

chez un adulte, cette opération exige plus d'une heure ou deux, à moins que des circonstances particulières ne compliquent l'accident; mais ce qui est très-difficile dans certains cas, c'est de maintenir l'intestin réduit.

Quand cette incommodité est ancienne, on emploie d'ordinaire, pour soutenir l'intestin, différents bandages parmi lesquels le plus efficace est celui de Boyer. Il consiste en deux bretelles ordinaires à l'extrémité antérieure desquelles on attache une bande ou courroie qui, passant entre les cuisses, pour aller se fixer à leur extrémité postérieure, soutient contre l'anus une pelote adoptée à cet effet. Mais il arrive parfois que tous les bandages sont insuffisants et que le chirurgien est obligé d'en venir à l'excision ou à la cautérisation. Quand cette incommodité est récente, la guérison en est facile, pourvu qu'on puisse remplir les trois indications suivantes: réduire la membrane muqueuse, la maintenir réduite, combattre les causes de l'accident. Ces trois indications, nous venons d'être appelé à les remplir auprès d'un adulte atteint du renversement dont il s'agit. La réduction a été facile; mais pendant que les moyens propres à combattre la nature du mal étaient mis en usage, aucun de ceux employés d'habitude n'a été capable de maintenir la membrane réduite, ainsi qu'on va le voir dans l'observation ci-jointe.

Obs. 1. — M. Penin (rue des Capucins, n. 17), apprenteur, âgé environ de trente-cinq ans; homme d'une santé florissante, se livre à des courses forcées durant la journée du dimanche 3 juin 1836; jamais, disait-il, il ne s'était autant promené que ce jour-là; aussi rentré chez lui d'assez bonne heure, il se jette sur son lit et s'endort. Réveillé à minuit par le besoin d'aller à la garde-robe, l'excrétion des matières fécales est immédiatement suivie d'un renversement de la membrane interne du rectum. Au rapport de Penin, le renversement était d'abord médiocre ainsi que la douleur qui l'accompagnait; mais peu à peu l'un et l'autre augmentèrent de telle sorte, qu'à six heures du matin le malade poussait des gémissements et présentait à l'anus un bourrelet saillant long d'un pouce et demi et d'un volume proportionné. La teinte violacée du bourrelet était un indice de l'urgence de sa réduction. Nous y procédâmes sur-le-champ, et au bout d'une heure et demie tout était à sa place; le malade ne souffrait plus. Nous prescrivîmes des demi lavements émollients froids, des bains de siège de même nature, l'emploi d'une pommade astringente et la diète la plus sévère. Trois heures s'étaient écoulées depuis notre départ, lorsqu'on vint nous avertir que tout était ressorti et que le malade souffrait comme ci-devant; retourné près de lui, l'intestin fut de nouveau réduit, et cette fois nous appliquâmes contre l'anus des tampons de charpie ainsi que le bandage en T. double, conseillés par tous les auteurs. Mais quelques heures après, l'insuffisance de cet appareil était manifeste; il fallut procéder à une troisième réduction. En demeurant quelques instants auprès du malade, nous nous aperçûmes que la tendance de la membrane à s'échapper au dehors était telle, qu'il ne fallait rien moins que des tentatives

continuelles de réduction pour s'opposer à sa sortie. Ce qui nous convainquit de l'insuffisance de toute espèce de moyen contentif, c'était la difficulté qu'il y avait de maintenir l'intestin au-dessus du sphincter. La membrane interne du rectum engorgée et boursoufflée, tendant sans cesse à s'engager au travers de l'ouverture anale nécessitait de la part de nos doigts, une combinaison d'efforts dirigés en sens contraire, efforts méthodiques que n'aurait pu remplacer la résistance toute passive d'un appareil quelconque. Le cas était embarrassant, car il fallait ou ne pas quitter le malade, ou placer près de lui une garde assez intelligente pour continuer les efforts de réduction. Mais soit que cette manœuvre parût trop fatigante, soit qu'on ignorât le temps qu'elle pourrait durer, personne ne consentait à s'y assujettir. Ce fut alors que nous tentâmes l'emploi du moyen suivant:

