

vésanies, précédent si commun parmi les deux premières sections des hémorrhagies encéphaliques, ne sont notées que chez trois des sujets de celle-ci (ccxxxii, ccviii, ccxxxi).

XIII. Plusieurs fois, l'hémorrhagie des lobes moyens du cerveau avait été précédée plus ou moins de temps auparavant par de fortes congestions cérébrales ou par de vraies attaques apoplectiques, avec ou sans hémiplegie (ccxxi, ccxxix, ccxli, ccxlii, ccxliii, ccxliv, ccliv, cclxxii, etc.).

XIV. Des phénomènes précurseurs peuvent annoncer une attaque plus ou moins de temps à l'avance. Les plus fréquents sont la céphalalgie et les étourdissements. La céphalée présente des alternatives d'intensité; quelquefois, elle affecte spécialement l'occiput ou une tempe, ou s'étend à l'œil; elle s'accompagne de vertiges, de bourdonnements d'oreille, etc. On cite encore, comme prodromes, les vomissements (ccxx, ccxli, ccxxxix), les crampes d'un membre (ccl, cclxxxvi), la perte de l'odorat (cclxxxvii), un sentiment de froid dans une moitié du corps (cccxxvi), etc.

XV. La maladie a débuté d'une manière subite, et a été marquée par la perte de connaissance dans plus de la moitié des cas. La chute qui en a été la conséquence a eu lieu sur un côté, qui s'est trouvé paralysé. L'invasion a présenté plusieurs variétés qu'il convient de noter. Ainsi :

La paralysie s'est manifestée immédiatement sans perte de connaissance (ccxli, ccxxxi, cccxxvii, cccxlii).

Des malades ont senti l'arrivée de l'attaque; ils s'agitaient, poussaient des cris, se plaignant vivement de la tête, pouvant encore faire quelques pas, et même monter et descendre un escalier avant de devenir insensibles (ccxx, ccxxi, cclxxxvi, ccxcvi, ccxvi, cccxv).

Quelques-uns ont eu du délire au début de l'attaque (ccxxiii, ccxxxii).

D'autres fois, la parole a été subitement perdue (ccxxx). Un homme de lettres, parlant en public, est pris tout à coup de douleur vive dans un côté de la tête, de frisson, de

vomissement, de faiblesse. Il était mort deux jours après d'une hémorrhagie du lobe moyen, qui s'était ouvert à la surface du cerveau (ccxcvii).

XVI. Pendant le cours de la maladie, on voit à peine signalée, comme *symptôme*, la céphalalgie, soit que l'état intellectuel ait rendu difficile l'expression des sensations, soit que réellement la tête n'ait pas été douloureuse. Elle a été indiquée, indépendamment des cas cités, neuf fois (cclii, ccxlv, ccliv, cclxiv, cclxviii, ccch, ccxvii, ccxxx, cccxxxiii); mais quand les malades ne pouvaient pas parler, ils portaient la main sur l'un des côtés de la tête, et semblaient ainsi désigner le siège de la douleur (cccvii, cccxxxiii).

XVII. La perte de connaissance s'est prolongée plus ou moins longtemps; elle n'a pas cessé lorsque l'attaque a dû se terminer fatalement en peu d'heures; mais lorsque la vie se prolonge, l'intelligence semble se réveiller, du moins par instants, et les malades articulent quelques mots ou font quelques signes. Parfois, ils se bornent à ouvrir les yeux et avoir plus ou moins l'air de comprendre. Ce retour de l'intelligence, même dans les cas graves, est indiqué 14 fois; mais le plus souvent l'intellect reste engourdi, obtus, dans la stupeur.

XVIII. Il y a eu parfois un délire sourd, léger en général, non loquace. Ces cas se comptent. Il y en a eu à peine 11 (ccxxiii, ccxxxiii, ccxli, ccxlii, cclxviii, cccxxvii, cccxxxiii, cccxxxiv, cccxxxv, ccxvi).

