurale (1). Ces matériaux, d'ailleurs, outre leur petit nombre, sont très-incomplets, et ne sauraient fournir des éléments suffisants pour tracer de la maladie une histoire un peu satisfaisante.

**Anatomie pathologique.** — Sur les douze cas réunis par M. Boscredon, six fois l'hémorrhagie s'était faite entre la dure-mère et les parois du canal osseux, plutôt du côté des lames vertébrales que vers le corps des os; chez quatre le sang était infiltré dans la pie-mère; enfin, deux fois seulement le liquide était épanché dans la cavité arachnoïdienne, siège ordinaire des hémorrhagies qui se font dans les méninges cérébrales.

L'hémorrhagie a-t-elle une prédominance dans telle ou telle région du rachis? On l'ignore encore. On ne sait pas non plus les conditions organiques qui la provoquent, les changements que le sang subit et les modifications que son contact peut apporter dans les tissus environnants.

**Symptômes. Durée. Terminaisons.** — L'hémorrhagie méningée spinale paraît débiter *soudainement*, sans prodromes, par une douleur vive, subite, ressentie sur le trajet du rachis et dans le point même qui est le siège de l'épanchement. Bientôt apparaissent des troubles dans la motilité: ce sont des contractures ou des attaques convulsives; la contracture porte spécialement sur les muscles du tronc; elle est en rapport avec le siège de l'hémorrhagie. Le sang occupe-t-il la région cervicale, on observe une roideur du cou et le renversement de la tête en arrière; le liquide est-il épanché dans les régions dorsale ou lombaire, le tronc est renversé comme il l'est dans l'opisthotonos.

Au milieu de ces troubles, la sensibilité cutanée reste intacte, ou bien elle

(1) Thèse de Paris, année 1855, n° 325.

est à peine émoussée, et les facultés intellectuelles ne subissent aucune atteinte, à moins qu'une complication n'ait lieu du côté du cerveau ou des méninges encéphaliques. La respiration et la circulation sont au contraire profondément troublées, moins peut-être directement par la lésion de la moelle que par les attaques convulsives, par la roideur tétanique des muscles, qui fait que quelques malades meurent asphyxiés.

Il est une forme d'hémorrhagie des méninges rachidiennes encore moins connue que la précédente, qui serait caractérisée par une paralysie plus ou moins étendue, suivant la hauteur à laquelle la moelle est comprimée. La paralysie doit arriver nécessairement et d'emblée lorsqu'il se fait brusquement dans le canal rachidien un épanchement considérable.

Les malades, surtout ceux qui ont offert la forme convulsive, ont tous succombé en peu de jours, quelques-uns en peu d'heures. Cependant la maladie a-t-elle nécessairement une issue funeste? On l'ignore encore; on comprend toutefois la possibilité d'une guérison complète.

**Traitement.** — Il devra consister en saignées générales et en ventouses mises en grand nombre sur le rachis. On pourrait aussi faire des applications froides, glacées, sur le siège du mal. Enfin, il pourra être utile ultérieurement de promener le long des gouttières vertébrales des révulsifs, comme vésicatoires ou cautères: ces moyens pourraient être indiqués par la forme paralytique.

## DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

On nomme *hématocèle péri-utérine* un épanchement sanguin de l'excavation pelvienne siégeant dans le péritoine, et lié presque toujours à une lésion des annexes de l'utérus.

**Historique.** — Dans un savant historique, M. Bernutz me semble avoir prouvé que Ruysch, à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, est le premier qui ait signalé le passage du sang menstruel dans le péritoine, et indiqué ainsi une des causes de l'hémorrhagie péri-utérine (1). En 1841, M. Bourdon, alors élève de Récamier, avait, dans son *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes*, publié deux cas de tumeurs hématisées, mais sans remonter à leur étiologie (2). En 1848, M. Bernutz marcha plus avant, car il prouva que l'hémorrhagie pouvait siéger dans le péritoine et se lier avec les troubles de la fonction menstruelle (3). Cependant tous ces faits n'avaient pas été autant remarqués qu'ils auraient dû l'être. Ce fut M. le professeur Nélaton qui, en 1849, appela l'attention sur une maladie jusqu'alors à peu près méconnue; il fit à sa clinique une série de leçons qui furent reproduites et qui inspirèrent à plusieurs de ses élèves, MM. Viguès, Fenery et Voisin, des thèses d'un grand intérêt. A dater de cette époque, la maladie a été l'objet de travaux nombreux que nous ne saurions tous citer ici, mais parmi lesquels nous distinguerons ceux de M. Gallard (4), et surtout les belles recherches de M. Bernutz (5).

**Anatomie pathologique.** — A l'ouverture du cadavre, on trouve dans l'excavation pelvienne une tumeur arrondie, globuleuse, rarement placée très-

(1) *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. LXXXV, p. 110, édition d'Amsterdam, 1691, traduit en français en 1734.

(2) *Revue médicale*, année 1841.

(3) *Archives générales de médecine*, années 1848 et 1849.

(4) *Archives générales de médecine*, année 1860.

(5) *Clinique sur les maladies des femmes*, t. I.

exactement sur la ligne médiane, mais le plus communément développée ou plus à droite ou plus à gauche; elle peut dépasser le rebord du bassin, pour proéminer jusqu'à l'ombilic. Elle est bleuâtre ou noirâtre; les intestins grêles lui adhèrent plus ou moins en haut et latéralement, tandis qu'en avant elle est en rapport avec l'utérus, qui est refoulé en haut et dont le bas-fond dépasse parfois le pubis de plusieurs centimètres. Cet organe est quelquefois aussi incliné dans un sens ou dans un autre. La vessie et le rectum sont plus ou moins comprimés par la tumeur. Celle-ci est développée dans la cavité du péritoine: c'est ce que démontre une dissection attentive; ses parois sont plus ou moins épaisses; en général elles sont assez ténues et constituées par un feuillet d'aspect séreux qu'on a très-souvent pris pour le péritoine même, et qui n'est autre, pourtant, qu'une fausse membrane, rapidement organisée sous l'influence de l'excitation provoquée par le sang qui s'est épanché dans la cavité péritonéale.