Un morceau de liège du volume d'une grosse noix fut arrondi avec un canif et passé à la flamme d'une bougie afin d'en bien unir la surface, à l'instar de ces globules dont se servent les prestidigitateurs. Cette boule ainsi préparée et trempée dans la pommade astringente, fut introduite dans l'anus et poussée jusqu'au-dessus du sphincter; des tampons de charpie furent appliqués comme auparavant et maintenus avec l'appareil à bretelles de Boyer. Depuis ce moment la membrane interne du rectum est demeurée réduite. Ce ne fut que trente heures après que le malade, pressé de besoin d'aller du ventre, nous pria d'enlever l'appareil et de retirer la boule à l'aide d'un fil que nous avions eu la précaution d'y attacher. Le renversement n'a plus eu lieu, et la guérison a été prompte.

En réfléchissant sur l'action mécanique de ce morceau de liège, on comprend facilement que, par son volume, il tenait écartées les parois du rectum et s'opposait par là même à leur renversement. En second lieu, étant d'une grosseur proportionnée à la dilatation forcée du sphincter de l'anus, cette boule avait besoin d'une puissance expulsive supérieure, pour vaincre la résistance de ce même sphincter; tandis que si elle eût été plus petite, poussée qu'elle était par l'intestin, elle eût franchi sans obstacle l'ouverture de l'anus. De plus, nous observerons que dans la chute du rectum, la portion de la membrane intestinale qui est engagée au travers du sphincter étant poussée peu à peu au dehors facilite l'engagement de la portion supérieure, et que cette disposition est un obstacle au maintien de la réduction. Le morceau de liège par sa présence paralyse ce mécanisme.

Concluons de ce fait que la guérison de notre malade a été puissamment secondée par l'emploi de ce moyen. Assurément, la médication émolliente et astringente en diminuant l'irritation et l'engorgement portés sur le rectum, diminuait aussi la force expulsive de la membrane qui aurait fini par céder à la résistance du sphincter; mais ce résultat demandait plusieurs jours de traitement; et durant ce temps-là, l'intestin ne pouvait être maintenu réduit par aucun des moyens connus.

GERVAIS, D. M. à Lyon.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

FÉVRIER 1839.

Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges.

(SUITE. — Voir tome XXXVI, 2^e série, p. 103.)

Maintenant que la partie la plus aride de ma tâche est achevée, il faut tâcher de pénétrer dans la nature intime de la maladie, établir les rapports qui doivent exister entre les altérations morbides que je viens de décrire, et les symptômes par lesquels elle se traduit à l'extérieur; je glisserai rapidement sur les causes, car d'assez longues recherches, entreprises dans le but de les déterminer, ne m'ont fourni aucun résultat bien précis et bien satisfaisant: je vais indiquer seulement la fréquence de l'hémorrhagie des méninges suivant les saisons; cette étude nous montrera une différence remarquable dans les différentes époques de l'année, et une prédilection toute particulière de la maladie pour le printemps:

Causes prédisposantes générales.

Saisons.

Janvier,	1	}	4
Février,	2		
Mars,	1	}	16
Avril,	4		
Mai,	9		
Juin,	5	}	7
Juillet,	1		
Août,	4	}	3
Septembre,	2		
Octobre,	2		
Novembre,	5	}	0
Décembre,	0		

52

Maintenant je passe à l'examen des symptômes en commençant par les signes précurseurs:

Sur quarante et une observations, dix-huit fois se montrent des signes précurseurs; six fois ces signes n'existent pas, dix-sept fois leur existence n'est pas indiquée.

Symptômes précurseurs.

Céphalalgie,	5
Assoupissement,	1
Perte de la parole,	1

TOME III. 3^e s.

