

une certaine tendance à l'hémophilie, se traduisant par des hémorragies gastriques (Lépine, Charcot) ou intestinales (Andral), comme on en voit se produire à la suite des lésions expérimentales du pont de Varole (Brown-Séquard).

Enfin lorsque, sans cause apparente, on assiste à une élévation brusque de la température, il est très probable que le parenchyme cérébral subit un processus inflammatoire. Dans ce cas l'issue est à peu près invariablement fatale.

*Période d'hémiplégie.* — Quand la mort n'a pas lieu dans les vingt premiers jours, on voit succéder à la période de réparation progressive la période dite *d'hémiplégie confirmée*. L'infirmité est définitive, mais elle a, d'une façon irrécusable, dans tous les cas *d'hémorragie*, une tendance marquée et constante à l'amélioration. Cette hémiplégie est toujours spasmodique et s'annonce par l'exagération des réflexes tendineux, très souvent aussi par la trépidation spinale provoquée. A la même période, dont le début coïncide nettement vers le vingtième jour avec ces phénomènes, on constate parfois l'apparition de mouvements choréiformes ou athétosiques : nous y reviendrons un peu plus loin. Mais dès lors l'aspect et l'évolution de l'hémiplégie sont identiques à ceux de toute hémiplégie cérébrale; c'est-à-dire que l'hémorragie ne leur imprime pas un caractère qui permette de les différencier de l'hémiplégie par thrombose. On peut cependant affirmer que les fonctions psychiques, la mémoire en particulier, et la disposition générale du caractère subissent une altération moins durable que chez les sujets frappés de ramollissement cortical.

**Marche, durée, terminaison de l'hémorragie cérébrale de forme commune.** — Beaucoup d'éventualités sont à envisager :

1° La mort peut être subite, absolument foudroyante; mais c'est un fait exceptionnel. La mort foudroyante relève bien plus souvent de l'hémorragie méningée avec inondation ventriculaire, que de l'hémorragie intra-hémisphérique.

2° La mort survient fréquemment dans le coma. Tel est le cas des grandes hémorragies sans inondation ventriculaire; le moment de la mort varie selon la résistance du sujet, chose impossible à préciser.

3° La mort a lieu après la période de coma, avant la période de contracture secondaire. Elle est la conséquence d'une encéphalite diffuse aiguë qui se révèle cliniquement par l'élévation durable de la température, l'agitation, l'état spasmodique; la pneumonie lobulaire hypostatique est une complication très commune et particulièrement favorable au développement de l'encéphalite.

4° La pneumonie, sans encéphalite, est une cause de mort rapide, dans les huit ou dix premiers jours qui suivent l'attaque.

5° La mort est la règle presque absolument générale à la suite du décubitus aigu.

6° Les hémorragies viscérales sont rarement l'occasion d'accidents graves; on a cependant signalé des cas où elles ont entraîné l'issue fatale.

7° Des apoplexies successives et en quelque sorte subintrantes, surtout lorsqu'elles ont lieu à court intervalle, sont presque toujours mortelles.

8° Les guérisons partielles ne sont pas rares. Il faut entendre par là les améliorations de l'état paralytique qui laissent au malade la possibilité de récupérer certains mouvements d'ensemble des membres paralysés. Les mouvements des petites extrémités sont toujours les premiers à revenir.

9° Les guérisons presque totales, déjà exceptionnelles, sont celles qui con-

sistent dans la disparition à peu près complète de l'hémiplégie. Il s'agit, en pareil cas, d'hémorragies de la capsule externe n'ayant exercé d'autre influence fâcheuse qu'une compression des fibres pyramidales, et ne laissant après elles qu'un caillot résiduel insignifiant.

10° Les guérisons totales, vraiment très rares mais réelles, font suite à la résorption intégrale du caillot. Le diagnostic rétrospectif pourrait rester hésitant si l'anatomie pathologique ne venait pas, de temps à autre, démontrer la présence d'une infiltration ocreuse lamellaire dans la région de la capsule externe, au lieu d'élection de l'hémorragie cérébrale.

**Formes cliniques.** — Le cas le plus ordinaire est celui que nous avons envisagé. Mais dans la pratique, il ne se réalise pas toujours; des variétés de localisation et d'étendue de l'hémorragie dépendent les formes cliniques les plus disparates.

1° *Apoplexie avec hémiplégie partielle.* — Cette forme est tout à fait rare. A l'inverse du ramollissement cortical, qui donne lieu si souvent à des monoplégies, l'hémorragie cérébrale produit des hémiplégies légères, mais totales. Cela se conçoit aisément, puisqu'une lésion en foyer, même très petite, occupant la région de la capsule interne, intéresse presque toujours la totalité du faisceau pyramidal. Si le foyer siège dans les noyaux opto-striés, il peut se faire que tel ou tel groupe de fibres capsulaires soit interrompu à l'exclusion des autres. De là une hémiplégie partielle, dont le diagnostic est forcément très difficile.