Si l'on ouvre la tumeur, on la trouve remplie de sang. Celui-ci offre un aspect variable, suivant l'ancienneté de la maladie et suivant aussi que l'hémorrhagie s'est renouvelée une ou plusieurs fois de suite. Le sang est presque toujours exclusivement épanché derrière les ligaments larges, dans le cul-de-sac rétro-utérin; il est complètement enkysté par une fausse membrane. Ce kyste est tantôt uniloculaire, tantôt il est irrégulièrement cloisonné. Le sang qu'il renferme peut être fluide, ou bien il est en caillots, les uns noirâtres, d'autres fibrineux, stratifiés; quelquefois, outre les caillots, il existe un fluide couleur chocolat, ou un liquide sanieux, plus ou moins puriforme, preuve d'une inflammation survenue dans le kyste. Au centre ou dans les couches profondes du foyer, on trouve parfois la trompe dilatée, adhérente; plus souvent un des ovaires ou les deux à la fois sont congestionnés, ou le siège des foyers hémorrhagiques communiquant avec le sang qui est épanché dans le péritoine. Il peut arriver aussi que l'organe soit détruit en partie ou en totalité, de manière à ne plus en trouver de vestiges; il est commun aussi de rencontrer dans le foyer des embryons entiers ou des débris de fœtus. L'utérus est généralement sain; il peut être plus volumineux, être diversement dévié; son col est parfois oblitéré par une cicatrice, par un corps étranger ou par l'engorgement de ses parois.

Il peut exister enfin une péritonite généralisée, car il arrive souvent que la mort est l'effet de la perforation du kyste dans la partie libre du péritoine.

*Origine du sang épanché. Suivant quel mécanisme la maladie se développe-t-elle?* — On a beaucoup discuté dans ces derniers temps pour déterminer quelle est l'origine de l'hémorrhagie. On a émis, à cet égard, des opinions très-diverses, et souvent trop exclusives; car on ne saurait, dans l'état actuel de la science, émettre une théorie générale sur la genèse des hématoécèles: c'est un point d'ailleurs que M. Bernutz a parfaitement établi.

Pour MM. les professeurs Nélaton et Laugier, l'hématoécèle surviendrait par suite d'une congestion excessive de l'ovaire, et parce que la trompe ne s'étant point, pendant l'ovulation, mise en contact avec cet organe, l'ovule et le sang, qui l'accompagne tomberaient dans le péritoine. C'est à peu près la même théorie que défend M. Gallard, qui considère l'hématoécèle comme un effet de la migration incomplète ou défectueuse de l'ovule ou du sang qui s'écoule dans l'ovaire après la déhiscence de cet ovule. L'hématoécèle ne serait donc rien autre qu'une ponte extra-utérine, pouvant se produire, que l'ovule soit ou non fécondé. D'autres ont fait provenir le sang de la trompe. M. Trousseau, par

exemple, croit que cet organe, participant à la congestion menstruelle, pourrait fournir par son pavillon ou par sa membrane interne une quantité de sang assez considérable pour former une hématoécèle. Pour M. Bernutz, le sang pourrait bien s'échapper des trompes, mais il ne serait point exhalé par elles, et pourrait provenir de la cavité utérine, lorsqu'un obstacle quelconque, s'opposant à son exécution par les voies naturelles, le forcerait à refluer par le canal de la trompe. Enfin, M. Richet et M. Devalz ont pensé que l'hématoécèle pourrait bien résulter de la rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien qui sont parfois variqueuses, et qui, distendues outre mesure à l'époque menstruelle, pourraient aisément subir une solution de continuité.

On comprend aisément que l'hémorrhagie peut avoir ces différentes origines, mais toutes ne sont pas également fréquentes, ni également bien démontrées. Il me semble à peu près incontestable que, dans la plupart des cas, l'hématoécèle se lie à une lésion de la trompe et de l'ovaire; ce dernier est peut-être la source la plus ordinaire de l'hémorrhagie. On comprend aussi que dans quelques cas l'hématoécèle puisse résulter d'une rupture d'une veine du plexus utéro-ovarien, car cette rupture est réelle; on l'a vue produire une hémorrhagie promptement mortelle (1). Si l'écoulement sanguin est moins considérable, le liquide peut aisément s'isoler, s'enkyster, et provoquer la tumeur qui constitue l'hématoécèle.

M. Bernutz est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a le mieux étudié les conditions organiques qui président au développement des hématoécèles: il a surtout insisté sur celles de ces tumeurs qui, consécutives à une rétention du flux menstruel, surviendraient parce que le sang accumulé dans l'utérus, et trouvant dans le col ou dans le vagin un obstacle à son écoulement, refluerait par les trompes jusque dans le péritoine. Nul doute que cette migration ne soit possible, mais il est très-rare de trouver réunies toutes les conditions organiques nécessaires pour sa production.

De quelque part que le sang provienne, il est à peine épanché qu'il excite dans le péritoine un certain degré de phlogose, ayant pour effet de provoquer la sécrétion d'une pseudo-membrane qui enkyste rapidement le caillot: c'est ce que nous avons vu également pour les autres membranes séreuses.

**Symptômes. Marche.** — La maladie survient en général brusquement, et presque toujours à l'occasion d'un trouble menstruel, surtout après une suppression des règles. Presque toujours on reconnaît, dès le début, les signes d'une hémorrhagie interne et d'une phlegmasie péritonéale. Les femmes sont prises d'un violent frisson, elles éprouvent dans l'abdomen de vives douleurs qui, de l'excavation pelvienne, s'irradient vers les lombes, vers la vessie, etc.; le ventre, douloureux à la pression, est tendu, ballonné, il y a des nausées, des vomissements, de la constipation; la miction est douloureuse, le pouls s'accélère, la chaleur s'élève, la face pâlit promptement et exprime une grande souffrance. Ces accidents vont en augmentant pendant quelques jours; puis ils déclinent peu à peu, la fièvre s'éteint, et les douleurs abdominales cessent; mais les malades restent faibles, pâles et anémiques. Tout phénomène morbide pourtant n'a pas cessé vers le ventre, les malades, en effet, y accusent de temps en temps des élancements; elles se plaignent d'un sentiment de poids; la constipation persiste, la miction continue à être difficile, et il y a souvent rétention d'urine. Par le palper hypogastrique, on constate alors dans un des

(1) Ollivier (d'Angers), *Archives de médecine*, année 1834, et Leclerc, même recueil, année 1828.