Agitation,	2
Faiblesse des membres,	2
Délire chez un maniaque,	1
Congestion subite,	1
Vomissements,	1
Engourdissements et céphalalgie,	1
Vertiges et malaises,	1
Céphalalgie et gêne des mouvements,	1

18

Dans 5 cas pas de prodromes, dans les 17 autres il n'y avait rien d'indiqué.

Il est vrai de dire que dans quelques cas il est impossible de savoir au juste si les symptômes appelés précurseurs ne constituent pas le début de la maladie elle-même; mais ce doute n'existe que pour une ou deux observations, et dans les autres l'état des membranes et du sang épanché, comparé à l'époque où les signes précurseurs se sont manifestés, ne permet pas de douter que ceux-ci n'aient précédé l'hémorrhagie d'un espace de temps assez considérable. M. Rochoux a constaté sur soixante-neuf cas que six malades seulement ont éprouvé des symptômes précurseurs. Comme la plupart des autres auteurs ne donnent pas de chiffre qui exprime la fréquence de ces symptômes dans l'apoplexie, je me contente de comparer mes résultats avec les siens; je remarquerai, en outre, que dans le ramollissement cérébral les signes précurseurs sont loin d'exister d'une manière constante, et qu'il est, je crois, presque aussi commun de noter leur absence que d'observer leur présence. Comparés ensemble sous ce rapport, l'apoplexie méningée et le ramollissement présentent par conséquent une certaine différence; mais sous le point de vue de la rapidité de l'invasion, nous allons trouver une bien moindre analogie. En effet, sur trente-trois cas, nous ne noterons que sept fois une invasion lente des symptômes.

Invasion.

Graduelle,	4
Rapide,	20
Assez rapide,	2
Lente de tous les symptômes, excepté de la paral., dont l'invas. est subite,	4
Lente de tous les symptômes, une fois avec rupture veineuse,	3

33

1 F.

Dans huit cas, rien d'indiqué. Maintenant l'étude des phénomènes morbides que présente la maladie va nous révéler des particularités encore plus intéressantes.

Les symptômes que nous fournissent les altérations du sentiment peuvent être divisés en ceux qui sont caractérisés par une exagération de la sensibilité et ceux qui sont caractérisés par sa diminution; puis viendra l'examen des troubles survenus dans les fonctions des organes des sens.

Céphalalgie.

Céphalalgie coïncidant avec :	
sang épanché dans les membranes,	4
veine rompue,	2
artère, id.,	1
sang dans les ventricules,	2
	9
13 malades ne peuvent rendre compte de leur état,	13
3 n'ont pas de céphalalgie,	3
Chez 8 on ne sait à quoi s'en tenir,	8
	33

Une fois la céphalalgie a été accusée du côté où avait lieu l'épanchement; huit autres fois le siège n'a pu être déterminé. Il est probable que dans ces cas si les malades avaient été en position de préciser le lieu de la douleur, ils l'auraient placée du côté opposé à la paralysie. Je pense aussi que si cette céphalalgie n'a pas été mentionnée plus fréquemment dans le cas d'épanchement de sang à la surface du cerveau, c'est parce que cet organe comprimé ne répondait plus aux impressions douloureuses transmises par l'arachnoïde: la preuve, c'est que quand le sang s'est épanché dans le rachis, comme le cerveau pouvait percevoir les impressions douloureuses, les malades accusaient dans la plupart des cas de vives douleurs; l'épanchement de sang dans les ventricules a déterminé la céphalalgie à peu près dans la même proportion que l'épanchement de sang dans les membranes extérieures, le sang veineux comme le sang artériel. Cette sensibilité existant dans la même proportion pour les membranes internes et externes du cerveau, rapproche, par une communauté de sympathie, ces enveloppes, sur l'identité anatomique desquelles on n'est pas encore tout à fait d'accord.

Douleurs des membres et du tronc.