XIX. Quant à l'assoupissement et au coma plus ou moins profond, on les a remarqués un assez grand nombre de fois. Ils ont eu lieu chez 33 sujets, dont l'état était fort grave et la période encore rapprochée du commencement; mais chez les sujets dont l'hémorrhagie était susceptible de résolution, le réveil ne tardait pas à s'opérer.

XX. Souvent, la parole a été comme enrayée, rendue difficile, gênée, presque inintelligible, toutefois des mots étaient articulés. Ces cas se sont présentés 18 à 20 fois; mais si la vie persistait, l'articulation des sons s'améliorait. D'autres

fois, la perte de la parole a paru durable et complète, alors même que la connaissance était revenue et l'état général sensiblement amélioré. Cette aphasie a eu lieu chez 18 individus, et il est bon de ne pas perdre ces faits de vue, afin de constater les rapports de ce symptôme avec les autres phénomènes ou avec les lésions qui seront constatées (CCXXVI, CCXXVII, CCXXXIV, CCXLIII, CCXLVIII, CCLX, CCLXI, CCLXVI, CCLXXV, CCLXXXII, CCLXXXV, CCLXXXVI, CCXCVI, CCCI, CCCXI, CCCXIX, CCCXXVIII, CCCXXXII).

XXI. Les pupilles n'ont souvent donné lieu à aucune remarque. Ce n'est que dans un peu plus du quart des observations que leur état est mentionné. Elles ont été trouvées contractées 15 fois et dilatées 12; mais, en outre, elles ont présenté des inégalités très prononcées : l'une était dilatée ou resserrée, et l'autre à peu près normale ou se dilatant et se resserrant alternativement. 8 à 10 cas ont offert ces particularités, sans qu'il ait été possible de saisir les rapports de ces phénomènes avec l'état spécial des organes, vu que les faits se rapportent surtout à la catégorie des irruptions du foyer dans les ventricules (CCXVIII, CCLVI, CCXCVIII, CCCVI, CCCVII, CCCXIII, CCCXIV, CCCXXIX). D'ailleurs, les pupilles ont été le plus souvent peu sensibles à la lumière. Les yeux étaient renversés en haut, à demi-cachés par les paupières ou fortement inclinés d'un côté, mais parallèles. Le strabisme n'a pas été noté. La vue a paru obscurcie à un œil ou aux deux yeux. Quelques malades ont aussi semblé privés de la faculté d'entendre (CCXVIII, etc.).

XXII. Les phénomènes spasmodiques se sont montrés dans environ 25 cas; mais ils ont été très diversifiés, et le relevé suivant en fait connaître les principales variétés de mode et de siège.

Les convulsions ont été 7 fois générales, offrant des différences d'intensité assez grandes, pouvant même offrir l'aspect de l'épilepsie (CCLIV, CCLXI, CCLXXXIII), CCLXXV, CCXCVI, CCC, CCCXV).

Elles ont quelquefois été unilatérales, affectant plus sou-

vent les membres droits (CCXVIII, CCXXXII, CCXLVII, CCLXXI) que les membres gauches (CCXLII, CCCLVI).

D'autres fois, elles ont été bornées aux membres supérieurs (CCCXXXVIII) ou inférieurs (CCXXII, CCXXXVII), et chez quelques malades à un seul membre, au membre supérieur gauche (CCCXXXIV) ou droit (CCXXXVIII, CCXXXIX, CCCXI), parfois agité de mouvements choréiformes.

Il y a eu dans un cas une sorte de carphologie (CCXXXV), et dans plusieurs qui se rattachent à la réplétion hémorragique des ventricules, on a remarqué des grincements de dents (CCCVI, CCCVII, CCCVIII, CCCXXII). On reconnaît aisément que ces divers phénomènes n'arrivent qu'accidentellement dans l'hémorragie lobaire, qu'ils ne sont ni inhérents à sa production ni caractéristiques de sa présence.