côtés du ventre l'existence d'une tumeur arrondie, plus ou moins lisse et unie, plus ou moins molle, élastique, d'un volume variant depuis celui d'un œuf jusqu'à celui de deux poings et plus : cette tumeur est parfaitement circonscrite supérieurement, mais inférieurement elle se perd dans le bassin, où elle est enclavée; elle est peu ou point mobile et parfaitement distincte de l'utérus, qui est placé sur la ligne médiane, refoulé en haut et plus ou moins dévié. En introduisant le doigt dans le vagin, on constate souvent une étroitesse du canal, à cause du refoulement en avant de sa paroi postérieure opéré par la tumeur. Après avoir franchi cet obstacle, le doigt rencontre le col porté en avant, en haut, sous la symphyse pubienne. Le corps est dévié soit à droite, soit à gauche, et souvent aussi il se porte en haut et en avant; il est d'ailleurs à peu près immobile. Ce déplacement de l'organe est produit par une tumeur qu'on sent à la partie postérieure du col; elle est fluctuante ou seulement molle. On la distingue bien aussi par le toucher rectal. L'intestin, d'ailleurs, est rétréci comme l'est le vagin par la saillie que la tumeur fait dans sa cavité. Le toucher par le vagin et par le rectum, aidé de la palpation hypogastrique, permettra de limiter exactement la tumeur; mais, pour que cet examen soit plus commode et plus complet, la vessie et le rectum seront vidés. Il faut enfin compléter l'examen des organes génitaux par le spéculum. A l'aide de cet instrument, on constatera que la muqueuse vaginale, au niveau de la tumeur, offre une coloration bleuâtre, violacée, comme ecchymotique; parfois même la paroi très-amincie laisse voir par transparence la couleur du liquide épanché.

Ainsi, dans l'hématocèle rétro-utérine, il y a des symptômes très-aigus au début, ce sont presque ceux d'une péritonite; puis arrivent des accidents à marche chronique résultant de la compression exercée par une tumeur plus ou moins volumineuse. Celle-ci peut acquérir son volume d'emblée; d'autres fois c'est successivement et après des hémorrhagies qui se répètent le plus souvent à intervalles réguliers et préférablement aux époques menstruelles. On voit parfois alors la tumeur doubler de volume en vingt-quatre heures et l'on observe les accidents aigus dont nous parlions quelques lignes plus haut comme marquant le début de l'affection.

Le sang subit les changements qu'il éprouve dans quelque tissu qu'il s'épanche; de là des modifications dans la consistance et dans le volume de la tumeur. Au début celle-ci est fluide, mais dès que le sang se concrète, elle est seulement molle; lorsque des caillots fibrineux s'organisent, elle devient rénitente et même dure. Ces modifications du liquide contenu n'ayant pas lieu au même degré partout, il s'ensuit que la tumeur peut offrir une consistance très-différente suivant les points où on l'examine.

**Terminaisons. Durée.** — Le plus souvent la maladie se termine par résolution. La tumeur diminue alors progressivement de volume; sa consistance augmente, elle finit par disparaître après un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas, la tumeur s'évacue par le rectum ou par le vagin. Les malades rendent un sang noirâtre, visqueux, tantôt pur, tantôt mélangé à de la suppuration. Sa quantité peut n'être que de quelques cuillerées ou s'élever à plus d'un litre. Quelle que soit celle de ces voies que la tumeur ait choisie, on peut voir naître à la suite divers accidents : c'est ainsi que les malades succombent avec les symptômes d'une infection purulente ou putride, d'autres meurent de péritonite suraiguë. Celle-ci est presque toujours consécutive à la rupture du kyste; elle survient tantôt spontanément, ou bien à l'occasion d'une distension qu'il subit lorsqu'une nouvelle hémorrhagie s'effectue dans sa cavité.

L'ouverture spontanée ou artificielle de la tumeur abrège beaucoup la durée de celle-ci, mais elle expose à des accidents graves. Quel que soit d'ailleurs son mode de terminaison, l'hématocèle rétro-utérine est une affection d'une durée toujours longue, c'est-à-dire atteignant généralement plusieurs mois.

**Diagnostic.** — En ayant égard seulement au début plus ou moins brusque, aux accidents aigus qui marquent l'invasion de la maladie, il est impossible de confondre une hématocèle avec la plupart des tumeurs développées dans l'excavation pelvienne. Citons entre autres les tumeurs des ovaires, la métrite chronique, la rétroflexion, les corps fibreux. Il n'en est pas tout à fait de même des phlegmons qui siègent dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne, dans les annexes de l'utérus et dans le tissu cellulaire qui entoure cet organe. Il existe alors au début, comme dans l'hématocèle, des accidents aigus, des douleurs plus ou moins vives, de la fièvre. Mais ces tumeurs inflammatoires ont un développement progressif, toujours beaucoup moins rapide que celui de l'hématocèle, qui peut se former en quelques heures ou en très-peu de jours. Cette dernière est molle; elle acquiert d'autant plus de consistance qu'on s'éloigne davantage du début, tandis que les tumeurs phlegmoneuses qui se terminent par suppuration présentent des caractères inverses.

Il est bien autrement difficile de distinguer l'hématocèle d'une grossesse extra-utérine. De graves autorités pensent même qu'il n'existe aucun signe distinctif entre les deux maladies. Cependant la rapidité avec laquelle s'est déclarée la tumeur sanguine, sa mollesse, l'impossibilité de constater aucune partie du fœtus, feront exclure l'idée d'une grossesse extra-utérine.

Peut-on diagnostiquer quelle est la lésion qui a été le point de départ de l'hématocèle? On ne saurait avoir, à cet égard, que des présomptions. On pourra soupçonner que l'hémorrhagie est consécutive à la rupture d'une veine du plexus pampiniforme, lorsqu'il existe des varices sur les grandes lèvres, sur les parois du vagin et jusque sur le col utérin; lorsque surtout un examen antérieur aura fait constater par le toucher vaginal une tuméfaction pâteuse, mollé, vers un ou vers les deux culs-de-sac vaginaux, signe indiqué par M. Richey pour reconnaître un varicocele ovarien. On comprend aisément que le toucher ne saurait plus fournir les mêmes résultats lorsque le sang s'est déjà épanché.