Douleurs des membres contracturés,	2
Douleurs à droite dans une paralysie double,	1
Douleurs des membres et du tronc,	1
Douleurs dans le côté du corps opposé à l'hémiplégie,	1
Douleurs passagères dans le côté le plus paral.	1
(dans une par. double inég.),	1
Douleurs des membres et céphalalgie,	1
	7

Absence de douleur,	13
Indéterminé,	21
	41

Ce résultat diffère notablement de celui qui a été obtenu dans l'apoplexie et le ramollissement: dans l'apoplexie la douleur n'existe presque jamais, tandis que dans le ramollissement, c'est un des phénomènes les plus fréquents. La sensibilité a été conservée ou diminuée dans le rapport suivant:

Non diminuée, quoiqu'il y eût hémiplégie,	5
Non diminuée (il n'y avait pas de paralysie),	5
	fois conservée 8
Très-obtuse,	
Nulle du côté hémiplégie,	2
Nulle par accès,	4
Nulle chez dix comateux,	9
Abolie dans une hématomyélie,	4
	fois diminuée. 19
	fois indéterminée. 14
	total, 41

Ici les troubles de la sensibilité se rapprochent beaucoup de ceux qu'on observe dans le ramollissement et l'hémorragie cérébrale.

L'état des pupilles a été le suivant:

a. dilatées :	
Une pupille du côté paralysé,	1 fois.
Les deux avec paralysie complète,	1
b. rétrécies :	
Une pupille du côté opposé à la paralysie,	1
c. immobiles :	
Une pupille immobile du côté opposé à la paralysie,	1

Les autres sens n'ont rien présenté de particulier; il est probable que l'odorat, le goût, l'ouïe, ont été affectés parfois, comme cela arrive de temps en temps dans les apoplexies cérébrales.

Passons aux symptômes fournis par la motilité. D'abord, augmentation ou perversion des mouvements.

Contractures.

Pour l'encéphale :	
Du côté hémiplégie,	3 fois.
Des deux côtés avec hémiplégie simple,	3
Du côté opposé à l'hémiplégie,	1
Des deux côtés sans paralysie,	4
	total, 11
Roideur,	1
Convulsions,	4
Agitation,	4
Convulsions et contractures,	1
	total, 10

Pour la moelle épinière :

Contractures,	2
Convulsions,	3
Roideur tétanique,	1
	total, 6

Cas dans lesquels la contracture n'est pas indiquée :

Dans une observation de M. Rostan la contracture n'est pas indiquée, peut-être a-t-elle duré peu de temps,	1
Id. sang dans les ventricules seuls,	2
3 fois pas d'indication,	5
Dans 6 observations de rupture de vaisseaux rapportées par M. Serres, elle n'est pas indiquée. Dans les autres cas de rupture rapportés par les auteurs elle existe constamment,	6
Chez un hémiplégique,	1
Mort subite,	1
	total, 14
	Totaux, 41

Il n'est personne qui ne sache combien la contracture est un phénomène passager; aussi je pense qu'elle a dû exister pendant un certain temps chez presque toutes ces personnes qui semblent faire exception; seulement on n'a pas eu occasion de la constater dans la plupart des cas.

Perversion du mouvement des yeux.

Yeux tournés en haut (il y avait du sang à la base du cerveau et à la face supérieure).	1
Id. (épaississement fibro-cartilagineux autour des nerfs optiq.)	1
Strabisme (1 fois sang à la partie supérieure du cerveau, 1 fois à l'inférieure),	2
	4

Mouvement diminué.

Hémiplégie simple,	6
— double,	2
Paralysie générale,	4
	12 fois sur 40 cas.

Paralysie de la langue.

Il y a eu plusieurs fois de la gêne dans la parole, mais la déviation de la langue n'existe pas dans un seul cas.

