

grande quantité de sang noir en partie coagulé. Corps calleux et septum presque détruits. Couche optique et corps strié droits désorganisés, contenant un gros caillot. Dans l'estomac et le gros intestin, quelques plaques rougeâtres (1).

DLXVI^e OBS. — Femme, quatre-vingts ans. Février, premier jour, attaque, chute, côté gauche paralysé, insensible, roide; la malade ne répond pas, mais elle porte la main droite à la tête; stertor, joues soulevées à chaque expiration, contracture des muscles du tronc. Deuxième jour, rigidité très grande du membre inférieur gauche, moindre au supérieur, coma, déglutition impossible, pouls naturel quant à la fréquence, mouvement automatique de la main droite, comme pour se couvrir, se moucher, etc. Troisième jour, insensibilité des deux bras, plus marquée à droite, urines involontaires. Mort. — Déchirure du corps strié et de la couche optique droits. Épanchement de sang dans l'hémisphère droit et dans le ventricule du même côté (2).

DLXVII^e OBS. — Femme, quatre-vingt six ans. Apoplexie en janvier. Paralyse de tout le côté gauche. — Beaucoup de sang dans le ventricule droit, en partie coagulé. Corps calleux repoussé. Septum déchiré. Quatrième ventricule plein de sang. Corps strié et couche optique droits presque détruits et confondus, sans ligne de démarcation (3).

Résumé des observations relatives aux hémorragies simultanées des corps striés et des couches optiques.

I. Ces observations, au nombre de quarante-huit, se partagent ainsi :

Hémorragies du corps strié et de la couche optique n'ayant qu'un foyer commun.....	14
Hémorragies simultanées du corps strié et de la couche optique ayant des foyers distincts.	6
Hémorragies des corps striés et des couches optiques affectant les deux côtés.....	4
Hémorragies des corps striés et des couches optiques, avec effusion de sang dans les ventricules.....	24
	48

(1) De Droullin, Thèses de Paris, 1825, n° 222, p. 24.

(2) Quesneville, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 326, p. 54.

(3) Wenzel, *De Penitiori cerebri structurâ*, p. 97.

II. Les sujets qui ont fourni ces observations appartenaient presque également aux deux sexes; savoir : 25 hommes et 23 femmes.

III. Aucun individu n'appartenait à l'enfance.

1 avait.....	18 ans.
2 avaient	26 et 30 ans.
6 —	de 31 à 40 ans.
5 —	de 41 à 50 —
9 —	de 51 à 60 —
12 —	de 61 à 70 —
7 —	de 71 à 80 —
1 individu avait.....	86 ans.
43	

IV. Comme dans les sections précédentes, la majorité était composée d'individus d'une constitution forte; quelques-uns avec obésité et cou court; mais plusieurs étaient désignés comme ayant une prédominance nerveuse, et d'autres comme faibles et lymphatiques.

V. Les excès alcooliques ont été dénoncés sept fois.

VI. Les chagrins, les frayeurs vives l'ont été deux fois (DXXI, DXXXIII).

VII. En ce qui concerne le sexe féminin, je trouve notées une personne dont les règles manquaient à dix-huit ans (DXX); une femme idiote et muette ayant eu, au sixième mois de grossesse, de fréquentes attaques d'épilepsie (DXXXVVI); une femme, au huitième mois de grossesse, ayant éprouvé une fatigue excessive, et accouché d'un enfant mort (DXLVI); enfin, une femme ayant avorté il y avait huit mois et se trouvant encore enceinte de six mois, et atteinte d'une céphalée continuelle (DXLVII).

VIII. Trois individus étaient atteints d'aliénation mentale (DXXVI, DXXXV, DXLIII).

IX. Les phénomènes précurseurs ont été une céphalalgie habituelle ou fréquente, frontale ou pariétale, des vertiges, de la somnolence, l'engourdissement des membres des deux côtés ou d'un seul.

