

ventricule, lequel contient du sang épanché. Les parois de la cavité sont pulpeuses, diffluentes, jaunâtres (1).

CDLXVII<sup>e</sup> OBS. — Femme, quatre-vingt-six ans. Hémiplégie gauche, grande gêne de la parole, conservation de l'intelligence, membres flasques. Six heures après, coma profond, contracture et mouvements convulsifs du bras droit, puis roideur des deux bras; enfin, résolution générale, et mort vers la trente-sixième heure. — Corps strié droit profondément détruit par un foyer hémorragique largement ouvert dans le ventricule. Les quatre ventricules sont pleins de sang (2).

Les 18 faits de cette catégorie donnent l'occasion de quelques remarques. Sans y chercher une signification, je note d'abord celle-ci, que le nombre des femmes y est en très forte majorité. Je reconnais aussi que le corps strié gauche a été plus souvent affecté que le droit. L'hémorragie ne s'est pas toujours faite de suite dans le ventricule voisin. Une ou deux attaques ont parfois précédé celle que la rupture du foyer a rendue mortelle. L'écoulement de sang a eu lieu dans le ventricule le plus proche; mais souvent, il s'est rapidement étendu dans les autres ventricules en rompant le septum lucidum, distendant les parois, et quelquefois en les déchirant. Quand la crevasse du foyer a été étroite, le sang, peut-être déjà à demi-coagulé, n'a coulé qu'en petite quantité, et la mort n'est survenue qu'au bout d'un certain temps; mais un fait extrêmement remarquable est celui de la guérison d'un foyer hémorragique du corps strié, bien qu'ouvert dans le ventricule. J'ai pu, dans ce cas, trouver le trajet rétréci, voir la membrane continue avec celle de la cavité, revêtant ce trajet et lui formant du côté du ventricule comme une sorte de valvule; enfin, constater l'absence du sang dans celui-ci et dans le foyer. Quatre ans s'étaient écoulés entre la production de cette hémorragie et l'époque où je remarquai les curieux vestiges qu'elle avait laissés (CDLXVI).

(1) Rivière, Thèse, 1811, n<sup>o</sup> 52, 4<sup>e</sup> obs., p. 10.

(2) Durand-Fardel, Archives, 4<sup>e</sup> série, t. II, p. 304.

### § III. — Hémorragies des deux corps striés.

Les deux corps striés peuvent être atteints d'hémorragie, tantôt successivement, tantôt simultanément. Ces deux modes doivent être distingués.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorragies affectant les deux corps striés successivement.*

CDLXVIII<sup>e</sup> OBS. — Homme, trente-quatre ans, bien constitué. Il y a neuf ans, légère paralysie du bras gauche. Céphalalgie frontale, étourdissements, trouble de la vue. En septembre, hémiplégie subite du côté gauche, joue gauche pendante et peu sensible, prononciation non distincte, impossibilité de souffler, de siffler; perte complète de la motilité et presque complète de la sensibilité du bras et de la jambe gauches. Chaleur de la tête, douleur au vertex; dilatation et contractilité égales des deux pupilles; pouls faible, 60; respiration facile; intelligence un peu affaiblie; perte momentanée de la vue de l'œil gauche, avec chute de la paupière et dilatation de la pupille; cessation de l'action réflexe à la jambe gauche. Quelques accès convulsifs, et même opisthotonos; évacuations involontaires, contracture des fléchisseurs du bras paralysé. Mort huit mois après l'attaque. — Os du crâne minces, déprimés (anciennes ulcérations et cicatrices du cuir chevelu). Adhérences partielles de la dure-mère et de l'arachnoïde par quelques plaques fibrineuses. Opacité de l'arachnoïde en divers points. Développement des glandules de Pacchioni. Vaisseaux méningiens et cérébraux injectés. A la jonction du corps strié gauche et de la partie voisine de l'hémisphère, restes d'un ancien foyer de la grosseur d'une fève. Le sang y est demi-fluide. Autour du foyer, la substance cérébrale est ramollie. Corps strié infiltré de sérosité, ramolli. A son extrémité antérieure et externe, tumeur jaune verdâtre irrégulièrement allongée, presque de la grosseur d'une noix, entourée de substance cérébrale ramollie et décolorée. Le long du bord externe du corps strié et de la couche optique droits, petite masse analogue, formée de deux noyaux, de la grosseur du plomb de chasse, liés entre eux par une sorte de pédicule. Substance cérébrale voisine ramollie. Quelques tubercules à l'état crétacé au sommet du poumon (1).