Déviation de la commissure labiale,	2
Engourdissements,	1
Fourmillements,	1

Mais il ne suffit pas de mettre sous les yeux du lecteur cette sèche nomenclature: il faut comparer

ces symptômes aux causes matérielles qui les ont produits, et expliquer l'influence des seconds sur les premiers. Le phénomène le plus important dans les troubles de la motilité, est certainement la paralysie des membres, qui s'est montrée douze fois dans nos observations: résultat bien remarquable, regardé comme impossible par M. Serres. Aussi, à l'occasion de ce symptôme, je me sens entraîné irrésistiblement à discuter la question de l'influence de la compression par l'épanchement des liquides sur le cerveau, et à tâcher de démontrer qu'elle n'est pas le moins du monde contestable. Ensuite je chercherai à expliquer comment, dans certains cas, avec des lésions en apparence identiques, il s'est manifesté tantôt une paralysie bien tranchée, tantôt seulement du coma.

D'abord je crois qu'il est bon de citer quelques exemples de paralysie bien nette.

Observation de M. Longet, à Bicêtre.

« Un homme âgé de soixante-treize ans entre à l'infirmerie le 27 juin 1833; il a de la céphalalgie. Le 12 juillet celle-ci augmente: bras droit lourd, à sensibilité obtuse. Le 13 ces symptômes deviennent plus caractérisés à droite. Le 14 juillet hémiplégie complète. Déviation de la commissure. Mort le 17. Vaste coagulum sanguin enkisté comprimant l'hémisphère gauche; rien dans la substance cérébrale. » (Thèses de Paris, 1833, n° 94.)

Observation de M. Rostan.

« Chevalier, soixante-dix-neuf ans, entre le 28 mai à l'infirmerie de la Salpêtrière, et exécute bien toutes ses fonctions. Le lendemain elle est paralysée complètement du côté droit, s'affaiblit, et meurt le 2 juin. A l'autopsie, épanchement de sang occupant presque tout le côté gauche de la tête. Rien autre chose dans le cerveau. » (Rostan, *Ramollissement du cerveau*, p. 596.)

Voici une autre observation encore plus concluante, s'il est possible, puisque l'hémiplégie disparut en même temps que le sang épanché sous les os fut évacué par le trépan.

Observation recueillie par M. Cassan à la maison de santé.

« Un menuisier tombe d'un troisième étage sur le pavé, puis dans une cave; il ne perd pas le mouvement, car il monte lui-même dans un fiacre.

Arrivé chez lui, pesanteur de tête, douleurs aux poignets; il perd la parole. On le porte à la maison de santé. Cinq heures après l'accident un peu de coma; paralysie des membres gauches; il remue bien ceux du côté droit.

Le lendemain Béclard prononce qu'il y a un épanchement de sang à droite, lequel doit être produit par la rupture de l'artère méningée moyenne. On trépane à droite, on trouve une couche de sang d'un pouce d'épaisseur. Décollement de la dure-mère dans l'étendue de quatre à cinq pouces. Rupture de l'artère méningée moyenne. Il y avait un grand verre de sang épanché: on l'évacua. Le malade, remis dans son lit, avait recouvré la connaissance,

et soulevait les membres gauches qui ne lui paraissaient plus qu'engourdis. Le lendemain la dure-mère était presque revenue au niveau de la surface du crâne. Les mouvements libres des deux côtés. Guérison parfaite au bout d'un mois.»

Ainsi, voilà trois observations bien authentiques d'hémiplégies causées par un épanchement de sang à la surface du cerveau, faits qui sont en contradiction formelle avec l'assertion formulée par M. Serres, qui affirme que toutes les fois qu'il y a seulement épanchement de sang à la surface du cerveau il n'y a pas de paralysie, que celle-ci ne se manifeste jamais que quand il y a lésion de la substance cérébrale elle-même.

Maintenant que je crois avoir démontré que cette proposition n'est pas aussi vraie que quelques personnes le croient encore aujourd'hui, je pourrais à la rigueur me contenter des preuves que je viens de fournir, et ne pas chercher à réfuter les inductions et les raisonnements sur lesquels s'appuie M. Serres, pour faire admettre son opinion. Mais évidemment, puisque les propositions que ce savant anatomiste met en avant ne sont pas exactes, les faits qu'il cite et les conclusions qu'il en tire sont susceptibles de se prêter à d'autres interprétations. Dans son travail, il emprunte successivement ses arguments à la physiologie expérimentale, à la marche de certaines apoplexies, et à l'anatomie pathologique. Je vais tâcher de le suivre dans chacune de ces divisions.