X. La maladie a débuté, dans quelques cas, par une ou deux attaques peu intenses.

XI. L'attaque dernière a, le plus souvent, été constituée par une perte de connaissance complète plus ou moins prolongée. C'est ce qu'on a observé dans 31 cas. Celle de Dupuytren fut légère et de courte durée (DXL). Dans plusieurs cas, il n'y a pas eu de suspension des fonctions cérébrales. Le début a été marqué par l'engourdissement des membres d'un côté (DXXII), par des paralysies partielles successives (DXXIV), par un tremblement subit (DXXXVI), par la perte de la parole (DXX), par des vomissements (DXLVIII); dans un cas, il y eut faiblesse soudaine, mais graduelle, d'une main, le malade conservant sa présence d'esprit; toutefois, en peu d'instant, l'hémiplégie fut complète (DLXIV).

XII. L'intellect peut se rétablir après l'attaque et paraître intact (DXXVII, DXXVIII, DXXXI); mais souvent, il a perdu son activité; les idées sont confuses, la parole est embarrassée. Il y a eu de la céphalalgie chez six sujets, du délire dans deux cas de complication d'érysipèle de la tête (DXXII, DXXX); l'état comateux s'est montré souvent.

XIII. La perte complète de la parole a été rare, du moins chez les sujets qui avaient recouvré l'intelligence. Chez une personne que j'ai observée, l'aphasie a persisté, avec une très légère amélioration survenue après plusieurs mois (DXXXVII). Dans un autre cas, où il est dit que la langue était gonflée et peu mobile, au bout de deux ans, la mobilité de cet organe et des lèvres était rétablie, mais la parole demeurait toujours inintelligible (DXXXII).

XIV. Pupilles tantôt dilatées (six fois), tantôt resserrées (neuf fois).

XV. La paralysie a été le symptôme le plus fréquent, puisqu'il s'est montré quarante-quatre fois sur quarante-huit cas, en offrant les variétés suivantes :

Il y a eu hémiplégie gauche.. 49 fois.
— droite... 42 —

Hémiplégie successive à droite et à gauche.....	3 fois.
Paralysie des quatre membres à la fois.....	7 —
Paraplégie.....	2 — (DXXXIV, DXXXIX).
Légère paralysie de la bouche	1 — (DXL).
	44 fois.

Les quatre cas demeurés exempts de paralysie sont de ceux où la mort a été rapide, ou ceux dans lesquels le spasme a dominé.

XVI. Les faits dans lesquels les phénomènes spasmodiques ont apparu sont peu nombreux. Il s'en trouve cinq dans lesquels on a pu noter des convulsions des membres droits ou gauches, ou de la face et du cou, ou de simples secousses convulsives (DXX, DXXIII, DXLV, DXLVII, DLVII). Dans un autre cas, il y eut des mouvements désordonnés des membres, des soubresauts de tendons, des grincements de dents (DXXVII). D'autre part, il se trouve quelques cas de spasme tonique : rigidité des membres des deux côtés ou d'un seul côté, contracture spéciale et même tétanique des membres supérieurs, la tête étant fortement portée en arrière (DLI, DLII, DLIV, DLV, DLVI, DLXVI). Ainsi, c'est à peine si quelques phénomènes spasmodiques se sont montrés chez le quart des sujets qui forment cette section.

XVII. La sensibilité a paru quelquefois éteinte dès les premiers instants, et ne s'est pas réveillée lorsque la terminaison de la maladie a été rapide et fatale. Elle a été quelquefois conservée dans les parties frappées de paralysie (DXXII, DXXIV, DXXXI); plus souvent, elle a été émoussée (DXXV, DXXXVI, DXXXVIII, DXXX, DXXXVIII, DLI, DLIII, DLV, DLXIII). Chez des sujets que j'ai observés, la sensibilité a été d'abord émoussée, puis exaltée et pervertie. Par suite d'aberration du sentiment, les corps tièdes donnaient la sensation d'un froid glacial (DXXVII). Dans un autre cas, j'ai vu, la paralysie étant à gauche, des douleurs vives être ressenties dans le côté droit (DXLVI).