2° *Apoplexie avec hémichorée ou hémithétose.* — A la suite d'un ictus dont l'effet immédiat est la suppression de toutes les fonctions motrices et de la conscience, on voit se produire, en même temps que le retour de la conscience, un retour progressif, rapide et régulier des fonctions motrices. Il n'y a donc pas d'hémiplégie à proprement parler; au lieu de cela, les membres du côté opposé à l'hémisphère lésé présentent une série de troubles spasmodiques, consistant en des contractions incoordonnées, d'intensité variable, s'exagérant à l'occasion des mouvements volontaires, mais persistant même en dehors de ceux-ci. Cette forme clinique de l'hémorragie est exceptionnelle, en ce sens qu'elle n'est jamais pure, c'est-à-dire qu'il est presque toujours possible de constater une certaine incapacité motrice. Lorsque l'incoordination hémichoréique ou hémithétosique est indépendante de tout phénomène paralytique, on peut admettre que le faisceau pyramidal dans la capsule est irrité, comprimé ou dissocié par la collection sanguine, mais non interrompu dans la continuité de ses fibres<sup>(1)</sup>. L'apoplexie avec hémichorée ou hémithétose est donc le fait des hémorragies interstitielles de la couche optique ou de la partie postérieure du putamen.

Il est encore assez fréquent d'assister au développement de ces troubles, six semaines environ après l'attaque, par conséquent vers l'époque où la paralysie devrait devenir évidente, s'il s'agissait d'une hémorragie *intra-capsulaire*. L'hémorragie extra-capsulaire de l'hémichorée et de l'hémithétose évolue d'ailleurs, au point de vue clinique, comme l'hémorragie classique. Avec la régression du caillot, l'hémichorée ou l'hémithétose s'amendent. Lorsque le foyer est tellement voisin du faisceau capsulaire que l'irritation de celui-ci devient permanente, l'hémichorée ou l'hémithétose persiste; l'hémichorée sur-

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi*, t. I, p. 570, et STEPHAN DE ZAANDAN. *Revue de méd.*, 1887, n° 3, p. 205.



tout. Ces troubles moteurs, du reste, ne diffèrent en rien, dans l'hémorragie cérébrale, de ce qu'ils sont dans le ramollissement; et l'étude en a déjà été faite d'une façon suffisante pour qu'il soit inutile d'y insister à nouveau.

5° *Apoplexie avec hémiplegie et hémianesthésie.* — Cette variété clinique n'est pas très commune; elle est cependant d'un haut intérêt pratique, attendu que la question du diagnostic topographique est ici particulièrement difficile à résoudre. Complète ou incomplète, totale ou partielle, l'hémiplegie motrice peut se compliquer d'hémianesthésie. L'insensibilité est répartie très exactement sur la moitié du corps paralysée; elle est un phénomène de même date et de même provenance que la paralysie elle-même; elle est quelquefois si prononcée qu'on peut enfoncer des épingles dans la profondeur de la peau sans provoquer la moindre souffrance.

4° *Apoplexie avec hémianesthésie et hémichorée.*

5° *Apoplexie avec hémianesthésie et paralysie faciale.* — Cette variété ainsi que la précédente ont déjà été étudiées au chapitre hémiplegie.

6° *Apoplexie avec hémianesthésie et aphasie.* — L'aphasie figure encore plus rarement que la paralysie faciale dans l'histoire de l'hémorragie cérébrale, surtout à l'état de symptôme isolé. Le caillot situé, par exemple, dans le noyau lenticulaire gauche se fraie un passage à travers les fibres du segment antérieur de la capsule, juste au-devant du genou. Les fibres qui vont de l'écorce aux appareils moteurs de la phonation et de l'articulation sont interrompues. Il s'ensuit non pas une aphasie vraie, mais ce qu'on pourrait mieux appeler une logopédie. L'absence possible de la paralysie faciale (malgré le voisinage du faisceau du facial) justifie l'hypothèse qu'une catégorie de fibres capsulaires est affectée à la fonction du langage articulé (faisceau de l'aphasie).

A ces variétés cliniques de l'hémorragie cérébrale on en pourrait ajouter plusieurs autres encore, si l'on voulait passer en revue toutes les combinaisons de symptômes auxquelles peut donner lieu la situation du foyer. Il suffit d'avoir signalé celles qui précèdent; elles sont de beaucoup les plus importantes, puisqu'elles sont toutes sous la dépendance de l'artère de l'hémorragie cérébrale ou de ses branches.