XXIII. Il n'en est pas de même de la perte du mouvement : c'est le symptôme le plus étroitement attaché à l'effusion sanguine des lobes moyens du cerveau; son absence est exceptionnelle. Il me paraît convenable d'entrer à ce sujet dans quelques détails :

a. L'hémiplégie portant sur les membres gauches a été constatée (1).....	44 fois.
b. Celle des membres droits (2).....	40 —
c. La paralysie a eu lieu successivement ou simultanément de l'un et de l'autre côtés, les deux lobes étant lésés (3)....	11 —
d. La paralysie a affecté les deux membres supérieurs (4).....	1 —

(1) Observations CCXXIV, CCXXVI, CCXXIX, CCXXXI, CCXXXII, CCXXXIII, CCXXXIV, CCXXXV, CCXXXVI, CCXXXVII, CCXXXVIII, CCXXXIX, CCXLII, CCXLIV, CCXLV, CCXLVII, CCXLIX, CCLIV, CCLII, CCLXII, CCLXIV, CCLXVII, CCLXVIII, CCLXIX, CCLXXVII, CCLXXIX, CCLXXXI, CCCI, CCCVIII, CCCXI, CCCXII, CCCXIII, CCCXVIII, CCCXXI, CCCXXV, CCCXXVII, CCCXXVIII, CCCXXIX, CCCXXXIII, CCCXXXIV, CCCXXXV, CCCXXXVI, CCCXXXVII, CCCXLI, CCCXLII.

(2) CCXX, CCXXI, CCXXV, CCXXVII, CCXXX, CCXLI, CCXLII, CCXLVIII, CCL, CCLI, CCLIII, CCLV, CCLVII, CCLIX, CCLX, CCLXI, CCLXIII, CCLXV, CCLXVI, CCLXIX, CCLXXI, CCLXXII, CCLXXIII, CCLXXIV, CCLXXVI, CCLXXVIII, CCLXXXIII, CCLXXXIV, CCLXXXVIII, CCXCIX, CCC, CCCVII, CCCXIII, CCCXX, CCCXXII, CCCXXIII, CCCXXIV, CCCXXVI, CCCXXIII, CCCXLIV.

(3) Ce sont les faits du deuxième paragraphe, obs. CCLXXXV à CCXC.

(4) CCXXII.

e. Elle s'est bornée à un membre (1).....	3 fois.
f. Il y a eu une résolution complète des quatre membres (2).....	10 —
g. La mort ayant été très rapide, on n'a pas eu le temps de distinguer quelles parties étaient paralysées.....	7 —
h. Quelquefois, l'observation n'a pas précisé le siège de la paralysie mentionnée (3).....	3 —
i. Enfin, l'absence de toute paralysie a été exactement établie (4).....	8 —
	127 fois.

Ainsi, sur 127 cas d'hémorragie des lobes moyens du cerveau, la paralysie n'a fait réellement défaut que 8 fois. Ces cas peuvent être regardés comme des exceptions, comparativement aux 119 dans lesquels la perte du mouvement était constatée.

Les hémiplegies ont été quelquefois plus prononcées à un membre qu'à l'autre. Le défaut de contractilité s'est souvent étendu à la face. La langue a paru quelquefois déviée, et c'était du côté paralysé (CCXXVI, CCLIX, CCLXIII, CCLXIV, CCCXX, CCCXXX).

XXIV. Les membres paralysés ont parfois présenté une contracture intense : cette coïncidence a été observée aux membres gauches (CCXVIII, CCXLV, CCLXII, CCLXIV, CCCVII, CCCXI, CCCXIV, CCCXXV, CCCXXVIII, CCCXLII), ou aux membres droits (CCL, CCLXIII, CCLXXI); il y a eu aussi rigidité générale (CCXXVIII, CCXXIX, CCCXXII). La contracture a une fois alterné avec les convulsions (CCXXII). Le resserrement spasmodique des mâchoires a eu lieu plusieurs fois (CCXXX, CCXLIV, CCCVI, CCCVII, CCCXXIII, CCCXXIV).