XVIII. Il est survenu, chez quelques malades, des vomissements (DXXII, DXXV, DXXVII, DXXXIX, DLX), de la dysphagie (DXXVI, DXXVII, DLI, DLIV, DLV, DLVI), des évacuations involontaires.

XIX. Le pouls a été très variable, quelquefois même lent (DLXI) et fréquent chez le même individu (DXXII). Il a paru, dans un cas, plus petit et plus faible au bras paralysé (DXXIV).

XX. La respiration a été plus ou moins altérée, fréquente, irrégulière, accompagnée de bâillements (DXXVIII), etc.

XXI. Dans un cas, le bras gauche paralysé a paru plus froid que le droit (DLXI); dans un autre, il y a eu des sueurs très abondantes (DXXI).

XXII. L'hémorragie du corps strié et de la couche optique a offert une gravité assez prononcée et une marche en général rapide, même lorsque les foyers sont demeurés circonscrits; mais elle s'est montrée plus promptement funeste quand le foyer s'est rompu dans les ventricules. Voici la durée présentée par les cas de la première catégorie: La mort est survenue de un à dix-sept jours dans huit cas; d'un à neuf mois en six cas. Elle n'a eu lieu, chez quatre individus, que d'un à cinq ans (DXXI, DXXXII, DXXXIV, DXXXVIII). Chez les sujets de la deuxième catégorie, la mort a eu lieu, en quelques heures, neuf fois, et du premier au huitième jour, treize fois. Deux cas de cette catégorie réclament une mention particulière. C'est d'abord celui de cet ancien greffier, qui sent par degrés son côté gauche se paralyser; puis qui, après une notable amélioration, a une paralysie droite, et ne tarde pas alors à succomber (DLXIV); ensuite celui de ce maréchal-ferrant, qui présenta des traces d'anciens foyers hémorragiques dans les éminences intra-ventriculaires et de lésion de l'épendyme (DL). Ces détails, mieux placés plus loin, ne sont indiqués ici que comme preuves de la possibilité d'une guérison, même dans des conditions qui ont dû être défavorables.

XXIII. Le siège de l'hémorragie a été, dans le corps

strié et la couche optique du côté droit, vingt-quatre fois; dans ceux du côté gauche, quinze; et, à la fois, dans les deux côtés, neuf fois; mais assez souvent, dans ces derniers, un côté n'a été affecté qu'un certain temps après l'autre. Les hémiplegies ont toujours été en rapport croisé avec les lésions.

XXIV. Le foyer hémorragique a été quelquefois placé sur la limite respective des deux éminences, empiétant un peu plus sur l'une, ou sur l'autre. D'autres fois, les foyers étaient distincts. Il y a eu tantôt infiltration sanguine, tantôt collection liquide, tantôt caillot assez volumineux. On a rencontré dans ces foyers des vaisseaux distincts (DXXXI) et des ampoules anévrysmatiques (DLXIII). Vers le commencement du deuxième mois s'est montrée la fausse membrane destinée à former l'enveloppe du sang concrété. Après un an, cette sorte de kyste ne contenait plus que de la sérosité, et servait de base à une cicatrice assez ferme.

XXV. Le foyer hémorragique, dans l'un des cas où l'aphasie avait été opiniâtre, s'étendait jusqu'à l'insula de Reil gauche, mais n'atteignait point les circonvolutions qui s'en rapprochent (DXXXII).

XXVI. Lorsque les ventricules ont reçu le sang provenant du corps strié et de la couche optique, ils se sont dilatés avec plus ou moins de rapidité; le septum a été rompu souvent, et le corps calleux quelquefois déchiré; le sang a fusé dans l'aqueduc de Sylvius, il a pu parvenir dans le ventricule du cervelet, et dans un cas, par une rupture du calamus scriptorius, se répandre dans la cavité de l'arachnoïde (DLVIII).

