

brale); un degré de plus et apparaissent : des convulsions épileptiformes partielles ou générales, ou des contractures, du spasme des muscles oculaires, parfois de l'hémiplégie. Le pouls est petit et accéléré (140), puis le coma s'accroît et la mort est rapide. Ailleurs, le malade s'éveille prostré, la tête lourde, atteint d'hémiplégie ou de diplégie. L'infection secondaire, possible, se traduit par de la fièvre et un état typhoïde. Le passage à l'état chronique entraîne l'affaiblissement graduel et le marasme.

Chez le nouveau-né. — L'enfant naît en état de mort apparente et succombe rapidement ou survit peu de jours, présentant : de la cyanose, de la dyspnée, de l'apathie et des convulsions. La guérison est rare. L'hémorragie pourrait avoir pour conséquence éloignée la *maladie de Little* (?).

Hémorragie traumatique. — Elle se traduit par de l'hémiplégie avec stertor masqués souvent par des signes de commotion ou de contusion cérébrale. La mort est habituelle.

Hémorragies des asystoliques. — Les signes en sont obscurs; la stase encéphalique provoque des vertiges, de la cyanose, de la somnolence.

Hémorragies secondaires aux pyrexies. — Elles sont généralement latentes et masquées par les symptômes de l'infection causale.

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE DU CERVEAU

I. — ANÉMIE CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — Elle est plus commune chez les enfants et les vieillards (athérome). Autrement, l'émotion, l'œdème et la commotion cérébrale, certains toxiques (ergotine, belladone, bromures, tartre stibié, chloroforme, plomb, oxyde de carbone) peuvent l'occasionner; il en est de même des cardiopathies artérielles et des anémies post-hémorragiques ou autres.

Signes cliniques. — *Aiguë*, l'anémie cérébrale se traduit par des éblouissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, parfois des vomissements, des lipothymies, des convulsions générales ou partielles, la syncope et le coma.

Chronique, l'ischémie cérébrale détermine de la lourdeur de tête, de l'insomnie, de l'amnésie; les sujets, fatigués, irritables, incapables de travailler, ont l'ouïe et la vue faibles.

II. — CONGESTION CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — Toujours secondaire, active ou passive, la congestion cérébrale est favorisée par la pléthore, la ménopause, le surmenage intel-

lectuel. Elle complique : les intoxications aiguës par l'opium et l'alcool; les états infectieux : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, pneumonie, paludisme, tétanos, rage, rhumatisme cérébral. Elle peut succéder à un coup de froid ou de chaleur (par action réflexe); résulter d'un mal de Bright, d'une maladie de Basedow, de la suppression d'un flux habituel, du surmenage musculaire (par hypertension sanguine). Les cardiopathies, les affections broncho-pulmonaires qui entraînent la stase veineuse générale, causent aussi la congestion cérébrale passive. L'érysipèle, les parotidites, les angines, les otites sont des causes de fluxions collatérales. Les causes locales : paralysie générale, épilepsie, tumeurs, abcès, méningite, hémorragies méningées, sclérose en plaques, tabes, maladie de Parkinson, sont les plus communes.

Signes cliniques. — La *forme aiguë légère* se révèle par un violent mal de tête, des éblouissements, des tintements d'oreille, de la somnolence, du vague cérébral.

La *forme grave* (coup de sang), se traduit par un coma stertoreux, de quelques minutes à quelques heures, avec hémiplégie fugace et embarras de la parole au réveil.

La *forme subaiguë* (vieillards) provoque une obnubilation graduelle de la sensibilité et des idées.

La *forme convulsive* a pour expression une crise épileptiforme partielle ou généralisée.

La *forme délirante*, propre aux alcooliques, détermine une agitation loquace, régie par des hallucinations visuelles ou auditives; c'est le *delirium tremens*.

La *forme maniaque* consiste en un délire d'action ou manie aiguë.

La *forme cardiaque* (stase asystolique) se traduit par une torpeur mêlée de rêveries et aboutissant au coma.

III. — APOPLEXIE

Signes étiologiques. — L'hémorragie, l'embolie ou la thrombose cérébrales, l'hémorragie méningée, la congestion ou l'anémie cérébrales sont les causes les plus communes d'apoplexie; les tumeurs cérébrales, l'urémie et l'hystérie en sont des causes plus rares.

Signes cliniques. — L'apoplexie consiste en une perte soudaine du mouvement, de la sensibilité et du sentiment, avec respiration stertoreuse, yeux demi-clos, dilatation pupillaire, abolition des réflexes. On constate en outre, parfois : des mouvements épileptiformes ou choréiformes, la déviation conjugée de la tête et des yeux; souvent, l'hémiplégie avec élévation thermique du côté paralysé, la rétention ou l'incontinence des urines et des fèces. La température d'abord abaissée (35°) avec pouls ralenti (60) se rapproche de la normale (37°,5 à 38°) ou dans les cas graves, s'élève à 40° 41°, tandis que le pouls bat 130 à 140.

IV. — HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — L'hémorragie cérébrale résulte de la rupture des anévrysmes miliaires, communs surtout chez l'homme après 60 ans, mais observés aussi avant, parfois héréditaires, favorisés par toutes les causes d'artério-sclérose : alcoolisme, saturnisme, goutte, diabète, rhumatisme, sénilité, syphilis.