Le début brusque de la maladie pendant l'époque des règles, des accidents très-aigus, l'aggravation de la maladie, l'augmentation de la tumeur sanguine à chaque révolution menstruelle, pourront bien faire soupçonner une lésion ovarienne; dans le cas où il ne se fait point d'excrétion sanguine au dehors, lorsque l'utérus est volumineux, dans les cas surtout où quelques caillots fibrineux ou un sang poisseux finit par s'écouler, on pourra supposer une de ces hématocèles par rétention, sur lesquelles M. Bernutz a appelé l'attention, sans être parvenu peut-être à en démontrer l'existence d'une manière certaine.

**Pronostic.** — L'hématocèle rétro-utérine est une affection sérieuse, pouvant entraîner après elle plus d'un péril, cependant elle se termine le plus communément d'une manière favorable.

**Étiologie.** — La maladie n'a jamais été observée avant l'établissement des règles ni après leur cessation. Elle se déclare surtout après un trouble de la menstruation, après une excitation trop vive des organes génitaux; on a surtout cité le coït pratiqué pendant l'époque menstruelle.

**Traitement.** — L'expectation est ce qui convient le mieux dans toutes les périodes de la maladie. L'intervention en effet a été rarement utile, souvent elle a été fatale, tandis que la plupart des guérisons ont été obtenues par les seuls efforts de la nature. Il y a pourtant des circonstances où une médication active

doit être employée. Au début, lorsque les douleurs sont vives, lorsque la fièvre est intense, lorsqu'il existe des signes de péritonite, on doit recourir aux anti-phlogistiques, mais on recommande de les employer avec plus de modération que dans une phlegmasie légitime.

Les accidents aigus enrayés, il faut attendre l'évacuation spontanée de la tumeur ou sa résolution; il est alors, le plus souvent, avantageux de soutenir les forces des malades par un régime reconstituant. Dans les cas, rares d'ailleurs, où la tumeur, devenue trop volumineuse, gêne par son volume les organes voisins, ou bien lorsqu'elle devient le siège de vives douleurs, lorsque la malade dépérit, s'il existe une fièvre hectique par suite de la suppuration du foyer, on recommande d'évacuer celui-ci, soit par une incision, soit par une ponction faite avec un bistouri, ou bien avec un trocart garni à son pavillon d'une peau de boudin, afin de prévenir la pénétration de l'air. Cette dernière manière de procéder semblerait préférable; cependant, dans quelques cas, elle est insuffisante, parce que le sang coagulé dans la tumeur ne peut s'échapper par l'ouverture étroite du trocart. De quelque manière qu'on opère, il faut préalablement s'assurer que dans le point qu'on va diviser il n'y a aucun vaisseau volumineux dont la blessure pourrait être fatale: c'est un accident qu'on a déjà observé.

#### DES SUEURS DE SANG, OU DE L'HÉMATIDROSE.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations authentiques qui démontrent que du sang a quelquefois été exhalé par la peau, et probablement par les mêmes voies que la sueur. Ces hémorrhagies, qui presque toujours se font sur des surfaces peu étendues, ne se montrent pas indistinctement sur tous les points du corps, mais on les voit surtout se produire là où la peau est blanche, fine et pourvue d'une grande quantité de glandes sudoripares: tels sont la pulpe des doigts, les aisselles, les orteils, le cou, les côtés du nez, etc.; quelquefois enfin les sueurs de sang se font à la surface d'une ancienne cicatrice.

**Symptômes. Marche.** — Cette hémorrhagie a lieu communément sans prodromes; ailleurs, la partie qui va être le siège de l'hémorrhagie se tuméfié, rougit, devient douloureuse; le plus souvent tout se borne à des douleurs névralgiques. Le sang qui suinte à travers la peau est en gouttelettes plus ou moins nombreuses et serrées. L'examen microscopique fait par M. Magnus Huss et par M. Parrot a démontré dans ce liquide la présence de nombreux globules rouges et de quelques globules blancs. Si l'on essuie la partie par où l'hémorrhagie s'est faite, on trouve que la peau n'a subi aucune modification appréciable dans son aspect et dans sa structure.

L'hématidrose a une durée courte. Il n'est pas rare qu'elle se juge en quelques minutes, ou bien en quelques heures: très-rarement elle a duré un ou plusieurs jours. C'est une des hémorrhagies dans lesquelles la perte de sang est le plus minime; aussi ne voit-on guère à sa suite l'anémie et les accidents qu'on peut constater après la plupart des autres hémorrhagies.

L'hématidrose est très-sujette à récurrence, soit que l'exhalation sanguine se fasse toujours sur le même point, soit qu'elle ait lieu successivement sur différentes parties du corps. Cette maladie étant fréquemment liée à l'aménorrhée, il s'ensuit qu'elle se montre alors tous les mois d'une manière périodique; elle semble être dans ce cas supplémentaire des règles.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté. Il est inutile

de dire que certains topiques, comme la verveine, peuvent colorer la sueur en rouge; mais, pour peu qu'on soit attentif, il est impossible qu'on commette une méprise de ce genre.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est jamais fâcheux, à moins que l'hémorrhagie n'occupe une grande partie de la surface du corps, et ne se lie à quelque condition grave de l'économie.

**Étiologie.** — Les sueurs de sang ont été vues, pour la plupart, chez les femmes jeunes, ou dans la période moyenne de la vie; elles ont coïncidé chez elles avec l'aménorrhée ou avec des règles insuffisantes. Nées quelquefois sous l'influence d'un état pléthorique, elles arrivent plus souvent peut-être chez des individus anémiés, et, comme l'a établi un médecin distingué, le docteur Parrot (1), on les verrait naître particulièrement chez les femmes d'une constitution faible, irritable, sujette à de violentes perturbations nerveuses, comme l'hystérie ou l'épilepsie.

Toutes les causes déterminantes de l'hématidrose sont celles qui impriment une commotion violente au système nerveux, comme une frayeur vive, ou bien un violent accès de colère.

