

interne, dans la substance blanche du centre ovale : une lésion ainsi placée pourra intercepter presque toutes les voies qui transmettent au bulbe les injonctions de l'écorce. Il s'ensuivra une paralysie pseudo-bulbaire presque complète.

CHAPITRE X

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Cette désignation ne s'applique à peu près exclusivement qu'à l'épanchement de sang de provenance artérielle qui se fait dans l'hémisphère proprement dit. Les anciens mots d'*apoplexie*, *coup de sang*, *encéphalorrhagie*, etc., désignaient toutes les hémorragies intracrâniennes, suivies instantanément de perte de connaissance et de paralysie.

L'hémorragie cérébrale est la conséquence d'une rupture vasculaire spontanée sur le trajet d'une branche profonde des artères *perforantes*, issue de l'hexagone de Willis. On réserve le nom d'*hémorragies méningées* aux épanchements qui se forment dans le territoire des artères superficielles ou corticales. Il ne sera pas ici question de ces dernières; leur histoire appartient tout entière à la pathologie des méninges.

En général, l'irruption du sang dans le parenchyme cérébral se traduit immédiatement par une perte de connaissance, avec ou sans convulsions. Les membres sont inertes, insensibles; la respiration est profonde et bruyante; le cœur bat avec précipitation. C'est à cet état qu'on attribue plus spécialement, en clinique, le nom d'*apoplexie*. Il a été décrit déjà antérieurement. Nous redirons encore qu'il peut résulter aussi bien des hémorragies protubérantielles, cérébelleuses ou méningées, que de l'hémorragie intra-hémisphérique. Sa durée varie de quelques instants à plusieurs heures et même à plusieurs jours. Mais lorsque l'apoplexie est le fait d'une hémorragie hémisphérique, on voit le plus souvent s'amender les phénomènes graves qui la caractérisent; et alors apparaît nettement une paralysie occupant toute la moitié du corps, du côté opposé à l'hémisphère lésé. Cette paralysie résulte de l'interruption des faisceaux nerveux qui vont des centres corticaux aux centres spino-bulbaires. Lorsque ces faisceaux sont déchirés, l'*hémiplégie* est définitive. Lorsqu'ils sont simplement dissociés ou comprimés, la guérison est possible.

L'hémiplégie est donc le grand symptôme durable de l'hémorragie cérébrale; à l'impuissance motrice s'allie souvent une hémianesthésie. La perte des fonctions sensitives n'est pas, elle non plus, irrémédiable; elle est subordonnée aux chances de résorption du sang épanché.

Lorsque le raptus hémorragique entraîne l'inondation des cavités ventriculaires, et en particulier du ventricule moyen, les symptômes apoplectiques ne s'atténuent pas; presque toujours la mort survient dans le coma, avec ou sans convulsions, au bout de quelques heures.

Anatomie pathologique. — Comme la plupart des hémorragies sponta-

nées, l'hémorragie cérébrale est la conséquence d'une lésion primitive des parois artérielles. La rupture du vaisseau peut être favorisée par un surcroît de la pression sanguine, la plupart du temps d'origine cardiaque. Mais cette influence est contingente ou éventuelle; J. Worms-Muller, en doublant la masse du sang dans l'encéphale, n'en a vu résulter aucune déchirure. C'est donc en somme l'altération des tuniques vasculaires qu'il faut toujours incriminer: nous y reviendrons dans un instant.

Quantité de l'épanchement. — Les artères qui parcourent la substance cérébrale dans toute sa profondeur sont toutes de petit calibre. Il n'y a de grosses ar-