XXV. La sensibilité est quelquefois éteinte dans toutes les parties (CCCXVIII, CCXX, CCXXIV, CCXXVII, CCXCVII, CCCV, CCCIX, CCCXVII, CCCXIX), ou elle l'est surtout dans les membres

(1) Membre supérieur (le droit) : CCLVIII, CCCXX. — Le membre inférieur (le gauche) : CCXVIII.

(2) CCXXVIII, CCLII, CCLVI, CCCIV, CCCVI, CCCIX, CCCXIII, CCCXVII, CCCXIX.

(3) CCLXXX, CCLXXXIII, CCCXVI.

(4) Obs. CCXXIII, CCXLI, CCXLVI, CCCXV, CCCXVII, CCCXXI, CCCXXVIII, CCCXXXIX.

privés du mouvement; on a constaté cette coïncidence dans les membres gauches (CCXXVI, CCXXIX, CCXXXIII, CCXXXVI, CCXLV, CCXLIX, CCLIV, CCLXIV), et dans les membres droits (CCXXX, CCL, CCLXIII, CCLXXXV). Plusieurs fois aussi, on s'est assuré que la sensibilité était conservée dans les membres paralysés (CCXLIV, CCLIII, CCLIX, CCLXVIII, CCCI); des mouvements réflexes ont pu être provoqués dans des parties qui semblaient privées de sensibilité (CCXXIX, CCXXXIV, CCXXXVII, CCLXIII, etc.).

XXVI. La respiration a présenté une gêne extrême dans les cas très graves; elle est devenue lente, irrégulière, suspirieuse et stertoreuse dans les derniers moments. Elle ne s'accomplissait qu'avec effort. L'air de l'expiration soulevait la joue rendue inerte par l'hémiplegie. Il y a eu souvent des bâillements.

XXVII. Le pouls a été lent, fréquent, plein, faible, etc.

XXVIII. Huit malades ont éprouvé des vomissements. Dans quinze cas, la déglutition a été très difficile ou même entièrement impossible. Les évacuations ont été souvent involontaires.

XXIX. La température du corps a présenté quelques changements. Elle s'est élevée d'une manière générale (CCXLII, CCCXI, CCCXVIII, CCCXXV); elle a présenté un degré et quelques fractions de plus du côté paralysé (CCXXIII, CCXXXIV, CCCVII); mais on a trouvé d'autres fois le membre paralysé plus froid que l'autre (CCLXVIII, CCCXX, CCCXXII).

XXX. Par la disposition donnée aux faits, on a pu s'apercevoir que l'hémorragie des lobes moyens est susceptible, et d'entraîner une mort rapide, et de subir des modifications heureuses qui permettent une amélioration sensible ou même les apparences d'un rétablissement réel (CCXXXV, CCXLI, CCLXXXII, CCCXVII). L'apparente guérison a été suivie d'une rechute toujours très grave. On a vu, d'ailleurs, les malades vivre pendant plusieurs années, malgré les altérations, il est vrai fort atténuées, que leur cerveau recérait.

XXXI. Les 127 observations d'hémorragies cérébrales

dont il s'agit dans cette section, ont eu leur *siège* dans un ou dans les deux lobes moyens du cerveau. Chez 12 sujets, ces deux lobes avaient été occupés successivement ou simultanément. Chez 115, un seul lobe avait contenu le foyer hémorrhagique; 63 fois c'était le lobe moyen droit, et 52 fois le lobe moyen gauche. Le premier l'emporte donc d'un onzième à peu près. Le lobe affecté était situé du côté opposé à celui où l'hémiplégie s'était montrée, excepté dans quatre cas fournis par d'illustres observateurs. Dans l'un, rapporté par Brunner et que j'ai signalé déjà à un autre point de vue (CCLXXVI), l'hémiplégie et les lésions cérébrales avaient été à gauche. Lorsque Morgagni recueillit l'observation dans laquelle la résolution des membres et le foyer hémorrhagique s'étaient trouvés à droite (CCXIX), il fut frappé de cette coïncidence et il la fit remarquer à ses élèves. Le troisième cas, dû aux frères Wenzel (CCXXVIII), offrait à gauche la paralysie et la lésion cérébrale. Voilà donc trois exceptions très exactement constatées. Le quatrième cas a été observé par Bright (CCLXVII).

