

produite par les liquides dans les épanchements à la surface du cerveau.

Mais je n'ai pas encore achevé ma tâche, il faut maintenant expliquer pourquoi il y a des cas où la paralysie n'a pas lieu avec des épanchements considérables, tandis qu'on la rencontre au contraire avec une faible accumulation de liquide; comment enfin un épanchement d'un seul côté peut paralyser deux côtés à la fois. Je vais citer successivement un exemple de chacune de ces anomalies dont je tâcherai de démêler la cause.

PREMIER CAS. — *Épanchement de sang considérable sans paralysie.*

Obs. I. — Le nommé Bourg..., employé à Bicêtre, âgé de quatre-vingt-sept ans, s'est toujours bien porté; il n'a jamais rien éprouvé du côté du cerveau; depuis le 1<sup>er</sup> avril environ il est devenu un peu paresseux, il ne sort que difficilement et reste constamment auprès de son poêle. Le 20 avril au soir, après avoir dîné modérément, comme à l'ordinaire, il éprouve un peu de malaise, la nuit il dort mal et se plaint de ce que son dîner lui pèse; le lendemain 21 le malaise persiste et de plus le malade cesse de parler aux personnes qui l'entourent, ses yeux deviennent fixes. Il vomit deux fois avec efforts violents. Le même jour, à midi, il présente l'état suivant: homme gras, pléthorique, robuste, mais à chairs un peu flasques: la tête est depuis deux ou trois jours le siège d'une vive douleur, cette douleur existe surtout en avant; le malade parle à peine, et ne reconnaît pas ceux qui l'entourent; la respiration est naturelle, il n'y a pas de fièvre; le ventre est un peu douloureux, le malade a des nausées et des hoquets, les membres sont sensibles et mobiles (deux grains d'émétique); le malade vomit deux fois et se trouve soulagé, cependant la parole ne revient pas; la nuit, même situation; le matin, à six heures, la respiration s'embarasse et devient bruyante, le pouls est plein, un peu fréquent, irrégulier (le malade avait une hypertrophie du cœur); il porte souvent la main à la tête; à dix heures contracture des deux poignets, mains fléchies sur l'avant-bras assez fortement; une saignée du pied est pratiquée, et un drastique administré; la respiration, qui était devenue plus libre, s'embarasse de nouveau, et le malade succombe à une heure de relevée; la contracture avait fait des progrès jusqu'au dernier moment.

L'autopsie est faite le lendemain à neuf heures.

Les enveloppes externes et internes du crâne sont gorgées de sang. Il en existe une énorme quantité entre l'arachnoïde et la pie-mère, il est amassé surtout dans les points où existent ordinairement des réservoirs de sérosité, à la base du cerveau surtout; le sang est rouge, en caillot, mêlé à de la sérosité; il s'est infiltré dans le canal vertébral jusqu'au milieu de la queue de cheval; les ventricules sont remplis de sérosité sanguinolente sans caillots; les artères du cervelet de la moelle et le cerveau ne présentent que de très-légères plaques crétacées; du reste le tissu des centres nerveux est dans un état d'intégrité parfaite.

Dans cette observation, le malade nous présente

des symptômes qui se compliquent graduellement depuis le commencement jusqu'à la fin: une invasion assez lente; une première période caractérisée par du malaise, et la diminution de l'intelligence; puis des contractures. Nous n'observons pas ici de paralysie, pourquoi? parce que l'épanchement du sang a été graduel, parce qu'il s'est disséminé à toute la surface du cerveau et à une partie de la moelle épinière, et parce qu'ainsi éparpillée pour ainsi dire, la compression n'a pas eu assez d'énergie pour vaincre le ressort du cerveau et donner lieu à la paralysie des membres.

DEUXIÈME CAS. — *Épanchement de sang peu considérable, avec paralysie.*

Obs. par M. Durand-Fardel. — Un vieillard entra à l'infirmerie de Bicêtre en février 1856; depuis quelques jours cet homme se laissait fréquemment tomber à terre; il avait la face très-rouge, de l'affaissement, point de fièvre, la langue était sèche et fendillée: le malade n'accusait aucune douleur et refusait tout secours; les mouvements étaient libres.

Le lendemain, à la visite, on lui trouva le côté gauche paralysé; le bras soulevé retombait lourdement, et le mouvement semblait causer des vives douleurs, exprimées par les cris du malade, le bras droit était fortement contracturé.

Le malade est couché sur le dos, la parole est abolie, l'intelligence paraît nulle, la langue est droite et la bouche non déviée; le pouls est plein, peu vif, la peau chaude et sèche.