**Traitement.** — Cette hémorrhagie, étant presque toujours très-peu considérable, ne réclame aucun traitement local. L'indication principale est de combattre la cause qui en a provoqué l'apparition: on fera cesser la pléthore, si elle existe, ou bien on rappellera l'hémorrhagie supprimée, si l'hématidrose est supplémentaire; on donnera enfin des sédatifs, des antispasmodiques, si la maladie est l'effet d'une secousse morale, ou l'on reconstituera l'économie s'il existe une chloro-anémie. Lorsque aucune indication positive ne ressort de l'état symptomatique et de la considération des causes, on devra ne rien faire. Quelques médecins conseillent alors de favoriser l'apparition d'une hémorrhagie moins insolite, comme le serait, par exemple, un flux hémorrhoidal. Mais je ne vois aucune espèce d'avantage à tenir une pareille conduite; car on risquerait de remplacer une hémorrhagie bénigne par une autre qui serait au moins incommode. Si (chose fort rare) les sueurs de sang étaient assez abondantes pour affaiblir les malades, on les modérerait par des applications froides et par la compression.

#### DES HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES, OU DES APOPLEXIES.

Lorsque le sang, au lieu d'être exhalé à la surface d'une membrane, s'épanche violemment dans l'épaisseur des tissus, on dit alors qu'il y a *hémorrhagie interstitielle*, ou *apoplexie*. Ce dernier mot, adopté d'abord par les anciens pour caractériser le début rapide d'une maladie qui expose à une mort immédiate, fut ensuite consacré pour désigner toutes les affections du cerveau qui se manifestent par la perte subite du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps; d'autres le réservaient aux cas seulement où les accidents dépendaient d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale. Ainsi, pendant longtemps, le mot *apoplexie* n'a eu qu'un sens purement *symptomatique*. Aujourd'hui, au contraire, la plupart des médecins semblent ne vouloir lui donner qu'un sens *anatomique*, en le consacrant pour exprimer tous les épanchements de sang qui se forment brusquement et spontanément dans l'épaisseur de nos tissus.

(1) *Gazette hebdomadaire*, année 1859.

Il n'est pas d'organe de l'économie dans lequel on n'ait observé les hémorragies 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 tirillé, devient lui-même le siège d'un travail réparateur que nous ferons également connaître.

## DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

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

On donne le nom d'hémorragie 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 hémorragies des centres nerveux. Morgagni surtout, dans ses 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> 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 hémorragies 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'hémorragie 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-rare dans la substance corticale des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorragie 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 diffusible 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 16, 32 et 64 grammes; les cas où il en existe de 187 à 218 ne sont pas très-rare; 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 cellulaires 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).

A 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'affaiblissement 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 mésoencéphale; 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 siégeait 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.

une pareille localisation me semble impossible dans l'état actuel de la science. Les faits favorables qu'on a invoqués sont contredits par des observations si nombreuses, qu'il est impossible de rien établir d'absolu à cet égard. On s'en convaincra si l'on consulte les relevés donnés par M. Andral dans sa clinique, ainsi que l'opuscule du docteur Fink, publié en 1830 à Fribourg-Brisgau, et dans lequel les prétentions des localisateurs sont jugées par une statistique faite sur une très-grande échelle. Non-seulement on ne peut localiser que très-rarement l'épanchement dans telle ou telle partie du cerveau, mais il n'existe même aucun groupe de symptômes à l'aide desquels on puisse déterminer sûrement si l'épanchement est situé dans le cerveau ou bien dans le cervelet. L'amaurose, la paralysie du sentiment avec conservation du mouvement, l'excitation des organes génitaux chez l'homme, le défaut de coordination des mouvements, l'impulsion invincible de marcher en avant ou bien à reculons, etc., ont été tour à tour considérés comme des signes d'une hémorrhagie cérébelleuse; mais les faits n'ont pas justifié des opinions émises surtout d'après les résultats obtenus par des vivisections sur les animaux. M. le docteur Hillairet, qui, dans ces derniers temps, a fait de louables efforts pour résoudre un problème difficile, insiste sur la fréquence des vomissements (1). Ce symptôme, qu'on n'observerait guère dans l'apoplexie cérébrale que sur un trentième, surviendrait, par contre, dans l'apoplexie cérébelleuse, dans la proportion de 1 sur 2 1/2; les vomissements se répéteraient plus ou moins fréquemment et pourraient même devenir incoercibles. Si à ce symptôme déjà insolite on joint une hébétude particulière de la face, l'intégrité de la sensibilité générale et des sens, une intelligence plus ou moins conservée, mais rarement éteinte, excepté à la période ultime; une résolution musculaire habituelle, mais n'empêchant pas les mouvements, et n'arrivant guère jusqu'à la paralysie que dans un tiers des cas, on pourrait, par l'ensemble de pareils symptômes, croire avec M. Hillairet qu'il existe un foyer hémorrhagique dans le cervelet. Mais l'auteur convient lui-même qu'on ne saurait être encore trop affirmatif; il n'existe, en effet, aucun symptôme, ni même aucun ensemble de troubles fonctionnels qui permette une grande précision dans le diagnostic. Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui reconnu que l'hémorrhagie cérébelleuse, lorsqu'elle produit très-exceptionnellement peut-être une hémiplégie, celle-ci est presque toujours croisée comme elle l'est dans une hémorrhagie cérébrale. Il paraît, d'ailleurs, que l'apoplexie cérébelleuse a une marche plus rapide et que sa terminaison est le plus souvent fatale. Je parle ici de l'hémorrhagie qui occupe les lobes latéraux; car lorsque l'épanchement siège dans le lobe médian, ou lorsque, occupant un des lobes latéraux, il est si abondant qu'il en résulte une compression de la moelle allongée, les individus sont comme foudroyés et succombent en quelques instants, paralysés des membres ainsi que des muscles respiratoires.

Une paralysie générale et subite précédée parfois de convulsions épileptiformes, quelquefois d'une sorte de propulsion irrésistible à courir, accompagnée de symptômes asphyxiques et suivie d'une mort rapide, doit faire supposer que l'hémorrhagie a son siège au centre de la protubérance: je dis supposer, car presque tous ces accidents peuvent se retrouver dans les apoplexies très-graves du cerveau et du cervelet. La présence des faisceaux antérieurs de la moelle dans la protubérance explique ces mouvements convulsifs, comme l'extension de la lésion au bulbe rachidien ou seulement la compression de celui-ci rendent compte de la promptitude de la mort et de l'asphyxie qui termine la vie. Si

(1) Archives générales de médecine, année 1858.