XXXII. C'est dans un point quelconque de la substance médullaire du lobe moyen, dans le centre ovale, que s'est produit l'irruption sanguine. Il en est résulté un foyer plus ou moins large, qui s'est le plus souvent étendu jusqu'au voisinage du corps strié, de la couche optique ou de la paroi du ventricule, lesquels lui ont servi de limites. L'hémisphère en a été rendu plus saillant, quelquefois un peu aplati et fluctuant, ou rénitent, selon l'étendue du foyer et l'état du sang contenu.

XXXIII. Le sang renfermé dans cette cavité était encore liquide, plus souvent coagulé; il pouvait offrir différents degrés de concrétion et de consistance, formant une masse dure ou une sorte de gelée. Le sang encore fluide est épais, noir, rougeâtre, ou il est mêlé de sérosité. Quand les caillots sont un peu anciens, ils prennent la teinte acajou ou grisâtre, ou ils se décolorent. Quand l'épanchement de sang s'est fait en plusieurs attaques successives, on distingue des nuances diverses.

XXXIV. Les parois de la cavité hémorrhagique sont, dans les premiers temps, inégales, irrégulières, comme tomenteuses, et déchirées, d'une couleur rouge-noirâtre, teintes par le sang encore liquide et par les petits caillots disséminés autour de la masse principale. On y voit des saillies irrégulières, des fragments que l'immersion fait flotter. C'est là qu'on a pu distinguer, parmi ces petits prolongements arrondis et pédiculés, des concrétions distendant les tuniques artérielles devenues anévrysmatiques. Ces concrétions sont surtout formées d'hæmatoïdine; mais quand la mort est rapidement survenue, le sang y est encore liquide et rouge (CCXXIX, CCXXXIV). On y a vu aussi des vaisseaux rupturés (CCXIX).

XXXV. A la fin du premier mois, on a trouvé souvent les parois du foyer déjà moins inégales, tapissées par une membrane mince, molle, demi-transparente, d'une légère teinte jaunâtre, grisâtre ou rosée. Bientôt cette néo-membrane devient vasculaire; elle a l'aspect d'une muqueuse accidentelle fine et fragile. Au bout de quelques mois, ayant enveloppé et isolé le caillot et lui formant un kyste, elle a acquis une certaine densité, elle résiste à la distension, elle est épaisse et adhère plus ou moins aux parois qu'elle revêt. Sa surface interne est lisse et paraît perspirable comme une séreuse.

XXXVI. Vers cette époque, c'est à dire à la fin de la première année, le sang coagulé ou liquide a peu à peu diminué. Le kyste a paru affaissé, flasque; il est quelquefois presque entièrement vide (CCLX, CCLXXII, CCLXXVIII), ou du moins il ne contient qu'un peu de liquide roussâtre, couleur de rouille, dans lequel on reconnaît à peine les éléments du sang dont il a pris la place.