Une saignée du bras donne peu de sang, un lavement ne procure pas de selle.

Mort dans la journée.

Entre les deux feuillettes de l'arachnoïde on trouve en dehors, dans le tiers antérieur de la face supérieure de l'hémisphère droit, un caillot de sang épais de deux lignes, de la grandeur d'un écu de six francs. Il est assez circonscrit et présente des adhérences; il est enveloppé de tout côté par une fausse membrane; un autre caillot moins consistant occupe une partie de la fosse occipitale gauche et s'étend jusqu'au pariétal du même côté; injection de la pie-mère et de la substance cérébrale, surtout à droite.

Chez cet homme il existait depuis quelques jours une forte congestion cérébrale, quand tout à coup un épanchement de sang s'étant fait chez lui dans la cavité de l'arachnoïde, il en est résulté une hémiplegie subite; cet épanchement du côté droit était circonscrit et assez épais; du côté opposé vous voyez qu'il y a aussi un épanchement, mais étendu, disséminé, non circonscrit: celui-là n'a pas déterminé de paralysie.

TROISIÈME CAS. — *Comment le liquide épanché d'un seul côté peut-il produire la paralysie des deux?*

Obs. — Une femme de soixante-trois ans, hémiplegique depuis huit ans, éprouve en 1822 une contrariété vive et perd connaissance. En même temps paralysie des membres. Elle meurt bientôt, quatre jours après l'invasion.

A l'autopsie, la dure-mère ayant été perforée, il sort beaucoup de sang; cependant la tension de la membrane persistant à gauche, on l'incise en cet endroit et on trouve une énorme quantité de sang noir, coagulé. La quantité de sang épanché a refoulé l'hémisphère gauche sur le droit, de manière à comprimer ce dernier. (Rostan, *Recherches sur le ramollissement cérébral*, p. 598.)

Cette observation est fort remarquable en ce qu'il existait une paralysie des deux côtés, sans lésion double apparente du cerveau; mais M. Rostan a bien soin de faire remarquer que l'hémisphère gauche, quoique seul en rapport avec le liquide, n'en comprimait pas moins le droit. En effet, un liquide épanché dans un espace quelconque exerce dans tous les sens une pression parfaitement égale; si c'est entre le temporal et la surface externe d'un hémisphère, par exemple, que l'épanchement a lieu, alors le sang fait effort, d'une part, contre les os qui lui résistent, d'une autre, contre l'hémisphère voisin qui, à son tour, transmet la pression à celui du côté opposé, et en définitive à la paroi crânienne, qui est, elle, incompressible, de sorte qu'un épanchement à la surface de l'hémisphère gauche peut aussi comprimer l'hémisphère droit. Il y a de plus en haut et en bas une pression du liquide qui tend à se former un espace entre les enveloppes cérébrales. J'ai été fort heureux en réfléchissant à la manière dont on pourrait expliquer ces paralysies doubles avec compression d'un seul côté, et, après m'être arrêté à la théorie que je viens de développer, de trouver dans le livre de M. Rostan une explication basée sur le même principe.

De cette généralité de la compression dans l'apoplexie méningée il résulte qu'il est bien difficile de tirer des observations quelques lumières qui puissent éclairer la physiologie de l'encéphale. Trois cas seuls peuvent être étudiés sous ce point de vue:

Observation de sang épanché sous le cervelet et autour de la moelle; il y avait érection (p. 106, Olivier);

Paraplégie produite par la présence d'un caillot autour du trou occipital (p. 290, id.).

Paralysie des membres supérieurs avec un peu de diminution de la sensibilité; caillot en haut de la moelle à sa partie postérieure (p. 125, id.).

Durée : 3 minutes,	1 fois.
5 heures,	1
7	2
8	1
9	4
10	1
19	1
24	2
25	1
33	1
39	1
2 jours,	3
5	2
4	4
5	1
8	2
14	1

Durée : 28 jours,	1
6 mois,	1
Cas dans lesquels elle n'a pas été indiquée,	10
	41

Sur trente et un cas, la maladie a duré vingt-six fois moins de cinq jours, et cinq fois seulement plus; ainsi, c'est en général une maladie qui se termine rapidement. Cela seul suffirait pour empêcher de la confondre avec le ramollissement et une multitude d'autres maladies du cerveau qui toutes parcourent leurs périodes dans un espace de temps assez long.

Sa marche aussi est très-remarquable; malheureusement elle présente des variétés nombreuses qui rendent le diagnostic moins facile à établir.