CDLXIX<sup>e</sup> OBS. — Auguste Lacaze, âgé de quarante ans, né à

(1) Pet. Eade, The Lancet. (Gazette médicale, 1858, p. 614.)

Brest, marin, d'une stature élevée, robuste et sanguin, était en pleine mer, revenant en France, de Saint-Yago de Cuba, au commencement d'avril 1846, lorsque, vers quatre heures du soir, un orage éclate, les éclairs se succèdent rapidement, le tonnerre gronde avec fracas. A ce moment, Lacaze sent un coup violent à l'épaule gauche. Il éprouve des éblouissements, des vertiges, mais il ne voit rien de brillant autour de lui. Il ne perd point connaissance; seulement il sent le bras d'abord, la jambe ensuite, devenir faibles. Cinq minutes après, il est réellement paralysé de tout le côté gauche; jusque là il était resté appuyé contre un mât, mais, quand il veut faire quelques pas, il chancelle et tombe. Ses camarades sont obligés de le relever et de le soutenir pendant trois heures; il reste, dans cet état, exposé à une pluie très abondante. La sensibilité était détruite, aussi bien que le mouvement, dans les membres gauches. Il y eut pendant huit jours de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements; la parole était embarrassée, mais les diverses fonctions ne parurent pas troublées. Les soins qu'il reçut sur le navire ne pouvaient être qu'incomplets, et cependant, au bout d'un mois, le mouvement revint un peu au membre inférieur; toutefois, la marche était impossible.

Admis à la clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 14 mai 1846, on constate l'état suivant: La motilité du membre supérieur gauche est complètement abolie; soulevé, il retombe de son propre poids; il ne peut exécuter aucun mouvement de latéralité. La sensibilité y est diminuée; le bras est amaigri; les muscles sont mous et flasques. Le mouvement est un peu revenu dans le membre inférieur, c'est à dire, qu'étant couché, le malade fait exécuter à la jambe certains mouvements assez limités de flexion, d'extension, d'adduction ou d'abduction; mais il ne peut ni marcher, ni même se tenir debout. La sensibilité est également un peu émoussée à la joue gauche; cette partie est comme engourdie; les mouvements des paupières s'exécutent avec facilité. La parole, qui, de suite après l'accident, avait été fort embarrassée, était devenue plus facile. Le visage n'est point dévié. Point de céphalalgie ni de vertiges. Pouls normal.

Quelques jours après cet examen, on observa que la sensibilité était quelquefois exagérée, exaltée dans les membres paralysés; que les mouvements imprimés à ces membres étaient douloureux, et que des petites contractions involontaires avaient lieu dans les jambes. Les moyens employés consistèrent alors en un régime tempérant, des bains simples et tièdes, et des boissons délayantes. L'excitation manifestée par le système nerveux ne tarda pas à s'apaiser, et l'état du sujet devint à peu près stationnaire.

Pendant les mois de juin, juillet et août, les moyens suivants furent successivement employés: Sangsues à l'anus et derrière l'oreille droite, une saignée du bras, ventouses scarifiées et cautères le long du rachis, calomel et jalap, bains sulfureux, extrait de noix vomique, vésicatoires ammoniacaux saupoudrés avec la strychnine.

Le 6 août, on constate que les membres paralysés sont dans la même impotence et le même amaigrissement. Alors est commencé l'usage de la brucine à la dose d'un centigramme soir et matin. Ce médicament est très graduellement augmenté jusqu'à cinq centigrammes. Il y avait des secousses assez vives dans le côté gauche, surtout pendant la nuit, et quelques douleurs passagères. Le 12 septembre, on reconnaît un mieux évident.

Le 1<sup>er</sup> octobre, l'amélioration était plus sensible; le malade exécutait des mouvements avec sa jambe; il se levait, marchait assez facilement avec l'aide d'un bâton, il servait même dans la salle comme aide-infirmier. Parfois, il mangeait plus que la portion d'aliments qui lui était prescrite. Il avait repris des forces, de l'embonpoint. Les progrès étaient assez rapides. Le pied gauche s'appliquait mieux sur le sol. Toutefois, le membre inférieur ne pouvait encore servir seul à la station et à la marche.