XXXVII. On constate, à ces diverses époques, des changements notables dans la partie du cerveau qui entoure immédiatement ce foyer apoplectique. D'abord extrêmement ramollie, d'une teinte rouge-noirâtre ou brune, constituée par une pulpe qui résulte du mélange intime du sang

et de la substance cérébrale, parsemée de petits caillots distincts qui lui donnent un aspect pointillé, elle passe ensuite à une couleur gris-jaunâtre, et sa teinte se rapproche un peu de l'état normal. Mais la modification la plus importante est celle de la consistance. En même temps que le sang a peu à peu disparu du foyer hémorragique, la mollesse de la substance cérébrale environnante a diminué pour faire place à une certaine fermeté et même souvent à une véritable induration; car il est rare que ce tissu réorganisé reprenne exactement les conditions de l'état normal. C'est dans le cours de la seconde année que cette transformation se complète. Si, dans quelques cas, la substance cérébrale est demeurée molle autour du foyer, c'est que le travail hémorragique n'avait pas cessé, et qu'on rencontrait encore des foyers récents (cclxxv, cclxxxiv).

XXXVIII. La disparition du sang, celle du fluide qui l'avait remplacé, la réorganisation de la substance cérébrale voisine, le rapprochement, et enfin le contact des parois du foyer, amènent une sorte de cicatrice toujours apparente, formant une trace linéaire assez dense et d'une teinte grisâtre ou jaunâtre.

XXXIX. Telle est la marche suivie ordinairement dans les cas heureux où l'hémorragie cérébrale n'entraîne pas la mort. Mais on ne constate pas toujours les diverses particularités qui viennent d'être signalées. La production pseudo-membraneuse prend quelquefois l'aspect de prolongements, de brides, s'étendant d'une paroi à l'autre (cclvii, cclxxviii). La cavité est plus ou moins anfractueuse. Son affaissement est irrégulier. Le kyste a disparu de bonne heure par son union complète ou partielle avec les tissus environnants, ou il a offert des dégénéralions variées; il a même pu s'encroûter de lamelles cartilagineuses (cclxxxiii). Rarement on a rencontré dans la cavité hémorragique des indices d'inflammation, c'est à dire du pus (ccxli, cclxii). Le travail qui s'opère dans la transformation et la cicatrisation du tissu cérébral serait probablement enrayé par la coïncidence d'un état phlegmasique.

XL. Les deux lobes moyens du cerveau peuvent être affectés, mais c'est presque toujours successivement; à peine si j'ai pu réunir cinq exemples d'hémorragies simultanées.

XLI. Lorsque le foyer s'ouvre à la surface du cerveau, le sang s'infiltré sous la pie-mère; mais il peut vaincre la résistance des méninges, et on le trouve largement étendu jusqu'à la base, enveloppant le cervelet et la moelle allongée. La substance cérébrale est fortement ramollie et ecchymosée sur le trajet que le sang a parcouru au delà du foyer hémorragique.

XLII. La rupture du foyer du côté des ventricules peut s'opérer sur divers points, par la déchirure de la paroi la plus voisine, par une perforation dans la cavité digitale (cccxxxv), par la dilacération du corps strié ou de la couche optique, ou enfin par une déchirure entre ces deux organes (cccxxiv). Le sang qui fait irruption dans le ventricule le remplit rapidement, brise le septum lucidum, s'étend dans les cavités adjacentes. Quelques jours après, on trouve dans les ventricules du sang liquide, du sang coagulé, ou une sérosité rougeâtre.

XLIII. La rupture simultanée du foyer à la surface du cerveau et dans les ventricules constitue le désordre le plus considérable de cette section des hémorragies cérébrales. Une couche de sang couvre les hémisphères, pénètre dans leur intervalle, le corps calleux est rompu, les ventricules sont remplis et imprégnés de sang. Ce fluide s'est répandu sur le rocher et dans les fosses de la base du crâne.

XLIV. Indépendamment des lésions vasculaires indiquées en parlant des parois de la cavité hémorragique, quelques autres changements peuvent être offerts par les artères cérébrales. On a vu la basilaire et l'une des sylviennes dilatées (ccxxix), et différentes branches artérielles athéromateuses (ccxxxii, ccxxxvii), épaissies (cccvi), ou cartilagineuses (cclxxxiii, cccxvi), ou encroûtées de sels calcaires (cccix, cccxxiv).