Marche : Progressivement croissante,	12 fois.
Continue sans progrès,	6
Intermittente,	11
Continue du côté du mouvement, intermittente du côté du sentiment et de l'intelligence,	2
Avec deux périodes bien tranchées,	1
	32

Les formes sont très-variées; elles peuvent être rapportées à deux types principaux qui se subdivisent en six formes secondaires.

PREMIÈRE FORME PRINCIPALE. — *Avec paralysie.*

Hémiplégie.	1 <sup>re</sup> forme secondaire
Paralysie générale.	2 <sup>o</sup> — —

DEUXIÈME FORME PRINCIPALE. — *Sans paralysie.*

Forme	continue.	coma continu,	5 <sup>o</sup>
		coma intermitt.	4 <sup>o</sup>
		convulsions, id.,	5 <sup>o</sup>

Donnons un exemple de chacune de ces formes :

PREMIÈRE FORME. — *Hémiplégie.*

J'en ai déjà donné un grand nombre d'exemples. On peut en trouver un, page 14, *Clinique médicale* de M. Andral. En voici une observation que j'ai recueillie avec mon ami M. Aubanel à Bicêtre, et qui présente ceci de remarquable, que l'hémiplégie avait lieu du même côté que la compression la plus marquée du cerveau à l'extérieur. C'est une singularité que je ne m'explique pas.

Obs. A. — Chassez, âgé de trente-six ans, fait partie depuis assez longtemps de la division des aliénés; il est taciturne et ne parle que quand on le questionne; le 28 juin 1857 il se plaint d'éprouver une grande faiblesse dans les membres; deux ou trois fois il se laisse tomber, alors on le met au lit. A la visite du 29 on examine le malade superficiellement; on constate seulement qu'il n'y a aucune paralysie, mais une

diarrhée abondante (vingt sangsues à l'anus); le 30, hémiplegie à droite. Un peu de contracture du même côté.

Le 1<sup>er</sup> juillet, le malade, examiné avec soin, présente les phénomènes suivants : le mouvement est presque aboli dans les membres du côté droit, cependant ils sont le siège d'une roideur bien caractérisée quand on veut les faire mouvoir; la sensibilité est à peu près nulle partout, la bouche n'est pas déviée, les yeux sont fermés, la respiration stertoreuse, les selles et urines involontaires (ventouses scarifiées, sinapismes).

Le 2, le malade est immobile, il semble endormi; quand on l'appelle par son nom, il ouvre les yeux, mais ne répond pas; un peu moins de contracture dans le bras droit, aucune roideur dans la jambe; le pouls est lent; le malade serre les dents et ne veut rien prendre.

Le 4, contracture revenue à droite, urines involontaires (même traitement).

Le 5, affaissement; le malade ne donne plus aucun signe d'intelligence; la bouche est un peu déviée, la pupille gauche dilatée; la respiration s'embarrasse; le 6, résolution générale; les joues se laissent distendre à chaque expiration, le pouls est d'une fréquence extrême, mort à onze heures du matin.

Autopsie. Du côté droit, la dure-mère est plus tendue que du côté gauche; on y sent, en avant surtout, une fluctuation manifeste; la dure-mère est colorée en noir; après l'avoir enlevée, on constate les altérations suivantes :

1<sup>o</sup> Hémisphère droit : à la face supérieure de cet hémisphère, dans ses deux tiers antérieurs se trouve, dans la cavité de l'arachnoïde, une poche pseudo-membraneuse peu adhérente à la séreuse; en avant, elle a refoulé le lobe antérieur, de manière à usurper sa place en partie; elle se prolonge aussi un peu dans la scissure interlobaire; cette poche est remplie de sang, on y trouve des caillots entièrement fibrineux, d'autres un peu décolorés; tous ces caillots se montrent en avant; en arrière, il n'y a presque que du sang liquide, noir, consistant comme de la gelée de groseilles; sa quantité totale est de six onces.

La fausse membrane qui constitue la poche offre une résistance assez grande; elle est mince cependant, celluleuse, transparente, sans traces bien évidentes de vaisseaux; elle adhère à l'arachnoïde viscérale, au moyen de canaux qui, partant de la pie-mère, semblent venir s'aboucher sur la fausse membrane; le foyer enlevé, on voit que le cerveau a été notablement aplati par le liquide, à tel point que le lobe antérieur ne ressemble plus qu'à une tranche mince d'un pouce d'épaisseur; la dépression diminue graduellement d'avant en arrière; les circonvolutions n'offrent aucune altération, les membranes sont seulement un peu imbibées.