L'hémorrhagie est exactement circonscrite dans une des moitiés de la protubérance, elle ne produira qu'une hémiplégie ordinaire chez les uns; chez d'autres on observera une contracture des membres, comme dans les hémorrhagies méningées. Dans le cas que je suppose ici, l'hémiplégie sera croisée comme elle l'est dans l'hémorrhagie cérébrale; mais contrairement à ce qu'on voit dans cette dernière, on pourra, dans l'apoplexie de la protubérance, observer une paralysie *alterne*, c'est-à-dire une paralysie affectant les membres du côté opposé à la lésion, tandis que la paralysie faciale sera par contre directe. Cette particularité, sur laquelle M. Millard a le premier fixé l'attention (1) et que M. Gubler a plus spécialement étudiée (2), s'explique par ce fait anatomique que les filets qui sont l'origine des nerfs faciaux s'entre-croisent au-dessus de l'isthme, tandis que ceux qui sont destinés aux membres et au tronc, ne s'entre-croisent que dans le bulbe, de sorte que dans une lésion d'une moitié de la protubérance, mais intéressant les couches les plus inférieures, la paralysie doit affecter le côté correspondant de la face, puisque la lésion atteint un nerf qui a déjà été entre-croisé, tandis que la paralysie portera sur les membres du côté opposé, puisque ce sont les cordons qui lui sont destinés qui sont détruits par le raptus hémorrhagique. Disons pourtant que ces paralysies ne sont pas exclusives aux lésions unilatérales du mésocéphale; elles peuvent notamment tenir à des altérations multiples situées, les unes sur le trajet du nerf, les autres dans l'hémisphère correspondant du cerveau: aussi ne peut-on, dans ce cas, comme dans tous les autres, que porter un diagnostic *probable* ou *possible*.

**Pronostic.** — L'hémorrhagie encéphalique est une maladie toujours grave; elle tue, en effet, dès la première attaque, le tiers ou le quart de ceux qu'elle frappe, et la plupart des individus qui échappent une première fois restent infirmes, impotents, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie ou un ramollissement consécutif les emporte. En général, le pronostic devient plus grave à mesure que les hémorrhagies se répètent. Quoiqu'on cite des individus qui ont eu quinze ou seize attaques, et plus encore, cependant il importe de dire que ces cas sont infiniment rares, et que la plupart de ceux qui sont frappés trois ou quatre fois n'en reviennent guère. D'ailleurs le pronostic de la maladie variera suivant la nature des symptômes, les complications, l'âge et la constitution des sujets. Ainsi le coma profond, la résolution des membres, une respiration entrecoupée, stertoreuse, l'impossibilité de la déglutition, la décomposition des traits, l'accélération fébrile du pouls, sont des symptômes du plus fâcheux augure. Lorsque la perte de connaissance se prolonge au delà de trois ou quatre jours, il est probable que la maladie aura une issue funeste. L'accélération du pouls, la chaleur de la peau, sont aussi des signes fâcheux; ils coïncident en général avec le développement de la contracture, et se lient presque toujours au ramollissement des parois du foyer. Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la maladie augmente avec le nombre des années: ainsi, sur trente et un apoplectiques dont parle Rochoux, et qui avaient plus de soixante et dix ans, tous ont succombé. Le petit nombre de vieillards qui résistent à la première attaque restent infirmes et tombent en enfance; quelques rares exceptions ne sauraient détruire la règle générale que je viens d'établir. L'apoplexie cérébrale offre aussi plus de gravité chez les sujets sanguins, pléthoriques, en raison de la facilité plus grande qu'a la maladie à récidiver chez eux.

(1) Bulletins de la Société anatomique, années 1855 et 1856.

(2) Gazette hebdomadaire, années 1856 et 1858.

**Étiologie.** — Les causes de l'apoplexie sont nombreuses. Affection souvent héréditaire, on l'a vue survenir à tout âge : ainsi Billard, Sestier, MM. Vernois et Cazalis, l'ont vue chez des enfants n'ayant que quelques jours, et l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez renferme quatorze cas d'hémorrhagie cérébrale chez des enfants âgés de trois à douze ans. Ce sont là des faits exceptionnels, car on peut avancer que la maladie dont nous parlons arrive rarement avant l'âge de trente ans ; elle devient assez commune de cinquante à soixante, et paraît avoir son maximum de fréquence entre soixante et soixante et dix ans (Rochoux). Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur l'influence du sexe ; mais il résulte des relevés de M. Falret que l'hémorrhagie cérébrale est presque trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Quoique la maladie sévise chez les sujets de toute constitution, quoique les individus d'un tempérament sec et nerveux deviennent souvent apoplectiques, il est cependant reconnu que les personnes replètes, grasses, pléthoriques, qui ont une tête grosse, un cou court, la face très-injectée, sont plus spécialement exposées à l'hémorrhagie ; aussi dit-on souvent que les individus qui présentent l'ensemble des caractères que je viens d'indiquer ont une *constitution apoplectique*. On a également reconnu que plusieurs de nos organes pouvaient agir plus ou moins directement sur le cerveau ; il est certain que le travail de la digestion, surtout lorsqu'il se fait péniblement, provoque, chez beaucoup d'individus, un état de congestion vers le cerveau qui favorise la production des épanchements sanguins ; il en est de même d'une constipation prolongée. Depuis Legallois on dit également que l'hypertrophie du ventricule gauche constitue une prédisposition active au développement de l'hémorrhagie cérébrale. Mais c'est là un point qui ne me semble pas parfaitement établi, même après la lecture du travail que Bricheveau a publié dans sa *Clinique de l'hôpital Necker*. Rochoux, dans plusieurs de ses écrits, notamment dans les *Archives* de 1834, s'est beaucoup élevé contre cette doctrine, et a produit contre elle un nombre de faits imposants. L'observation, la pratique journalière lui donne raison. Si le cœur exerçait, en effet, quelque influence dans la production des hémorrhagies encéphaliques, on verrait celle-ci survenir plus souvent dans le cours des lésions organiques du cœur ; cette coïncidence existe quelquefois, il est vrai, mais si rarement, qu'il est difficile d'y voir autre chose qu'un accident, qu'une complication toute fortuite. On a aussi accusé l'état de grossesse comme prédisposant à l'hémorrhagie cérébrale, il n'en est rien ; d'ailleurs les statistiques des maternités le prouvent d'une manière victorieuse. Il est également très-contestable que les travaux intellectuels prédisposent beaucoup à la maladie, tandis que l'influence des émotions morales et surtout des passions tristes est bien mieux démontrée. L'apoplexie paraît être plus commune pendant l'hiver et le printemps (Falret) ; des variations brusques dans la température ou dans la pression atmosphérique la provoquent : c'est ce qui explique pourquoi on a pu la voir quelquefois régner en quelque sorte épidémiquement, comme Baglivi et Lancisi l'ont constaté à Rome, et Malouin à Paris. Une nourriture substantielle, l'usage des stimulants et des alcooliques, des vêtements serrant le cou et faisant stagner le sang dans la tête, sont des causes prédisposantes extérieures qui sont les moins contestables. Citons aussi le sommeil, et surtout le sommeil prolongé. M. Gendrin a calculé, en effet, que sur 177 cas d'hémorrhagie du cerveau, il y en avait 97 dont l'invasion s'était faite pendant le sommeil, et parmi ces dernières l'attaque est survenue 84 fois pendant le sommeil de la nuit.