XXVII. Après un temps plus ou moins long, l'épendyme a été trouvé épais et résistant, le corps strié et la couche optique parsemés d'inégalités, la bandelette demi-circulaire, large et dense (DL).

XXVIII. La substance cérébrale voisine des épanchements a été souvent ramollie. Dans six cas, il y avait dans les ventricules latéraux une assez grande quantité de séro-

sité sans épanchement de sang. J'ai vu du liquide séreux entre les deux lames du septum (DXXVII).

XXIX. Les artères encéphaliques ont été trouvées, chez quelques sujets, athéromateuses (DXXIX, DXXXII, DLXI), ossifiées (DXXXVIII). Le cœur était hypertrophié chez neuf individus; dans quelques cas, avec incrustation cartilagineuse ou calcaire des valvules, ou de l'aorte.

SÉRIES SUPPLÉMENTAIRES. — *Coincidence de diverses hémorragies avec celles des corps striés et des couches optiques.*

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies des méninges, des lobes cérébraux, des corps striés et des couches optiques.*

DLXVIII^e OBS. — Boudon (Augustin), âgé de dix-huit ans, né à Agen, domicilié à Cadillac depuis quinze jours, entre à l'hôpital Saint-André (service de la clinique interne) le 31 janvier 1862. Ce jeune homme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, n'a jamais été malade. Il ne tient de ses parents aucun principe morbifique héréditaire; il vit dans des conditions de salubrité convenables, et n'a jamais fait aucune espèce d'excès.

Dans ces derniers temps seulement, Boudon a éprouvé de violents chagrins. Forcé de quitter la maison paternelle, il y a une quinzaine de jours, pour éviter les mauvais traitements qu'il subissait de la part d'une marâtre, une grande tristesse s'empara de lui. Sa santé devint chancelante; il n'avait plus le goût du travail; il avait de l'anorexie, une insomnie habituelle, des maux de tête fréquents. Il ne rompit cependant pas avec ses occupations habituelles; mais le 28 janvier, pendant qu'il travaillait, il fut pris brusquement de vertiges, et tomba. Il ne perdit pas connaissance, n'eut pas d'écume à la bouche, n'eut ni convulsions, ni éblouissements, ni tintements d'oreilles, mais on fut obligé de le transporter sur un lit; il était tellement faible que ses jambes se refusaient à le soutenir. A peine couché, il fut pris de sueurs abondantes qui durèrent près de trois heures. Des nausées et des vomissements bilieux leur succédèrent. La céphalalgie devint très-intense. Ces divers symptômes persistèrent jusqu'au 31 janvier, jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

On constate l'état suivant: décubitus dorsal, léger assoupissement. Le malade répond lentement et comme avec répugnance aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est régulier, un peu plein, non fréquent, 60-65. Il existe dans la tête un sentiment de pesanteur

profonde; elle ne peut être tenue abaissée sans qu'il y ait aussitôt menace de nouveaux vertiges. La face est pâle, amaigrie; les yeux sont saillants, douloureux, sans injection; le regard est hébété. Anorexie, pas de soif, langue naturelle, pas d'amertume à la bouche. Le ventre est souple et indolent, les selles sont normales. Les nausées et les vomissements ont disparu depuis ce matin.

1^{er} février. La nuit a été très agitée. Ce matin, le pouls est plein, mais lent, 52. Le sentiment de lourdeur qui existait dans la tête s'est transformé en une céphalalgie qui a son maximum d'intensité aux régions frontale et sus-orbitaires. L'état général est le même qu'hier. (Saignée du bras de 300 grammes, sinapismes aux membres inférieurs, bouillon.)

2. Pas de changement.

3. La nuit a été plus calme; la céphalalgie est moins intense, mais l'assoupissement persiste, et le pouls devient plus petit et plus lent, 45. (Tisane; infusion de valériane, 400 gr.; soupe.)

