

quent presque nécessairement l'envahissement des ventricules ou de la cavité arachnoïdienne (Brissaud). Lorsque la paralysie ne s'améliore pas à la fin du premier septenaire, on doit en craindre la persistance, et l'apparition de la contracture du 20<sup>e</sup> au 35<sup>e</sup> jour confirmera souvent son incurabilité.

Lorsque, dans les cas heureux, toute trace de l'hémorragie cérébrale disparaît, le pronostic n'en doit pas moins être réservé, car l'on sait comme les récidives sont fréquentes. Cependant on a vu des paralysies et contractures limitées être bien tolérées pendant une longue période.

DIAGNOSTIC.—Le diagnostic se base sur l'état apoplectique brusque et l'hémiplégie consécutive.

Disons d'abord que l'hémorragie méningée, assez commune chez les alcooliques, ne peut pas être différenciée de l'hémorragie cérébrale durant la période d'apoplexie. C'est tout au plus si les convulsions précoces et bilatérales peuvent servir de signes de présomption en faveur de l'hémorragie méningée. L'irritation ou la paralysie des nerfs crâniens (strabisme, asymétrie frontale) pourront mettre le médecin sur la piste d'une lésion des méninges.

Certaines *intoxications* peuvent déterminer une apoplexie fonctionnelle, à un moment donné; c'est le cas pour l'opium, le chloral et surtout l'alcool; dans le coma urémique des brightiques, on aura souvent le tableau complet de l'apoplexie organique, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux; le diabète peut produire une apoplexie comateuse. Dans les cas de ce genre, on se rappellera que les poisons ne localisent pas leur action sur un seul hémisphère, mais sur tout le cerveau, dont ils suspendent les fonctions sans créer de paralysie; l'examen des membres fera constater l'absence d'une hémiplégie, et souvent l'odeur de l'haleine, à défaut des commémoratifs, sera un bon signe révélateur.

Dans l'artério-sclérose, l'hypertrophie cardiaque, la paralysie générale, il n'est pas rare de voir se produire des *congestions cérébrales simples*, sans hémorragie, limitées à un seul hémisphère. On remarque dans ces cas que la perte de connaissance est moins complète, le stertor moins profond, le coma moins durable. Le malade revient à lui sans paralysie aucune, et souvent l'on apprend qu'il a eu des attaques antérieures semblables. Il va sans dire que ces malades sont des candidats à l'hémorragie.

L'hystérie, cette grande simulatrice, détermine parfois des phénomènes hémiplégiques prononcés. Cette *hémiplégie hystérique* présente le double caractère d'atteindre rarement la face ou de s'ac-