2<sup>o</sup> Hémisphère gauche :

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est recouvert dans toute l'étendue de la face supérieure de l'hémisphère par une fausse membrane celluleuse, simple en arrière, double en avant, où elle renferme quelques cuillerées de sérosité sanguinolente, et un caillot de sang dans l'épaisseur d'un de ses feuillets; ce

sac se continue avec celui du côté opposé en avant au-dessous de la faux, par un prolongement, à la base du cerveau, dans toute l'étendue de la face inférieure du lobe antérieur, par une large communication; les nerfs olfactifs et optiques sont jaunâtres.

L'arachnoïde viscérale de ce côté gauche, présente des taches qu'un filet d'eau ne peut enlever, de plus la substance grise offre une coloration rouge assez considérable.

#### DEUXIÈME FORME. — Paralyse générale.

Un homme de soixante-treize ans ressent, en mars 1822, des engourdissements à droite, plus tard à gauche; la paralysie augmente, et, vingt-trois jours après sa première apparition, hémiplegie droite complète, gauche incomplète. Mort le vingt-quatrième jour. A l'autopsie, épanchement de sang à la surface du cerveau, plus considérable à gauche, moins au contraire à droite. (Andral, *Clinique médicale*, cinquième volume, page 11.)

#### TROISIÈME FORME. — Coma continu.

Obs. B. — Heller, âgé de trente-neuf ans, entre dans le service des aliénés à Bicêtre le 20 mai 1837; on n'a pas de renseignements sur ses antécédents. Le jour de son admission il est en proie à un délire maniaque furieux, cinq ou six hommes sont nécessaires pour le contenir; toute la nuit se passe au milieu du délire et d'une agitation extrême, mais, vers cinq heures du matin, tout à coup le malade se tait, reste immobile et tombe dans un coma profond. Vers neuf heures nous le trouvons dans l'état suivant : Coma profond, insensibilité complète, résolution générale, les membres, pincés, n'exécutent aucun mouvement, yeux fermés, bouche non déviée, face rouge injectée, respiration stertoreuse, pouls fort développé, d'une fréquence médiocre (saignée, lavement purgatif, sinapismes). L'état du malade reste le même, et il meurt à deux heures du soir.

Autopsie. Les téguments du crâne et du dos sont gorgés de sang. Les membranes du cerveau ne présentent aucune altération de texture, mais, dans la grande cavité de l'arachnoïde, existe un vaste épanchement sanguin; il occupe toute la face supérieure de l'hémisphère droit, de là se prolonge vers la base du crâne et occupe toute la face inférieure du cerveau de ce côté; la plus grande quantité de sang se trouve sur la face supérieure; ce sang est noir, sous forme de caillots et d'une gelée très-épaisse : il y en a six onces environ; le peu de sang qui se trouve à la base du cerveau est liquide et peu consistant. Une certaine quantité de ce liquide pénètre dans le canal vertébral, et entoure la moelle allongée.

Sur la face supérieure de l'hémisphère malade on trouve deux plaques d'un pouce d'étendue, d'une rougeur très-vive, ne disparaissant pas par un filet d'eau, et ayant leur siège sur l'arachnoïde viscérale. Dans le point qui correspond à une de ces plaques, se trouve une très-petite veine qui semble déchirée; les ventricules ne renferment pas de liquide; la voûte à trois piliers est bien moins consistante qu'à l'état normal, le reste du cerveau paraît sain.

#### QUATRIÈME FORME. — Coma intermittent.

Obs. C. Un homme de soixante-trois ans est pris d'apoplexie le 2 mai au matin : on le saigne, et le 3 au matin il semble rétabli; à deux heures, attaque nouvelle, connaissance le 4 au soir, puis coma; le 5, connaissance pendant trois heures, puis coma, puis un quart d'heure de connaissance; le 6, connaissance pendant une heure et demie; le 8, un peu de connaissance, et le soir pendant plusieurs heures; le 9, coma; le 10, connaissance; le 12 un peu de coma; le 13, coma profond; mort le 16. Épanchement abondant de sang à la surface du cerveau. Toutes ces intermittences tiennent, j'en suis convaincu, à ce que le cerveau s'habitue, au bout d'un certain temps, à la compression du liquide exhalé, et reprend ses fonctions; mais bientôt une nouvelle quantité venant à s'épancher, le coma reparait, et ainsi de suite. (Abercrombie, p. 537.)