Le 5 du même mois, le sujet est pris subitement de perte de connaissance; il tombe paralysé du côté droit; la face est très rouge, la respiration stertoreuse, la bouche pleine d'écume, les pupilles sont resserrées; il y a impossibilité de parler et d'avaler. Le bras droit est roide et contracté; il est un peu fléchi, et ne peut être étendu qu'avec effort. On pratique sur-le-champ une saignée de quatre palettes. Il ne survient aucun changement; le malade conserve l'attitude qu'on lui a donnée. Le pouls s'est rapidement affaibli, quoique le visage soit resté très coloré. Des révulsifs énergiques sont employés. La peau se couvre de sueur vers le milieu du jour. Mais aucune amélioration ne se manifeste, et le malade meurt à minuit, quinze heures après l'invasion de cette attaque.

*Nécropsie.* — Point de maigreur. Flaccidité de tous les membres.

Les muscles de la partie postérieure du tronc sont imprégnés d'une assez grande quantité de sang. En divisant les os du rachis, il s'en écoule aussi beaucoup.

La dure-mère rachidienne, recouverte d'un liquide rougeâtre, n'offre cependant aucune altération. L'arachnoïde est très injectée, mais n'est ni opaque, ni épaissie.

La moelle, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, dans une étendue de deux centimètres, présente un ramollissement très grand. La plus légère pression suffit pour la rendre diffluent; son

tissu est blanchâtre. Dans le reste de son trajet, on ne trouve aucune lésion particulière.

Adhérence de la dure-mère aux parois du crâne le long du sinus longitudinal supérieur. Glandes de Pacchioni très développées. Arachnoïde fort injectée, principalement dans la région frontale; la rougeur est moins forte dans les régions occipito-pariétales.

Substance cérébrale d'une consistance normale, présentant un piqueté rouge très prononcé. Chaque tranche laisse suinter un liquide rouge. Dans le côté externe du corps strié droit, on trouve une cavité pouvant recevoir une noisette. Le tissu du lobe voisin paraît faire partie de cette excavation, qui ne contient aucune parcelle de sang. Elle a une couleur jaunâtre; on peut apprécier d'une manière très évidente la présence d'une fausse membrane assez fine, qui tapisse toute sa surface interne. Les parois paraissent assez rapprochées; elles ne sont séparées que par quelques gouttes d'un liquide séreux. La substance cérébrale environnante ne présente point de ramollissement. Rien à noter dans les parties constituant le ventricule droit; aucune altération de texture, couleur, forme, etc.

Le ventricule gauche paraît à l'extérieur très distendu; il est rempli entièrement par un énorme caillot de sang et par du sang liquide. Ce caillot est consistant; il résiste à la pression des doigts. En cherchant la source de cette hémorrhagie, on la trouve au centre même du corps strié gauche, lequel est déchiré et totalement ramolli; il a presque disparu au milieu de cette sorte de magma sanguin. La couche optique et les autres organes saillants dans le ventricule, ne présentent rien d'anormal, ni les autres parties du cerveau.

Tissu du cervelet fortement injecté. Mésocéphale sain.

Poumons sains.

Cœur manifestement hypertrophié; son tissu est ferme, consistant, rougeâtre: épaisseur totale, sept centimètres et demi; diamètre transversal, quatorze centimètres; de la base au sommet, douze centimètres. Ventricule gauche: largeur de sa cavité, sept centimètres; épaisseur des parois, trois centimètres; cloison, deux centimètres.

Muqueuse gastrique très saine, pas même injectée. Arborisations très légères et éparses dans les intestins. Foie, rate, reins, à l'état normal.