4. L'état du malade s'améliore; mais l'ennui le gagne. Il exige son exeat le 12 février, bien qu'il éprouve encore un sentiment de gêne marqué dans la tête et une faiblesse générale assez prononcée; sa face est toujours pâle, son regard hébété; il a de l'inappétence, et un fonds de tristesse qui le tient éloigné des autres malades.

12. Boudon était au moment de quitter l'hôpital vers dix heures du matin, lorsqu'il tombe brusquement, sans pousser aucun cri. On le place aussitôt sur son lit, et on peut constater qu'il y a perte complète de la sensibilité et de l'intelligence. Les muscles des membres sont dans un état de roideur; le pouce est fléchi dans la paume de la main; la respiration est presque suspendue, le pouls est faible et petit. Il s'écoule par la bouche des jets de mucosités sanguinolentes, les veines du cou sont tuméfiées, la face est congestionnée. Bientôt les mouvements respiratoires recommencent, la rougeur de la face diminue; le malade agite le membre supérieur droit et fait des efforts pour parler, mais ne peut parvenir à articuler aucun son. On s'aperçoit alors qu'il y a une hémiplegie du côté gauche. La bouche n'est pas déviée. (Quatre sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux membres inférieurs.)

Soir, trois heures. Le coma persiste, le mouvement et la sensibilité sont abolis dans tout le côté gauche; les mâchoires sont fortement resserrées; il est impossible au malade de rien avaler.

13. La connaissance est un peu revenue; le malade comprend toutes les questions qu'on lui adresse, et répond assez juste par *oui* et par *non*. Le pouls est calme. Céphalalgie très-intense, surtout du côté droit; difficulté moins grande de la déglutition. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

14. Dans la soirée d'hier, le visage a été le siège de fréquentes alternatives de coloration et de pâleur; il y a eu un peu d'agitation. Aujourd'hui, le coma est profond; le malade ne répond plus aux questions. Cependant l'ouïe est conservée, car il tire la langue quand on le lui demande, mais il l'oublie hors de la bouche. L'hémiplégie persiste, l'excrétion des urines est involontaire; constipation. (Un vésicatoire à la nuque, deux vésicatoires aux jambes; potion avec musc, 0,30; bouillon.)

15. Le pouls est toujours fort, large et plus fréquent, 90; la peau est chaude, les conjonctives sont injectées et la face est congestionnée; les urines coulent toujours involontairement et la constipation persiste. (Calomel, 1,00, avec scammonée, 0,15; large vésicatoire sur la tête.)

16. Le pouls est à 96, les pupilles sont dilatées et immobiles, les paupières à demi fermées; il s'écoule par l'angle interne un liquide séro-purulent assez abondant. Strabisme convergent de l'œil droit, affaiblissement de la vue. On est obligé de fixer le membre supérieur droit, parce que le malade le porte constamment à sa tête pour tâcher d'enlever le vésicatoire qui recouvre le cuir chevelu. La déglutition est toujours difficile, les mâchoires restent resserrées, le malade ne prend qu'une très petite quantité de biscuit trempé dans du vin; il ne peut plus tirer la langue; le ventre se rétracte; il y a eu deux selles involontaires. (Potion avec musc, 0,30.)

17. Le pouls est plus petit et plus fréquent, 105; la déglutition est un peu moins difficile, mais le coma persiste. Excrétions toujours involontaires. La peau devient rouge à la région sacrée. (Infusion de valériane, 100,00; sirop d'éther, 20,00. On saupoudre le lit avec du tannate de plomb. Bouillon.)

A partir de ce moment, l'état s'aggrave, la fièvre persiste; le pouls se maintient toujours à 95-105. La déglutition devient de plus en plus difficile, le coma plus profond. Les mouvements désordonnés du membre supérieur droit disparaissent. Le malade ne prononce plus une seule parole. Les urines coulent toujours involontairement, le ventre s'est fortement rétracté. A la constipation succède une diarrhée séreuse abondante; l'amaigrissement fait de très notables progrès; une eschare se forme dans la région sacrée et va toujours en s'agrandissant; le malade expire le 25 février, après une lente agonie.