Presque toutes les hémorrhagies cérébrales arrivent d'une manière spontanée ;

pendant il n'est pas rare de les voir succéder à l'action évidente de quelque cause déterminante, telle que l'ébriété, une violente secousse morale, des efforts, et surtout ceux qu'on fait pour aller à la selle, lorsque les matières fécales sont dures et volumineuses. Chez d'autres elle est survenue pendant l'acte du coït. Une insolation prolongée, le passage brusque d'une température basse à une température élevée, et réciproquement, un bain trop chaud ou trop froid, la suspension d'une hémorrhagie constitutionnelle ou sa suppression brusque, etc., ont eu souvent le même effet.

**Traitement.** — L'apoplexie cérébrale exclut presque toujours la médecine expectante. Le traitement qu'on oppose à cette maladie a pour but de combattre les accidents d'hypérémie et de compression qui existent, puis de favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer. On obéit à la première indication par l'emploi de la saignée générale, qui sera plus ou moins copieuse, et qu'on réitérera une ou plusieurs fois, suivant la force du sujet, suivant son âge, sa constitution, suivant l'état du pouls : il nous est impossible de rien préciser à cet égard. Il faut communément donner la préférence à la saignée du bras, comme étant la plus facile et celle par laquelle on peut obtenir le plus aisément une suffisante quantité de sang : voilà pourquoi nous n'approuvons pas les saignées du pied, toujours plus ou moins difficiles et insuffisantes, ni la saignée des jugulaires, que quelques-uns ont proposée, ni même la section des artères temporales, à cause de la compression qu'on est obligé d'exercer sur la tête pendant plusieurs jours après. Les saignées locales seront le plus souvent associées avec avantage aux saignées générales. Les premières devront être faites spécialement au voisinage de la tête : c'est ainsi que les sangsues seront appliquées le long du cou ou derrière les apophyses mastoïdes ; on pourra remplacer les sangsues par des ventouses scarifiées à l'occiput et à la nuque, région dont les vaisseaux ont des communications plus ou moins directes avec les canaux veineux de l'intérieur du crâne. Pour la même raison, Lancisi et M. Cruveilhier ont préconisé la saignée de la pituitaire, soit en faisant des scarifications, ou mieux encore à l'aide d'une ou de deux sangsues appliquées dans les narines. Dans les cas où la congestion encéphalique est très-forte, très-rebelle, ou lorsqu'il y a imminence que des accidents inflammatoires ne se développent, mieux vaut peut-être choisir les apophyses mastoïdes ; mais on aura soin d'entretenir l'écoulement d'une manière continue pendant plusieurs heures, ou même pendant une journée entière, en appliquant successivement un petit nombre de sangsues, qu'on remplace par d'autres au fur et à mesure qu'elles tombent, ou lorsque l'écoulement sanguin se suspend. La plupart des médecins préfèrent appliquer les sangsues sur un point éloigné du cerveau, comme aux malléoles, et surtout à l'anus ; mais nous ne saurions les approuver, car l'effet dérivatif qu'on se propose d'obtenir est souvent nul. Il n'y a réellement avantage à suivre cette pratique que lorsqu'on veut rappeler une hémorrhagie constitutionnelle dont la suppression paraît avoir occasionné le développement de l'apoplexie cérébrale. En règle générale, les saignées sont d'autant plus utiles qu'on les fait à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Quoiqu'il soit fort rare de voir des apoplexies cérébrales dans lesquelles l'usage de toute émission sanguine soit contre-indiqué, cependant des cas de ce genre existent, et il importe de bien les connaître, car une saignée intempestive pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Ainsi, dans ces apoplexies foudroyantes qui s'accompagnent d'une résolution générale, lorsque le pouls est irrégulier, petit et misérable, lorsque enfin la peau est froide, il faut, au lieu de tirer du sang, exciter, réveiller la sensibilité, soutenir les forces près de

s'éteindre, en faisant sur la peau des frictions sèches, excitantes, en appliquant des sinapismes et des vésicatoires, et en administrant une boisson aromatique et cordiale; c'est ce qu'on voit fréquemment après les hémorrhagies même faibles, lorsqu'elles frappent les vieillards cachectiques. Si l'on est assez heureux, par les moyens que j'indique, de ranimer la chaleur et de donner une certaine résistance au pouls, on pourra recourir aux émissions sanguines; mais, lorsqu'il a existé un collapsus aussi grand, on devra agir très-prudemment et dans les cas où des signes de congestion en feraient une obligation très-impérieuse. Il arrive aussi des cas où les caractères du pouls sont tels que, sans contre-indiquer précisément l'emploi de la saignée, ils n'engagent pas pourtant le médecin à y recourir. Que faire alors? Nous pensons que dans ces conditions, surtout si les malades sont encore à une époque voisine du début, on devra faire une saignée *exploratrice*, et, d'après les effets immédiats qu'on obtiendra, on insistera sur ce moyen, ou bien on l'abandonnera tout à fait.