Signes cliniques. — L'apoplexie, parfois annoncée par de la céphalée, des vertiges, des étourdissements, des engourdissements ou l'embarras passager de la parole, est le début le plus commun. L'hémiplégie habituelle se produit rarement sans ictus; elle est tantôt légère, flasque; tantôt très marquée, aboutissant à la contracture. La terminaison est soit la mort, rapide (en 24 ou 48 heures) plutôt que subite, soit la guérison avec reliquat de paralysie.

Diagnostic du siège. — Certains signes permettent parfois de préciser le siège.

L'hémorragie du noyau caudé ou lenticulaire provoque l'apoplexie et une hémiplégie, transitoire ou persistante, suivie de contracture (capsule interne), de troubles de la déglutition et de la parole.

L'hémorragie de la couche optique entraîne l'hémiplégie et souvent, l'hémianesthésie, l'hémichorée et l'hémitremblement, l'exagération des réflexes, puis la contracture.

L'hémorragie des tubercules quadrijumeaux détermine assez souvent l'hémianopsie.

L'hémorragie pédonculaire ou protubérantielle est suivie de mort subite ou rapide; en cas de survie, l'hémiplégie, souvent alterne, s'accompagne de troubles des sens, de la déglutition et de la parole.

L'hémorragie des circonvolutions est révélée par des crises d'épilepsie jacksonienne, par une hémiplégie ou une monoplégie, avec troubles de la sensibilité, du sens musculaire, et parfois de la parole (selon le siège).

L'hémorragie des circonvolutions du lobe occipital se traduirait toujours par l'hémianopsie.

L'hémorragie du cervelet ne peut être que soupçonnée: quand le pouls est lent et irrégulier, quand les réflexes sont atténués ou abolis; s'il se produit des vomissements, en l'absence d'hémiplégie.

L'inondation ventriculaire est probable, quand l'apoplexie s'accompagne de raideur généralisée des membres ou même de convulsions épileptiformes. L'ictus peut succéder à un malaise progressif, à une hémiplégie d'abord incomplète, puis complète avec hémianesthésie et déviation conjuguée de la tête et des yeux; puis le coma devient plus profond et la mort survient.

V. — RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

Signes étiologiques. — Les causes du ramollissement sont celles de la thrombose : vieillesse, alcoolisme, syphilis, artérites infectieuses; et de

l'embolie : endocardite gauche, rétrécissement mitral. La thrombose provoque en général le ramollissement central; l'embolie le ramollissement cortical.

Signes cliniques. — Le début est souvent brusque; sinon il est précédé, pendant quelques heures ou quelques semaines, de *prodromes* tels que : céphalée, étourdissements, engourdissements douloureux ou non, faiblesse ou secousses convulsives dans l'un ou les deux membres d'un côté, affaiblissement intellectuel progressif. L'apoplexie est fréquente, mais plus fugace que celle de l'hémorragie cérébrale. Le symptôme principal et habituel est l'hémiplégie ou la monoplégie (membre supérieur) généralement flasques, souvent accompagnées d'anesthésie superposée et de troubles du sens musculaire, quelquefois de douleurs dans le ou les membres paralysés. L'hémianopsie, initiale, souvent isolée, est assez fréquente. Les troubles de la parole sont très communs, sous forme de dysarthrie, même avec une hémiplégie gauche; l'aphasie vraie n'apparaît qu'avec l'hémiplégie droite.

Les troubles psychiques sont variables; le délire est rare; on constate plus souvent de l'hébétude, un affaiblissement ou une déchéance intellectuelle, surtout prononcée dans les formes à marche progressive (paralysies segmentaires, monoplégie, puis hémiplégie), rapide ou lente. Certains ramollissements ne se traduisent que par de l'affaiblissement mental croissant et aboutissant au gâtisme.

VI. — HÉMIPLÉGIE

C'est la paralysie du mouvement d'un côté du corps, intéressant les membres, le tronc et la face.

Dans les cas extrêmes, l'inertie est absolue et nul mouvement n'est possible; plus souvent, quelques mouvements subsistent, surtout dans le membre inférieur. Dans les cas légers, il n'y a qu'un peu de faiblesse et de maladresse. On constate en même temps la paralysie de la moitié correspondante de la face.

Membres. — La paralysie atteint plutôt certains muscles ou certains mouvements; au membre supérieur: le court abducteur du pouce (opposition), les muscles supinateurs, rotateurs du bras en dehors, éleveurs et extenseurs des doigts; au membre inférieur, les mouvements de soulèvement par raccourcissement, et d'abduction.

Face. — La paralysie faciale, quand elle est marquée, saute aux yeux: la bouche est attirée du côté sain, la commissure amincie et abaissée du côté paralysé (*bouche en accent circonflexe*); la joue du même côté est flasque, quelquefois soulevée par l'air expiré; les rides sont effacées, le sourcil est abaissé. Le facial supérieur est généralement indemne; cependant, le sujet ouvre et ferme difficilement l'œil paralysé, sans l'autre.

Langue. — Quand on fait tirer la langue, elle est habituellement déviée du côté paralysé, quelquefois aussi de l'autre.

Larynx. — **Pharynx.** — La lésion bilatérale du centre phonatoire cortical