Voici une observation qui est fort curieuse, en ce qu'au coma intermittent succéda, quand l'épanchement sanguin fut devenu trop considérable, une hémiplegie bien caractérisée. A l'autopsie, la nature même de l'altération pathologique, qui avait permis au sang de s'échapper, démontra que celui-ci avait dû se répandre par intervalles.

Obs. D. — Le 28 novembre 1837 entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Bernard, chez M. Petit, le nommé A. Leroux, âgé de cinquante-sept ans, teinturier.

Cet homme n'a jamais été malade; il y a deux ans et demi il est devenu un peu sourd et en même temps sujet à des pesanteurs de tête, étourdissements et bourdonnements d'oreille; il y a trois mois, cette incommodité, dont il était débarrassé, avait reparu pour cesser encore au bout de quinze jours; du reste il était sobre, prenait thé et café chaque jour; la semaine qui précéda sa mort, il se porta bien et mangea comme d'habitude; le 26 au soir, il éprouva une violente émotion; la nuit il fut très-agité; cependant le lendemain il alla à son atelier de teinture; à deux heures et demie un léger repas fait, il fut mal à l'aise et devint pâle. On le fit rentrer chez lui; en route il se plaignit, et, arrivé chez lui, il monta d'un pas ferme jusqu'au deuxième; la dernière marche franchie, il tombe la face contre terre. Une voisine qui le suivait le relève; en dix minutes il a recouvré connaissance, se plaint de souffrir de la tête, et vomit; la nuit il gesticule, bat sa femme; le matin sa raison est revenue, il parle sensément; à deux heures il accuse de vives douleurs partout; à trois heures il pousse un cri de douleur et tombe sans connaissance; la respiration devient stertoreuse, la bouche écumeuse; on porte à l'Hôtel-Dieu le malade sans connaissance.

Le soir à sept heures il présente l'état suivant :

Homme grand et fort, quoique un peu maigre, col allongé; sentiment obtus partout, mais absolument nul à gauche, médiocre à droite; yeux fermés, pupilles un peu sensibles à la lumière; narine gauche immobile, la droite se dilate et se resserre à chaque inspiration; la joue gauche est paralysée, la commissure labiale est déviée à droite, la langue ne peut être examinée; le bras gauche est en résolution complète, la jambe gauche est contractée, mais ne se meut pas quand on pince le malade. Le côté droit

est fortement contracturé; les deux côtés de la poitrine se dilatent de la même manière; la face est rouge, colorée, le pouls plein, régulier à quatre-vingt-dix; la respiration égale, la peau chaude et suante; pas d'évacuation de matières, mort le 29 à une heure après midi.

A l'autopsie, roideur cadavérique très-prononcée; écume à la bouche.

Les vaisseaux du cuir chevelu du diploé et de la dure-mère sont gorgés de sang; celle-ci enlevée, on voit que l'arachnoïde viscérale est soulevée en avant à la face supérieure et inférieure des hémisphères, à droite surtout, par un épanchement de sang considérable; tout le tissu cellulaire placé sous la pie-mère en est gorgé jusqu'au fond des anfractuosités les plus profondes. La quantité de sang épanché est de dix onces; ce liquide est presque noir, sous forme de gelée de groseilles; en examinant avec soin les artères de la partie, on trouve que la carotide interne droite, un peu avant de donner les cérébrales antérieure et moyenne, et la communicante postérieure, est enveloppée de volumineux caillots; en les détachant par un filet d'eau, on voit que, dans ce point, l'artère présente sur la moitié de son cylindre qui est tournée vers le cerveau une ouverture circulaire à bords irréguliers; son diamètre est de trois lignes environ. Cette ouverture est creusée au fond d'une dilatation anévrysmale, qui présente ceci de remarquable, que la partie du cylindre artériel dilaté que formait un cône s'est détachée du vaisseau de tous côtés, excepté dans un point par lequel cette espèce de soupape tient au vaisseau, comme le couvercle d'une boîte au corps de celle-ci par une charnière; dans le point précis de la rupture, l'artère était infiltrée de matière athéromateuse; dans les parties voisines, elle renfermait un caillot qui s'étendait de la cavité artérielle à l'extérieur en adhérant à son orifice accidentel; les ventricules encéphaliques sont remplis de sérosité rouge; les artères encéphaliques sont minces et friables quoiqu'elles ne soient ni indurées, ni ossifiées en aucun point; l'encéphale et la moelle sont injectés notablement dans toute leur épaisseur. Le cœur est entouré de sérosité sanguinolente; il est gorgé de sang, ainsi que les autres viscères; son ventricule gauche offre une épaisseur normale.