1° Physiologie expérimentale.

M. Serres ouvre le sinus longitudinal sur des animaux, ferme la plaie du crâne; et ceux-ci n'éprouvent rien, pas de paralysie; rien de plus facile à comprendre, car le sang qui s'écoule du sinus en sort avec si peu de vitesse, qu'il ne peut en aucune manière surmonter le ressort du cerveau: condition indispensable pour qu'il puisse déterminer les phénomènes de compression (cependant chez l'homme un cas de rupture du sinus latéral qui appartient à M. Sanson, et que je rapporterai plus loin, a déterminé une paralysie incomplète; ce qui prouverait, après tant d'autres preuves, qu'il ne faut pas conclure rigoureusement des animaux à l'homme). La preuve qu'il en est ainsi, c'est que M. Flourens, qui a répété les expériences de M. Serres, mais en ouvrant une artère au lieu d'une veine, a obtenu des résultats diamétralement opposés, c'est-à-dire que quand après la section de l'artère cérébrale antérieure il forçait le sang à s'accumuler dans la cavité crânienne, il en résultait, du côté du mouvement et du sentiment, des troubles proportionnés à la quantité du liquide épanché. Venait-il au contraire à lui livrer un libre passage, aussitôt l'animal reprenait ses sens, et la faculté de se mouvoir à vue d'œil et d'une manière graduée, à mesure que le liquide, cessant de comprimer l'encéphale, était évacué au dehors. D'ailleurs, M. Serres ne dit-il pas, dans une de ses expériences, qu'ayant enfoncé un bouchon à travers une ouverture faite au crâne il a déterminé une hémiplégie.

Après avoir montré l'innocuité des épanchements sur les animaux, M. Serres cherche à prouver qu'il

en est de même chez l'homme; il cite plusieurs observations dans lesquelles un vaste épanchement de sérosité à la surface du cerveau n'a déterminé aucun symptôme apoplectique. Je répondrai que, dans ce cas, l'épanchement de sérosité s'est fait assez lentement pour accoutumer l'encéphale à sa présence, qu'un pareil résultat n'est pas plus difficile à comprendre que l'intégrité parfaite des fonctions chez les hydrocéphales, dont le cerveau est certainement comprimé d'une manière extraordinaire; que chez les personnes qui meurent avec des tumeurs volumineuses qui n'ont déterminé de désordres fonctionnels que dans les derniers temps de la vie, quoique certainement leur existence remontât à une époque bien antérieure.

M. Serres arrive ensuite à citer deux observations dans lesquelles du sang a été trouvé soit à la surface du cerveau, soit dans son intérieur, sans que pendant la vie on eût observé la moindre trace de paralysie (l'une est citée par Valsalva (Morgagni, cinquième lettre), je n'ai pu la trouver; l'autre est de Bonet, *Sepulchretum*). Je répondrai, pour la première observation qui est relative à un vieillard dans le ventricule cérébral duquel on trouva un caillot de sang, que ce caillot pouvait être assez peu volumineux pour n'avoir donné lieu à aucun symptôme, surtout s'il n'avait pas été épanché brusquement. Dans la seconde observation, celle de Bonet, il n'y a aucune espèce de détails: il est dit seulement que chez un Polonais mort sans symptômes apoplectiques on trouva un épanchement entre les méninges et dans le cerveau lui-même. Je dis que le manque de détails force d'attacher peu d'importance à cette observation, dont la conséquence serait que la rupture des fibres encéphaliques peut ne donner lieu à aucun symptôme, fait trop anormal, quoiqu'il ait été observé à de rares intervalles, pour commander la confiance; il n'est pas entouré de toute l'authenticité désirable. D'ailleurs, admettrait-on que l'observation est tout à fait authentique, je dirais que le sang s'est épanché petit à petit, et même il serait prouvé qu'il s'est épanché brusquement, comme il est des cas dans lesquels la rupture des fibres encéphaliques n'a été suivie d'aucun symptôme, et comme on n'en conclut pas que cette rupture n'est pour rien dans les paralysies ordinaires, je ne concluerai pas non plus d'un cas unique isolé d'épanchement subit à la surface du cerveau, que la compression de l'encéphale dans ces circonstances ne détermine aucun trouble dans les fonctions.