CDLXX<sup>e</sup> OBS. — Femme, cinquante ans. Attaque d'apoplexie dans l'été de 1843; hémiplegie gauche. En juillet 1844, deuxième attaque; apoplexie légère; alors, embonpoint conservé, paralysie faciale gauche incomplète, pupille gauche plus dilatée, vue trouble à gauche, surdité du même côté. Paralysie complète du membre supé-

rieur gauche, sauf quelques mouvements des doigts, ordinairement fléchis et roides; sensibilité conservée. Mouvement du membre inférieur plus libre et sensibilité conservée. Intelligence faible; respiration, digestion s'exécutant bien; urines quelquefois involontaires. 15 novembre, perte subite de connaissance, coma, yeux entr'ouverts, par moments contraction spasmodique des muscles de la face; roideur de la nuque et des muscles paralysés; respiration de temps à autre suspicieuse, impulsion du cœur faible, pouls petit, 80. Troisième jour, réaction, cessation du coma, parole embarrassée, paralysie plus complète dans les membres gauches. Retour à l'état antérieur, mais intellect plus faible, trouble des idées, douleur de tête, contracture douloureuse dans les membres affectés; évacuations involontaires, quelques nausées, vomissements. 1<sup>er</sup> février 1845, en déjeunant, perte subite de connaissance, pâleur de la face, résolution complète des membres, insensibilité absolue, stertor, pouls petit, peu fréquent, irrégulier. Mort au bout de cinq heures. — Roideur cadavérique cinquante-huit heures après la mort. Veines superficielles du cerveau gorgées de sang noir. Pas d'ossification des artères de la base du cerveau. Substance médullaire sablée. A gauche, dans le centre ovale, deux petits foyers sanguins récents communiquant avec le ventricule. Ventricules latéraux distendus par une grande quantité de sang noir en partie coagulé. Partie externe du corps strié gauche et pulpe cérébrale voisine déchirées, ramollies, de couleur rouge-brunâtre, comme triturées avec du sang. Cornes antérieure et postérieure du ventricule distendues; voûte à trois piliers soulevée; septum déchiré. Au côté externe du corps strié droit, à son union avec la masse cérébrale voisine, excavation allongée, dont les parois, presque en contact, sont séparées par une petite quantité de sérosité roussâtre. Ces parois, offrant une couleur jaunâtre café au lait, sont tapissées par une membrane lisse assez résistante. Autour, la pulpe cérébrale est un peu jaune et molle; la partie supérieure de la cavité, jaune, presque linéaire, résistante, représente une espèce de cicatrice. Les artères sylvienne et choroïdienne ont des points d'ossification (1).

CDLXXI<sup>e</sup> OBS. — Homme, cinquante-six ans; excès alcooliques. Octobre 1808, attaque d'apoplexie; pendant trois ou quatre mois, paralysie du bras gauche; guérison. 24 août 1811, perte de connaissance, chute sur le côté droit, qui reste paralysé; stertor, déglutition difficile, pouls 120; pupilles contractées, immobiles, coma; urines involontaires. Mort le 26, environ quarante heures après la dernière

(1) Schützenberger, *Résumé de la clinique médicale*. (Gazette médicale de Strasbourg, 1845, p. 199.)

attaque. — Vaisseaux céphaliques très engorgés. Légère infiltration sanguine entre l'arachnoïde et la pie-mère en divers points, sur le lobe antérieur droit et sur le cervelet. Dans le corps strié gauche et une partie de l'hémisphère correspondant, large caverne contenant trois onces de sang coagulé encore un peu rouge. Ce corps strié est refoulé vers le ventricule, qui ne contient pas de sang. Dans le corps strié droit, cavité d'un pouce trois lignes de diamètre, arrondie, à parois lisses, tapissées par une membrane comme séreuse, contenant un gros de sérosité citrine. Ces parois, dans l'épaisseur d'une ligne, ont une teinte jaune et un tissu ferme (1).

CDLXXII<sup>e</sup> Obs. — Femme, soixante et un ans. Il y a deux mois, première attaque d'apoplexie; deuxième le 1<sup>er</sup> janvier; hémiplegie gauche sans contracture, ouïe normale, mais réponses nulles; sensibilité conservée, ecchymose sur la conjonctive gauche; amélioration jusqu'au 9; parole revenue, appétit; le 12, cris plaintifs, soif, abus de vin; la nuit, délire, loquacité, évacuations involontaires, dyspnée, râle trachéal, pupilles un peu contractées, mobiles. 16, mort. — Système veineux céphalique gorgé de sang. Caillot de sang dans le ventricule latéral droit, sur le corps strié, de formation récente, entouré d'une bouillie noirâtre, formée en partie de sang et en partie du détrit de la substance cérébrale. Le ramollissement de celle-ci a pénétré jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur. Le corps strié gauche, qui est d'un jaune vert et d'une teinte brune en quelques points, et dont le tissu est ramolli, recèle les débris d'un ancien épanchement sanguin (2).