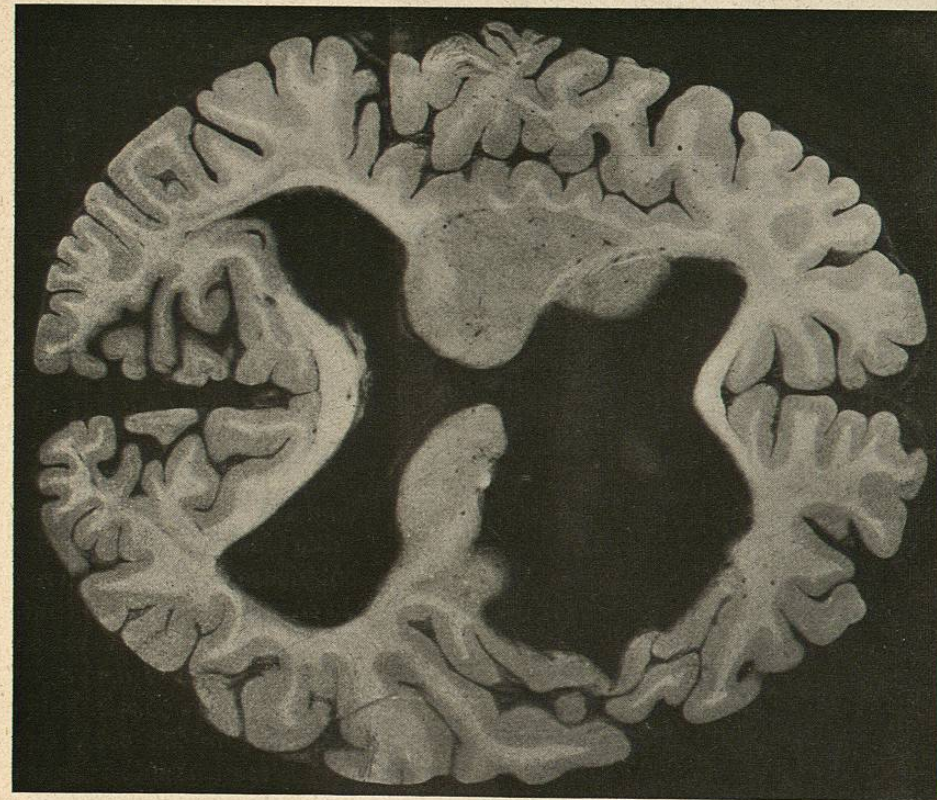


FIG. 75. — Inondation des deux ventricules par une hémorragie foudroyante (Coll. Brissaud).

tères qu'à la surface. Cependant, si petites que soient ces artères, elles peuvent être le point de départ de vastes collections sanguines. Il est superflu d'insister sur les différences de quantité que présentent les foyers d'hémorragie; les uns sont presque microscopiques, les autres peuvent dépasser, en poids, 250 et même 500 grammes.

Dans ce dernier cas, presque fatalement les ventricules sont inondés; le sang se fait jour dans l'« espace disponible ». Cet espace disponible n'est autre chose que la cavité des ventricules en dedans et la surface des circonvolutions en dehors.

L'inondation ventriculaire est un peu plus fréquente que l'irruption méningée (Durand-Fardel).

Siège de l'épanchement. — L'hémorragie cérébrale est peut-être un peu plus

fréquente dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère gauche (Rochoux, Fleury), quoi qu'en aient dit Bertin et Meissner⁽¹⁾.

Dans l'un ou l'autre hémisphère le siège de prédilection de l'hémorragie est la région de la capsule externe, mais non la capsule externe elle-même ; c'est-à-dire que le foyer peut occuper, soit la capsule externe, soit la portion externe



Fig. 74. — Foyer hémorragique dans la région de la capsule externe. La collection sanguine a détruit la capsule externe et une partie de l'avant-mur (grossissement de 2 diam.) (Coll. Brissaud).

du putamen, soit l'avant-mur, soit la moelle de l'insula. Puis, viennent, par ordre de fréquence, la capsule interne, la couche optique, le centre ovale, etc. On peut donc, sans préciser davantage, établir en principe que l'hémorragie cérébrale a pour siège de prédilection la masse optostriée, ainsi que l'avaient reconnu Valsalva et Morgagni, et, plus exactement, la partie antérieure des noyaux gris de l'hémisphère. C'est au niveau du noyau lenticulaire qu'elle présente son maximum de fréquence (Rosenthal). On doit à Charcot d'avoir démontré que l'artère aux dépens de laquelle l'hémorragie a lieu est le plus souvent la branche antérieure de l'artère externe du corps strié ou *artère lenticulo-striée* : pour cette raison on peut l'appeler *artère de l'hémorragie cérébrale*. Kalisko pense, de son côté, que les artères lenticulo-optiques sont souvent le siège de l'hémorragie et que l'hémiplégie définitive classique tient à la rupture de l'artère choroïdienne antérieure, qui irrigue la zone pyramidale de la capsule interne.

La forme du foyer est, on

(1) GINTRAC, sur un chiffre de 269 cas, trouve une majorité en faveur de l'hémisphère droit. DROZDA (*Wiener méd. Presse*, 1880, 10 et 11) donne le pourcentage suivant : hémisphère droit 50,6 ; hémisphère gauche, 45,4. La question est jugée par ces chiffres. Elle est, somme toute, indifférente.

rayonnante. Selon qu'elle empiète plus ou moins haut sur celle-ci, elle entraîne l'interruption plus ou moins complète du faisceau pyramidal intra-hémisphérique.