M. Serres demande qu'on veuille bien lui expliquer comment il se fait que dans les fièvres intermittentes apoplectiques les phénomènes de compression disparaissent et reparaissent alternativement; admettra-t-on, dit-il, que le liquide épanché est tour à tour résorbé et réexhalé. On ne peut accueillir une explication aussi invraisemblable: donc la compression produite par les liquides n'a aucune influence sur la production des symptômes apoplectiques. Certes, la réponse serait difficile s'il y avait bien réellement dans cette maladie épanchement de sang, hémorragie cérébrale; mais voici comment les choses paraissent se passer, et les détails que je vais donner, je les tiens de M. Dequevauviller, ex-sous-aide-major à Alger, maintenant élève distingué des

hôpitaux civils. Pendant son séjour dans cette ville, il a eu assez souvent occasion de voir des fièvres intermittentes apoplectiques. Pendant les accès, les malades sont, il est vrai, en apoplexie, quelquefois même en hémiplégie; mais il ne faut pas croire que dans les intervalles des accès le retour à la santé soit parfait; il reste toujours un engourdissement, une somnolence, qui montre que la congestion ne s'est pas dissipée tout entière. De plus, il arrive quelquefois qu'au milieu d'un accès le malade tombe dans un coma complet et est pris d'accidents excessivement rares qui se terminent par la mort; dans ce cas, à l'autopsie on trouve un épanchement de sang dans la substance cérébrale, épanchement de sang qui, d'après des caractères anatomiques, remonte à la même époque que les derniers accidents, et jamais au commencement de la fièvre intermittente, comme il est aisé de s'en assurer quand la mort a eu lieu, par exemple, au troisième accès d'une fièvre tierce; car alors il y a six jours d'intervalle entre l'invasion et la terminaison de la maladie.

Le quatrième argument de M. Serres est le suivant: «On trouve souvent chez des personnes qui avaient eu des symptômes d'apoplexie, et chez lesquelles ces symptômes avaient disparu, plusieurs foyers contenant du liquide; si la paralysie avait été causée par sa présence, il aurait dû disparaître en même temps que la paralysie.»

A quoi je réponds d'abord que, dans le cas en question, quand à la suite de paralysie guérie on a trouvé un épanchement, le liquide avait pu considérablement diminuer de quantité, ou habituer le cerveau à sa présence, de manière à ne plus exercer qu'une très-faible compression, de sorte que les symptômes avaient pu disparaître; mais en outre dans l'hémorragie cérébrale, il y a autre chose que la compression du liquide, il y a par-dessus tout la rupture de la substance nerveuse. Quand, malgré cette rupture, les fonctions abolies momentanément se rétablissent, cela tient à ce que les parties voisines ont suppléé aux parties détruites, ou à ce que le passage des impressions s'est rétabli; peut-être même la présence du liquide n'est-elle pas indifférente. Dans ce cas, au moins, je serais porté à le penser, en me rappelant la disposition curieuse que les anatomistes ont rencontrée chez certains animaux, dans lesquels la communication entre la partie supérieure et inférieure de la moelle n'est établie que par les membranes et un liquide. Mais quoi qu'il en soit, je pense que si la paralysie, dans les cas d'hémorragie cérébrale n'était pas produite par la rupture des fibres nerveuses, elle pourrait l'être par l'épanchement de liquide, comme le prouvent une multitude d'observations dans lesquelles un épanchement un peu rapide de sang dans les ventricules a donné lieu à une hémiplégie du côté opposé. Or, maintenant que j'ai combattu une à une les assertions de M. Serres, je vais rapporter des observations que j'opposerai à celles qu'il a citées, observations qui, par la manière dont elles se soutiennent et s'appuient, me paraissent former un faisceau de preuves inébranlables:

1° «Un homme ivre tombe; hémorragie par l'oreille pendant trois jours, au bout desquels il fait deux lieues avec agilité; au retour le sang s'arrête

aussitôt. Résolution des membres du côté droit. Mort le soir. A l'autopsie, rupture du sinus latéral gauche et épanchement.» (Sanson, *des Hémorragies traumatiques*, pag. 201.)

2° «Un malade est frappé d'hémiplégie à droite et meurt en cinq jours. A l'autopsie carie du pariétal gauche, rupture d'un vaisseau, épanchement de sang.» (Abercrombie, p. 350.)

3° «Un homme a une attaque d'apoplexie et est hémiplégie du côté gauche. Il se rétablit au bout de dix-huit mois et meurt d'une pneumonie. On trouve à l'autopsie dans le ventricule droit du cerveau des traces d'un épanchement de sang.»

4° «Le cardinal Sanvitali est frappé d'hémiplégie gauche. Il meurt. On trouve un épanchement de sang dans le ventricule droit (il est juste de dire qu'en même temps il existait une lésion dans le cerveau, mais peu considérable).» (Morgagni, p. 114, t. 1.)

5° «Un homme a une hémiplégie gauche. On trouve à l'autopsie un épanchement à droite, entre le crâne et la dure-mère.» (P. 155, t. 1, id.)

6° «Tita succombe avec une hémiplégie gauche. A l'autopsie, sang dans le ventricule droit.» (P. 166.)

7° «Un homme a une hémiplégie gauche. On trouve à l'autopsie un épanchement de sang à droite en dehors du cerveau.» (P. 175.)

8° «Un homme meurt avec une hémiplégie droite. On trouve à l'autopsie une rupture de la carotide gauche.» (P. 186.)

9° «L'ambassadeur danois meurt avec une hémiplégie gauche. On trouve à l'autopsie du sang dans le ventricule latéral droit.» (P. 188.)

10° «On trouva un caillot sanguin épanché autour du trou occipital chez une personne qui avait eu une paralysie des quatre membres.» (Abercrombie, p. 315.)

11° Dans Lapeyronie (t. 1, p. 250, *Mém. acad. chirurg.*) on trouve l'observation d'une plaie avec fracture du crâne, qui détermina au bout d'un mois des symptômes de compression du côté opposé. On enleva des esquilles par le trépan: pas d'amélioration. On incise la dure-mère et donne issue au pus qui comprimait; les symptômes disparaissent.

12° et 13° Dans le livre de MM. Martinet et Parent Duchâtelet, on lit deux observations, dont l'une est de M. le docteur Herpin, chirurgien de l'hôpital de Tours, et qui sont remarquables par la présence d'une hémiplégie causée par du pus épanché du côté opposé. M. Roux (*Bibl. médicale*, avril 1821, p. 592), rapporte une observation dans laquelle le trépan fit cesser les symptômes de compression causés par du pus épanché. M. Dequevauviller m'a raconté avoir observé le fait suivant à Strasbourg: «une petite fille tombe d'un arbre sur un côté de la tête; au bout de quelque temps hémiplégie du côté opposé. On trépane, on fait sortir le pus; au bout de peu d'instants elle recouvre l'exercice du mouvement.»

Je ne veux pas citer davantage d'observations de ce genre, ce serait inutile; cependant je ne crois pas qu'il y ait d'inconvénient de prouver à satiété combien est fautive l'opinion de personnes qui ne veulent accorder aucune influence à la compression