#### CINQUIÈME FORME. — Convulsions intermittentes.

Obs. E. Un homme de trente-quatre ans éprouve, après une course exagérée, de violents maux de tête. Vers midi, accès simulant une attaque d'épilepsie; dans le reste du jour, d'autres plus légers; à minuit, un qui pense l'emporter, et le lendemain, à dix heures, accidents très-violents et mort. A l'autopsie, à droite en arrière, sang venant de la rupture du sinus longitudinal supérieur.

Quelquefois l'épanchement de sang de la surface du cerveau n'est pas caractérisé par des symptômes appréciables; quand le sang s'épanche en petite quantité et lentement, il peut ne déterminer aucun accident : c'est presque toujours de cette manière que se font les épanchements qui se montrent comme complication de graves altérations du cerveau.

Après avoir montré un à un, dans leur rapport de fréquence, les symptômes de l'apoplexie méninge

gée; après avoir placé sur le même plan tous ces signes, les uns si rares ou si variables, les autres si communs, qu'ils sont presque constants, il me paraît indispensable, sous peine de laisser dans l'esprit une idée bien vague et confuse de la maladie, d'en tracer un tableau rapide, en ayant soin de faire ressortir sur les premiers plans les objets les plus dignes d'attention et de laisser au contraire dans le lointain les accidents passagers, vagues, accessoires, qui ne sont pas indispensables à la ressemblance du portrait.

Après des prodromes qui peuvent manquer dans quelques cas, et qui consistent le plus souvent dans de la céphalalgie, quelquefois dans de l'agitation, de la faiblesse des membres, de l'assoupissement, rarement des engourdissements; prodromes qui vont le plus souvent en augmentant jusqu'à l'invasion de la maladie, et qui remontent quelquefois à une époque éloignée, on voit se manifester d'une manière graduelle ou subite, mais plus souvent subite, des troubles du sentiment, du mouvement et de l'intelligence qui constituent une seconde période de la maladie; puis, dans l'hémorrhagie des membranes du cerveau, la céphalalgie devient plus vive. Si c'est un épanchement rachidien, le malade ressent une souffrance aiguë et quelquefois une sensation brûlante; en même temps, après un espace de temps plus ou moins long, le malade tombe dans le coma, ou en paralysie, ou il est pris de convulsions. Dans le premier cas, le coma est complet, et alors le malade est plongé dans un assoupissement dont rien ne peut le retirer, ou incomplet, et alors s'il n'a pas tout à fait perdu la sensibilité, il se réveille quand on l'excite, et cherche à se mettre en rapport avec les objets extérieurs; quelquefois même il se présente sous forme intermittente, de manière qu'au bout d'un court espace de temps le malade, qui était plongé dans la stupeur la plus profonde, reprend ses sens, reconnaît les personnes qui l'entourent, et paraît revenir à la santé: vain espoir, qu'une nouvelle attaque va bientôt dissiper! Ou, en second lieu, il se manifeste une hémiplegie vague, d'abord indécise, et c'est là un des caractères les plus importants de l'hémorrhagie méningée; quelquefois celle-ci occupe un seul côté du corps, quelquefois les deux, et alors elle peut présenter des différences de chaque côté, relativement à son intensité; quelquefois cependant il existe une véritable hémiplegie double, mais c'est une chose très-rare; ou enfin il se manifeste des convulsions irrégulières, épileptiformes. Chez d'autres personnes, et c'est la majorité, ce sont de simples contractures, de la roideur des membres; en même temps, mais rarement, des évacuations involontaires viennent compliquer les accidents et prouver que la volonté perd peu à peu sa puissance. Dans quelques cas rares, il se manifeste du strabisme et des mouvements irréguliers des yeux; souvent aussi l'assoupissement, la stupeur se manifestent chez les personnes déjà paralysées; mais c'est là le commencement d'une dernière période dans laquelle les symptômes précédents sont portés au plus haut degré. Le coma devient plus profond, l'intelligence nulle; la sensibilité s'éteint tout à fait, s'il en restait quelques traces; les convulsions, s'il y en avait, deviennent plus fréquentes; la respiration stertoreuse, et la circulation