Le foyer est le plus souvent arrondi, quand il occupe les noyaux centraux, et

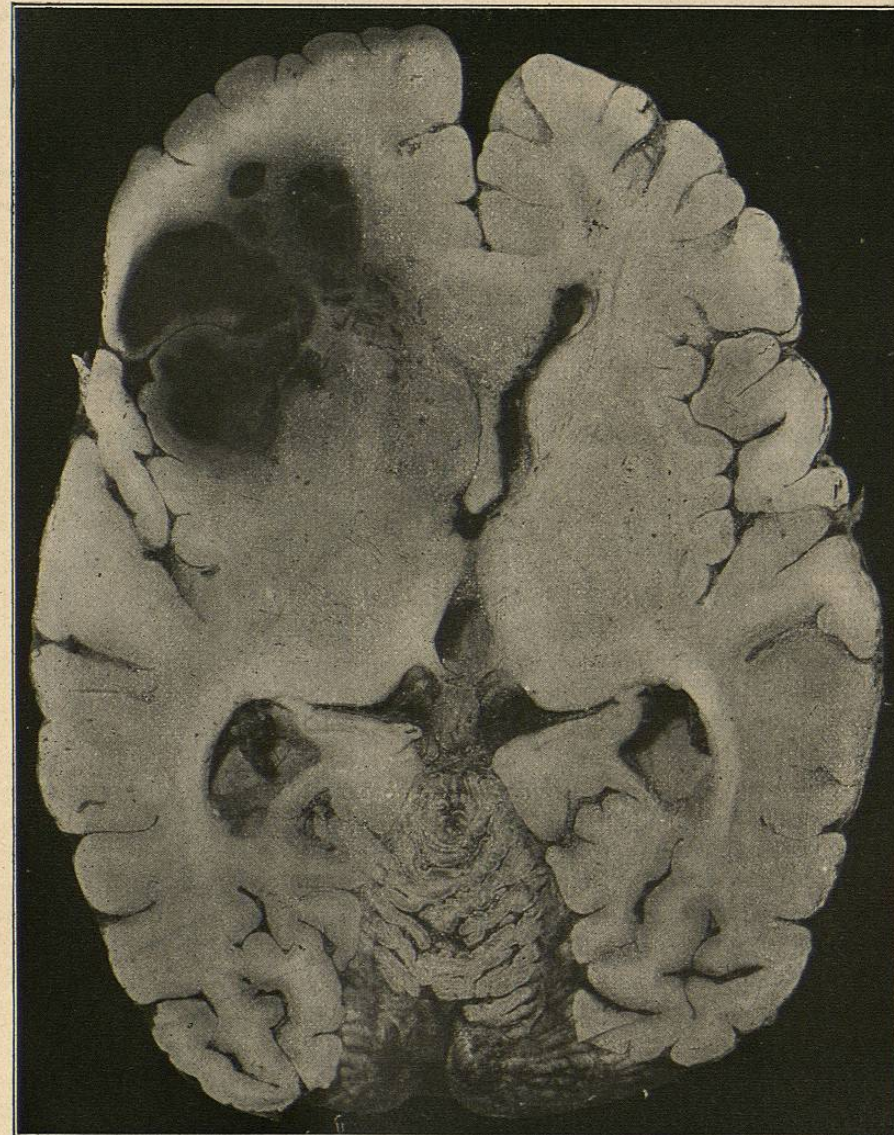


Fig. 75. — Gros foyer hémorragique du lobe frontal gauche (apoplexie foudroyante). Le sang a fait irruption dans la substance blanche du lobe frontal, mais la source de l'hémorragie était dans la capsule externe. Le foyer est limité par la substance corticale.

irrégulier quand il siège dans la substance blanche. On se rend bien compte de la forme du foyer lorsqu'on fait une coupe verticale, puis une coupe horizontale de l'hémisphère préalablement durci ; la loge que se creuse le sang dans la substance nerveuse occupe la partie externe du putamen dans toute son étendue antéro-postérieure.

Il est rare que le foyer dépasse la substance corticale et même qu'il y pénètre.

Le plus souvent il s'arrête à la couche des fibres limitantes de la substance grise. Lorsque le sang fait irruption dans l'espace sous-arachnoïdien, c'est presque toujours à la suite de l'inondation ventriculaire : celle-ci entraîne en effet assez fréquemment la rupture de la lame terminale, au-dessus du chiasma optique. L'aplatissement et le tassement des circonvolutions dans les cas d'hémorragie abondante permet de reconnaître l'hémisphère dans lequel s'est fait l'épanchement, tout aussi bien que l'irruption du sang à la surface des circonvolutions. P. Marie ⁽¹⁾ a montré que dans les faits d'hémorragie un peu abondante, au sein d'un hémisphère et dans les noyaux gris, il se produit un aplatissement de la face supérieure de l'hémisphère cérébelleux correspondant et un déplacement du cervelet vers le bas, de telle sorte que les amygdales s'engagent en coin dans le trou occipital et peuvent comprimer le bulbe et l'anémier. Cette constatation concorde avec les recherches de Hill ⁽²⁾ sur la transmission des pressions exercées sur un point du cerveau.