CDLXXIII<sup>e</sup> Obs. — Un homme qui ne présentait, excepté une certaine difficulté pour articuler les mots, aucun indice de lésion des centres nerveux, mourut à l'hôpital Saint-George d'une autre maladie. — A l'ouverture, on trouva dans le corps strié gauche une petite cavité vide et tapissée par une membrane lisse. Cette membrane était histologiquement constituée par des fibres très ténues et des noyaux, de nombreux vaisseaux sanguins, une matière granuleuse et adipeuse, des cristaux d'hématine et des globules arrondis d'un jaune rougeâtre. Dans le corps strié droit se trouvait une petite masse de sang extravasé noir, entouré par un kyste mince. Celui-ci, mou et lisse en dehors, était composé de fibres, de rares noyaux, de beaucoup de matière adipeuse, de quelques vaisseaux sanguins légèrement imprégnés de particules adipeuses. La substance cérébrale voisine présentait de la matière adipeuse et des granules, etc. (3).

(1) Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 32.

(2) Roy, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 179, p. 12.

(3) J.-W. Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1855, t. VI, p. 38.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagies simultanées dans les deux corps striés.*

CDLXXIV<sup>e</sup> Obs. — Marchande de modes, vingt-un ans, va se promener avec quelques personnes le 1<sup>er</sup> août, et se montre plus gaie qu'à l'ordinaire. Elle était menstruée toutes les quatre semaines, se plaignait parfois de la tête, et avait senti ces jours derniers de grands battements dans les carotides. Le 2 août, à huit heures du matin, paralysie subite des membres droits; quelques mots sont proférés, et à l'instant perte de connaissance, convulsions des membres supérieurs, grincements des dents et écume à la bouche. Pupilles dilatées, mais sensibles à la lumière. Battements du cœur sentis dans toute la poitrine, action des artères violente, pouls 120, constipation. Les convulsions cessent après la saignée, mais l'insensibilité persiste, et la mort a lieu à neuf heures du soir, le même jour. — Circonvolutions des hémisphères cérébraux un peu aplaties, arachnoïde sèche, vaisseaux de la pie-mère extraordinairement injectés, ventricules contenant environ trois gros (12<sup>gr.</sup>) de sérosité sanguinolente, plexus choroïdes tuméfiés par une extravasation sanguine. Les corps striés sont infiltrés par de nombreuses petites extravasations de sang noir; le gauche est, en outre, complètement pultacé et couleur lie de vin. L'extravasation paraît limitée à la substance grise, tandis que la substance médullaire adjacente conserve sa couleur et sa vascularité normales, mais sa consistance est un peu diminuée (1).

CDLXXV<sup>e</sup> Obs. — Femme, trente-quatre ans, bonne santé. Il y a quatre mois, violent chagrin suivi d'insouciance, d'apathie; évacuations involontaires. Le 6 décembre, refus de prendre des aliments. Le 7, à huit heures, respiration stertoreuse, assoupissement profond, sueur, visage rouge; pupilles dilatées, immobiles; pouls petit, faible, fréquent; râle. Mort le même jour à midi. — Vaisseaux méningiens engorgés. Dans les ventricules latéraux, une once de sérosité. Corps strié gauche mou, gonflé, un peu inégal, contenant un grand nombre de petits épanchements de sang de la grosseur d'une tête d'épingle. Le droit, même altération, et de plus cavité pouvant loger une noix, et se continuant avec une autre excavation située dans le lobe antérieur. Celle-ci contient une once et demie de sang, s'étend en dehors et en avant jusqu'aux méninges, qui cependant ont résisté. Substance cérébrale voisine réduite en pulpe jaunâtre (2).

(1) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological inflammation of the nervous system*. Edinburgh, 1843, p. 63. (*Edinb. Med. and Surg. Journ.*, n° 157.)

(2) Rivière, Thèse, 1811, n° 52, p. 8. — Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 27.