s'accélère le plus souvent à cette époque; ordinairement aussi la paralysie est nettement dessinée, parce qu'alors le sang, épanché en grande quantité dans les membranes, produit tous les phénomènes de la compression. Bientôt la conjonctive devient insensible, les contractures cessent, la respiration s'embarasse et suit dans sa marche irrégulière la circulation qui se précipite à intervalles inégaux. Les convulsions s'apaisent alors; quelquefois, mais le plus souvent, le délire s'éteint, et à l'agitation fait place une résolution complète, de sorte que le malade finit, comme la plupart de ceux qui meurent d'affection cérébrale, plongé dans un état de coma profond: dernier terme où viennent se confondre et s'engloutir, pour ainsi dire, toutes ces phases si diverses, ces nuances si variées que présentent, dans leur cours mobile, les maladies des centres nerveux. Cependant il arrive quelquefois, comme je l'ai montré, que les convulsions se prolongent jusqu'à la fin, et alors le malade passe tout à coup de l'agitation la plus violente au repos le plus absolu.

De l'étude des symptômes à celle du diagnostic il n'y a qu'un pas, puisque ce n'est que la comparaison des phénomènes que présente une maladie déterminée avec les phénomènes que présentent les maladies voisines. Il est clair d'abord qu'il faut séparer les hémorrhagies méningées en deux classes: celles qui s'accompagnent et celles qui ne s'accompagnent pas de paralysie.

#### 1. — Hémorrhagie méningée sans paralysie.

Cette maladie peut présenter de l'analogie avec une attaque d'épilepsie, la congestion cérébrale, l'encéphalite, la méningite et l'épanchement de sérosité.

1° *Epilepsie.* D'abord les cas d'apoplexie méningée avec symptômes épileptiformes sont extrêmement rares. Quand ils se manifestent, ils sont intermittents, par suite d'un mécanisme que j'espère avoir fait comprendre; or, je ne sache pas qu'il soit commun d'observer une attaque d'épilepsie interrompue de temps en temps par un retour complet à la santé; les deux affections ne débutent pas de la même manière; de plus, quand on voit des accidents épileptiformes se développer chez une personne qui n'a jamais présenté la moindre trace de cette maladie, on peut facilement présumer qu'on a affaire à une affection bien différente de l'épilepsie.

2° La congestion cérébrale simulé aussi très-bien plusieurs affections des centres nerveux; entre autres, l'hémorrhagie des méninges dont il est impossible souvent de la distinguer autrement que par sa marche, quoique les contractures et les mouvements convulsifs qui se manifestent le plus souvent dans la première maladie soient tout à fait étrangers à la deuxième. L'invasion brusque, l'instantanéité de la paralysie dans la congestion, sa lenteur dans l'hémorrhagie méningée, sont des signes importants; il n'en est pas moins vrai qu'il est à peu près impossible, dans le cas où une congestion produit du coma, de savoir si on a affaire à l'une ou à l'autre de ces maladies; d'autant plus qu'évidemment l'afflux de sang est une condition de l'exhalation de ce liquide dans les méninges. L'encéphalite ne peut être con-

fondu avec l'apoplexie méningée que dans sa dernière période; mais, dans sa première, quand il existe un mouvement fébrile bien caractérisé et des symptômes d'une forte réaction, il est difficile de prendre l'une pour l'autre. En effet, dans la première, signes d'excitation de différents appareils, de la sensibilité, caractérisée par la douleur, de la motilité par des convulsions ou contractures, des yeux par la photophobie; et dans la seconde, au contraire, sensations obtuses, coma, faiblesse des membres.

Passons maintenant aux maladies qui ont leur siège dans les méninges, à l'arachnitis d'abord. Ces deux maladies se distinguent par l'âge où elles se développent, la première étant très-commune de quinze à vingt ans; la deuxième, au contraire, de soixante à soixante-dix; par l'absence presque constante de délire chez l'une, sa présence chez l'autre; par l'intensité des phénomènes réactionnels qui se manifestent de mille manières différentes dans l'arachnitis, tandis que dans l'hémorrhagie méningée l'intelligence est abolie, les sens sont obtus et la sensibilité éteinte.

Cependant j'avoue qu'il me paraît fort difficile de les reconnaître dans une période plus avancée, quand l'épanchement de liquide vient compliquer l'inflammation; mais alors on a pour se guider les antécédents qui font reconnaître qu'à la simple inflammation de la membrane a succédé une exhalation plus ou moins abondante de liquide. Si c'est de la sérosité, nous avons les signes d'un épanchement séreux; si c'est du sang, c'est une hémorrhagie dans les méninges qui vient compliquer la méningite.

#### 2. — Hémorrhagie méningée avec paralysie.

On peut croire avoir affaire à une hémorrhagie dans la pulpe cérébrale, ou à un ramollissement.