**Diagnostic.** — Très souvent le diagnostic de l'hémorragie cérébrale se présente comme un des problèmes de clinique les plus difficiles à résoudre. Il est même, dans certains cas, insoluble. Tout récemment ce problème vient d'être facilité, dans certains cas, par l'examen du liquide céphalo-rachidien qui peut prendre un aspect rouge ou ambré (*chromodiagnostic*). Bard, Talamon, Achard et Lœper, Sicard, Widal et Lesourd ont rapporté des faits de ce genre. Mais cette coloration peut se rencontrer dans toute hémorragie encéphalique, quelle que soit sa cause. On s'est demandé, lorsque le liquide est franchement rouge, s'il ne vient pas d'une blessure faite par l'aiguille. Tuffier et Milian déclarent que si le liquide vient d'une hémorragie spontanée du névraxe il a une teinte uniforme, recueilli dans trois tubes successifs au cours de la même ponction; de plus, ajoutent-ils, le sang ne se coagule pas. Le premier de ces caractères ne serait pas constant (Widal) (1).

L'aspect rouge ou ambré du liquide céphalo-rachidien peut se rencontrer dans toute hémorragie cérébrale ou méningée (sous-dure-mérienne). Il signifie sim-

(1) WIDAL. Le diagnostic de l'hémorragie méningée. *Presse méd.*, 1905.

plement hémorragie du névraxe. Il permet peut-être, semble-t-il, de rejeter l'hémorragie sus-dure-mérienne. Tout au moins, dans les cas publiés jusqu'ici d'hématome sus-dure-mérien (Sicard et Monod), de pachyméningite hémorragique (Chauffard et Froin), le liquide céphalo-rachidien examiné ne contenait pas d'éléments figurés du sang.

Bref, l'existence d'un chromodiagnostic positif signifie hémorragie sous-dure-mérienne (cérébrale ou méningée). Son absence ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'hémorragie, car le chromodiagnostic n'a de valeur que s'il est positif.

1° *Au moment de l'attaque*, ou peu d'instant après l'ictus, alors que le sujet est encore en état d'apoplexie, la première question qui se pose est de savoir s'il s'agit d'une lésion cérébrale ou d'un trouble fonctionnel simple. La *syncope* a des symptômes trop précis pour être confondue avec l'apoplexie hémorragique. En revanche, les modifications produites dans les fonctions hémisphériques par des poisons tels que l'opium, la belladone, le chloral, l'alcool, peuvent donner le change. Le diabète, l'urémie sont capables d'effets identiques. L'erreur est d'autant plus difficile à éviter que l'évolution de l'urémie réalise quelquefois au grand complet le tableau de l'apoplexie organique, jusques et y compris la déviation conjuguée de la tête et des yeux (Nothnagel). On se souviendra cependant que dans l'apoplexie organique, la déviation faciale unilatérale, la perte absolue de la tonicité musculaire d'une moitié du corps ou l'exagération de cette tonicité, l'inversion du phénomène des orteils, sont presque toujours appréciables. Les poisons ne localisent pas leur action, en général, sur un seul hémisphère et ne produisent pas le signe de Babinski: dans les *traumatismes crâniens* la question suivante peut se poser: Y a-t-il eu un traumatisme, cause de commotion cérébrale et d'apoplexie, ou bien y a-t-il eu ictus apoplectique et chute consécutive sur la région crânienne? Il est souvent difficile de répondre de façon satisfaisante à cette question.

L'hémorragie méningée, pendant le temps que le sujet reste en état d'apoplexie, ne peut être différenciée de l'hémorragie intra-cérébrale qu'à la condition que certains phénomènes spéciaux témoignent de l'irritation ou de la paralysie des nerfs crâniens (strabisme, asymétrie faciale, etc.). Mais tant que dure le coma profond avec résolution des quatre membres, le diagnostic est impossible. Les convulsions précoces et bilatérales ne peuvent être que des signes de présomption en faveur de l'hémorragie méningée.

Les congestions simples, sans foyer circonscrit, mais limitées à l'un des deux hémisphères, ne sont pas rares. Elles sont, dans une certaine mesure, assimilables aux perturbations fonctionnelles d'origine toxique. On les observe dans des maladies déjà reconnues et qu'on sait de nature à reproduire ces troubles: l'artériosclérose, l'hypertrophie cardiaque, la paralysie générale sont de celles au cours desquelles la congestion cérébrale est à redouter. Il est vrai qu'elles sont, elles aussi, susceptibles de favoriser les ruptures vasculaires. Tout ce qu'on peut dire, c'est que dans la congestion simple, la perte de connaissance est moins complète, le stertor moins profond, le coma moins durable. La notion d'attaques antérieures identiques à l'attaque actuelle, et n'ayant laissé après elles aucune trace, ne suffit pas pour éliminer l'hypothèse de l'hémorragie.

Dans l'hystérie, on voit exceptionnellement se produire des ictus qui simulent l'apoplexie organique (1). Ici, l'âge, les anamnétiques, les conditions spéciales,

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi*, t. I, p. 564, et ROUBY. *De l'apoplexie hystérique*. Thèse de Paris.