Nombre de foyers. — Il n'existe généralement qu'un foyer. Mais les foyers doubles ne sont pas exceptionnels. Il est à noter, ainsi que l'a fait observer Durand-Fardel, que les foyers doubles sont symétriques. P. Marie a fait plusieurs fois la même observation et Cestan ⁽³⁾ a récemment cité un exemple très remarquable de cette symétrie. C'est là, du reste, une sorte de règle, qu'il s'agisse de foyers doubles de ramollissement ou d'hémorragie.

Contenu du foyer. — Dans les hémorragies récentes le sang se présente sous la forme d'un gros caillot pris en gelée, n'adhérant pas à toute la surface de la poche hémorragique. Si la lésion date de quelques jours, le coagulum s'est déjà rétracté ; la paroi est reliée à la masse crurorique par des ponts fibreux. La coagulation semble se faire d'une manière spéciale : Durand-Fardel n'a jamais observé la séparation du caillot et de la sérosité. Et il semble bien que cette remarque soit l'expression de la vérité.

Plus tard, le sang se résorbe, et, finalement, il ne reste dans la cavité revenue sur elle-même qu'un débris *ocreux*, constitué par des cristaux, de la graisse et du pigment hémétique, débris que Cruveilhier considérait comme indélébile. La résorption du caillot ne peut d'ailleurs s'effectuer qu'avec la participation de la paroi du foyer. La lacune qui en résulte a été appelée improprement *kyste apoplectique* ; et, lorsque cette poche s'oblitére par cicatrisation, la lésion se trouve réduite à ce qu'on nomme encore une *cicatrice apoplectique*.

Parois du foyer. — Il est des cas où le sang trouve une place suffisante entre le putamen et la capsule externe : une cavité toute prête, et en quelque sorte réservée à l'hémorragie cérébrale, s'ouvre devant lui. Il s'y loge et ne fait presque aucun dégât. Mais le plus ordinairement cet espace ne lui suffit pas et la pression artérielle force la résistance des parois naturelles. Les parois de la cavité artificielle sont alors déchiquetées, infiltrées, parsemées de taches ecchymotiques. La zone du tissu nerveux ramolli a une épaisseur de 5 ou 4 millimètres et tranche par sa couleur « jaune serin » sur les parties avoisinantes. Le sang se coagule dans les anfractuosités, et ainsi s'établissent des adhérences fibreuses entre le caillot et la substance cérébrale. Grâce à ces adhérences, une enveloppe se forme et s'étend tout autour du coagulum. Elle

⁽¹⁾ P. MARIE. *Soc. de biol.*, 1899.

⁽²⁾ L. HILL. *Physiologie et pathologie de la circulat. cérébrale*. Londres, 1896.

⁽³⁾ CESTAN. Double hémorragie cérébrale chez une jeune femme. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 759.

a une couleur d'un jaune transparent ; d'abord molle et gélatineuse, elle diminue peu à peu d'épaisseur et se réduit à une lame de fibrilles conjonctives, signalée par tous les auteurs et désignée par Virchow sous le nom de *kyste apoplectique*. En dehors de cette membrane, le tissu nerveux subit la régression graisseuse et se résorbe. Le dernier terme de ce processus de guérison est donc l'enkystement des résidus du thrombus. L'organisation du thrombus n'est même pas un obstacle à sa résorption. D'après Durand-Fardel, les vieux foyers hémorra-



FIG. 76. — Foyer linéaire. Ancienne hémorragie capsulaire guérie. Le foyer est réduit à une fente linéaire adjacente au putamen. L'avant-mur flotte au milieu de la cavité. (Coll. Brissaud.)

giques cicatrisés se présentent soit sous la forme de larges cavités béantes, remplies de sérosités, soit sous la forme de petites cavités dont les parois rapprochées adhèrent souvent l'une à l'autre (foyer linéaire), soit enfin sous l'aspect de véritables cicatrices indurées.

Lorsque le choc a été d'une telle intensité que le tissu nerveux en a subi un violent ébranlement à distance, les parois du foyer subissent une dégénération plus étendue, qui équivaut à un ramollissement surajouté à l'hémorragie. Dans ce cas, on voit souvent la matière cérébrale infiltrée de taches purpuriques, ramollie, tomber en *deliquium*. C'est l'encéphalite proprement dite.

Ce mode de terminaison n'est pas le seul qui entraîne la mort à bref délai.