L'apoplexie méningée diffère de l'apoplexie cérébrale par la présence presque constante de contractures, qui paraissent n'exister jamais dans le cas de rupture simple de l'encéphale, à moins qu'il n'y ait une inflammation de la pulpe ou passage du sang à la surface des membranes, et, dans ce cas, il y a une hémorrhagie méningée.

De plus il est rare que dans l'hémorrhagie méningée la paralysie se déclare brusquement, comme elle le fait dans le cas d'apoplexie cérébrale; dans celle-ci, le plus souvent, pas de symptômes précursseurs, invasion brusque au milieu de la santé la plus brillante, et accidents qui, en peu de temps, arrivent à leur plus haut période; jamais ou presque jamais vous ne remarquerez cette marche dans l'apoplexie méningée: elle est précédée de prodromes qui se manifestent lentement; se montre souvent chez les aliénés ou les vieillards en démence; le plus souvent la paralysie se fait sentir petit à petit, d'abord faible, ensuite plus marquée.

Maintenant passons au ramollissement; quand celui-ci présente une forme telle qu'une paralysie bien caractérisée ne se manifeste qu'après une période pendant laquelle une céphalalgie partielle continue, des engourdissements, des fourmillements dans les membres se sont développés petit à petit, précédant une attaque subite d'hémiplegie, le diagnostic est facile à établir, car les apoplexies mé-

ningées ne présentent pas ces caractères, mais ce peut être un ramollissement. Or un certain nombre d'altérations différentes, qui ont toutes pour caractère commun un ramollissement de la pulpe, peut déterminer des accidents subits. Ainsi l'apoplexie capillaire, quand elle est un peu étendue, le ramollissement rouge des circonvolutions, qui tous deux s'accompagnent de tuméfaction de la pulpe cérébrale, et d'autres ramollissements, soit avec injection vive, soit avec injection faible, peuvent simuler parfaitement l'hémorrhagie dans la substance cérébrale, sauf que, dans la première, il y a de la contracture presque toujours. Le ramollissement dans ces cas présentant la même physionomie que l'hémorrhagie cérébrale, je ne répéterai pas les différences qui me paraissent séparer les deux maladies; j'insisterai seulement sur la grande fréquence des symptômes apoplectiques, subits, produits par le ramollissement; loin d'être une exception, j'ignore si ce n'est pas la manière d'être la plus commune; au moins depuis un an que nous étudions les maladies du cerveau à la Salpêtrière, dans le service de MM. Cruveilhier, Prus et Dalmas, sur une vingtaine d'autopsies d'individus qui avaient succombé à des accidents survenus subitement, nous n'avons trouvé que cinq ou six fois du sang dans la substance cérébrale; dans le reste des cas, il existait uniquement du ramollissement.

Le pronostic est grave, comme on le pense bien, puisque sur quarante et un malades, quarante et un sont morts; il ne reste donc qu'à examiner les conditions qui peuvent permettre à la vie de se prolonger le plus longtemps; ces conditions sont l'exhalation lente du liquide et en quantité assez petite, pour qu'il puisse être résorbé. En effet si le sang s'épanche brusquement, quoique en petite quantité, la mort rapide peut en être la suite, comme on le voit dans une observation d'Abercrombie, p. 540.

Cependant ce pronostic n'est pas tellement grave que le malade ne puisse guérir (Abercrombie, p. 590). Riobé rapporte des observations d'apoplexie méningée guérie; on en a observé un cas à Bicêtre, en 1857.

Par conséquent, malgré cette effrayante mortalité, on ne doit pas désespérer de la guérison. Eh bien! dans cette maladie grave, l'indication la plus pressante, c'est de faire disparaître le sang épanché, et si on pouvait connaître assez positivement le siège de ce sang pour lui donner une issue à l'extérieur, on aurait de grandes chances de sauver le malade; et le diagnostic arrivera peut-être à cette perfection. On ne mériterait pas, je pense, en proposant ce remède extrême, le blâme général qui a accueilli à sa naissance la proposition faite par quelques personnes de traiter par le trépan les épanchements de sang dans la substance cérébrale, proposition qu'on ne saurait, je pense, faire figurer que dans l'histoire des erreurs médicales. En attendant, il faudrait insister sur les évacuations sanguines, qu'on proportionnerait à l'âge et à la force du sujet: par là, on désemplirait le système circulatoire et permettrait à l'absorption de se faire plus facilement, en même temps qu'on pourrait prévenir le retour de nouvelles congestions. Abercrombie cite une observation