On voit qu'ici, comme pour toute autre maladie, la saignée n'est pas un moyen indifférent et qu'il faille employer *quand même*, mais seulement lorsque l'indication est précise. On a vu aussi dans quelles limites les émissions sanguines sont utiles; elles n'ont point pour but de guérir le mal, mais de remédier à la congestion, de prévenir l'inflammation du foyer ou une nouvelle hémorrhagie, et de favoriser la résorption du sang épanché. Ce sont des idées fort rationnelles, en rapport avec les données physiologiques et sanctionnées par l'expérience des siècles, mais elles n'ont pu trouver grâce devant quelques esprits mobiles, toujours enclins au paradoxe, et qui n'ont pas craint de signaler la saignée comme étant une arme toujours nuisible dans le traitement de l'apoplexie.

Aussitôt après la saignée, on devra recourir à l'emploi des dérivatifs sur la peau et sur le tube digestif: ainsi des cataplasmes sinapisés seront promenés sur les extrémités inférieures, ou bien on mettra celles-ci dans les ventouses Junod; on administrera enfin des laxatifs par la bouche et en lavements. Ceux-ci auront le double avantage de produire une dérivation, et d'expulser les matières stercorales, que nous avons signalées comme pouvant exercer une fâcheuse influence sur le cerveau lorsqu'elles sont accumulées en grande quantité dans le rectum. Quelques médecins préfèrent les drastiques aux simples laxatifs; mais cette pratique paraît avoir eu parfois des inconvénients graves; il en est de même des vomitifs, dont les anciens ont souvent abusé dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et dont l'emploi peut avoir des suites fâcheuses. On conçoit, en effet, que les efforts qui accompagnent les vomissements, en augmentant l'hyperémie cérébrale, puissent favoriser la production d'un nouvel épanchement; cependant il est des cas où l'émétique nous paraît indiqué: c'est lorsque, l'apoplexie survenant peu après les repas, l'estomac se trouve distendu par les aliments, conditions qui, comme nous l'avons vu, doit favoriser la congestion cérébrale. On a dit, il est vrai, qu'on pouvait, même dans ce cas, se dispenser de donner l'émétique, et qu'en pratiquant une saignée copieuse, on provoquerait presque toujours le rejet des matières contenues dans l'estomac. Mais outre que cet effet n'a pas nécessairement lieu, il est reconnu que le vomissement qui est excité par les pertes de sang s'accompagne d'un état de malaise plus grand, et que souvent il nécessite pour s'effectuer des efforts plus considérables: pour tous ces motifs, on doit, quand l'estomac contient des aliments, faire précéder la saignée par l'administration de 10 à 15 centigrammes d'émétique. Indépendamment de la circonstance dont je parle, l'emploi du vomitif peut encore être indiqué par une complication saburrale; mais personne aujourd'hui ne songe à donner l'émétique à hautes doses pour

remplir une indication contre-stimulante, ainsi que Laënnec paraît l'avoir fait plusieurs fois.

Il est inutile de dire qu'avec les moyens que je viens d'énumérer les malades seront soumis à une diète sévère, à l'usage d'une boisson acidule, tempérante et laxative. On prescrira le repos le plus absolu, on éloignera toutes les causes d'excitation; la température de la chambre sera fraîche; la tête, découverte, ou du moins légèrement couverte, sera maintenue élevée et appuyée sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine; enfin on évitera qu'aucun vêtement ne comprime la poitrine et le cou. En supposant que les moyens que j'indique produisent une amélioration rapide, on devra néanmoins ne pas se départir, pendant les sept ou huit premiers jours, du régime sévère que l'on a prescrit, car c'est à cette époque que se développent souvent les congestions cérébrales.

Dès que l'on constatera les signes du ramollissement inflammatoire, on reviendra à l'usage des émissions sanguines; on insistera aussi sur les dérivatifs intestinaux et cutanés: c'est dans ces cas qu'on a conseillé des révulsifs plus énergiques, tels que des vésicatoires ou des cautères sur les membres, mais surtout un large séton à la nuque. L'utilité de ce dernier moyen n'est pas mieux démontrée. On a encore préconisé les frictions mercurielles sur les tempes et sur le cuir chevelu, ainsi que l'administration à l'intérieur du calomel à doses fractionnées, afin d'exciter la salivation. C'est là un moyen qu'on ne devra pas sans doute négliger dans les cas graves, sans que cependant son efficacité ou même son utilité soit encore bien démontrée.

Il est des apoplectiques qui sont tourmentés par l'insomnie, qui s'agitent et se plaignent sans cesse. On calme parfois ces accidents par l'administration d'un bain tiède donné avec beaucoup de précaution; mais on en triomphe plus sûrement encore en prescrivant l'opium à la dose de 2 à 5 centigrammes. C'est à tort que quelques médecins craignent d'administrer ce médicament dans les affections cérébrales, sous le faux prétexte qu'on peut produire ou aggraver une congestion cérébrale: l'expérience nous prouve tous les jours combien ces craintes sont peu légitimes.

Dans la convalescence, on évitera tout ce qui pourrait favoriser une nouvelle attaque. Je renvoie, pour l'indication du régime et des soins hygiéniques à prescrire, à ce que j'ai dit précédemment pour la congestion cérébrale. D'ailleurs les moyens à conseiller varient beaucoup: ainsi il est des individus pléthoriques chez lesquels le régime débilitant devra être continué pendant longtemps, tandis que, chez les personnes débiles et chez les vieillards, on insistera sur les toniques et les analeptiques.

Contre les paralysies qui persistent et qui rendent les individus impotents pour le reste de leurs jours, on a conseillé divers moyens, les uns impuissants, la plupart dangereux. Les frictions sèches, aromatiques ou rubéfiantes sur les membres paralysés, l'application de vésicatoires volants, les douches salines, sulfureuses et de vapeur n'ont aucune action utile. Il en est de même de l'électricité, du galvanisme, de bains de vapeur, ainsi que de l'emploi de la noix vomique et de la strychnine à l'intérieur ou par la méthode endermique. Ces derniers agents ne sont pas seulement impuissants, mais ils sont le plus souvent dangereux par l'excitation et les congestions cérébrales qu'ils provoquent. Il ne faudrait donc y recourir qu'à une période très-avancée, lorsque toute contracture a cessé, lorsque la lésion cérébrale étant cicatrisée, il paraît utile d'exciter les muscles qui semblent avoir perdu leur aptitude motrice. M. Duchenne dit avoir, en pareil cas, employé avec avantage l'électrisation localisée. Mais, je le répète, il faut toujours procéder avec une extrême réserve.