Nécropsie. — L'eschare de la région sacrée a laissé à sa place un large ulcère, au fond duquel on aperçoit le sacrum rugueux et dépouillé de son périoste. Les muscles sont grêles, la maigreur considérable.

Hypérémie manifeste des méninges. Les veines de la dure-mère

et les sinus sont gorgés d'un sang noir. Toute la portion de la dure-mère qui recouvre les deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit est d'un bleu violacé extrêmement marqué. En l'incisant, on trouve un caillot aplati, assez dur, s'étendant sur toute la surface de l'arachnoïde viscérale correspondante; il pèse 30 grammes. La face interne de la portion de dure-mère qui le recouvre est lisse, et on n'y voit aucune trace de fausse membrane.

Le cerveau présente une disproportion manifeste entre les deux hémisphères, le droit étant sensiblement plus volumineux que le gauche, surtout au niveau de sa corne frontale, qui paraît ramollie et cède à une faible pression. Le doigt pénètre à un centimètre environ de profondeur, et par cette ouverture il s'écoule un liquide jaunâtre assez épais, ayant tout à fait l'aspect du pus mal lié. On incise alors avec précaution l'hémisphère droit en allant de haut en bas, et on tombe dans un vaste foyer contenant un liquide en tout semblable à celui qui s'est échappé par l'ouverture de la corne frontale. La substance cérébrale qui en forme les parois est réduite en une masse pulpeuse, grisâtre, diffluente. Cette altération s'étend jusqu'à un centimètre et demi des circonvolutions de la convexité. Au centre du foyer proémine un corps solide, noirâtre. En le divisant, on reconnaît qu'il est formé par un gros caillot sanguin, assez mou, s'enfonçant profondément dans la substance cérébrale, atteignant presque, par sa partie inférieure, les circonvolutions de la base, et mesurant 6 centimètres de hauteur. En prenant quelques précautions, on peut l'enlever en entier; il pèse 185 grammes. Il n'existe pas de trace du corps strié droit. La couche optique paraît saine à l'extérieur; mais en l'incisant suivant son plus grand diamètre, on la trouve bordée à son extrémité antérieure par une substance gélatiniforme ayant une épaisseur de 2 millimètres environ. Le reste du ventricule latéral est sain. Un peu de sérosité sanguinolente se trouve dans la corne occipitale. Le trigone cérébral, le septum lucidum, sont très ramollis et se déchirent avec la plus grande facilité. L'hémisphère gauche est sain; les coupes faites dans plusieurs sens ne laissent pas même apercevoir de piqueté.

L'examen le plus minutieux du mésocéphale, du bulbe et du cervelet, ne permet de rien constater. Les viscères thoraciques sont sains, les voies digestives à l'état normal. On ne peut signaler qu'une injection assez vive de quelques anses intestinales et de plusieurs points du colon.

DLXIX^e OBS. — Homme, quarante-huit ans, atteint il y a cinq ans d'apoplexie, hémiplégie droite; d'ailleurs robuste et bien portant. En février, perte subite et complète de connaissance, résolution des membres, puis agitation convulsive, surtout des bras, râle entendu

à distance. Pâleur, occlusion des paupières, large et inégale dilatation des pupilles, encore sensibles. Membres supérieurs légèrement contracturés, éprouvant, ainsi que les globes oculaires, des secousses convulsives, tandis que les membres inférieurs sont dans la résolution. Sensibilité abolie à gauche, persistant à droite; le malade fume la pipe. Coma profond, vomissement. Mort le deuxième jour. — Infiltration sanguine de la pie-mère à la partie postérieure de la face inférieure du cerveau et à la face supérieure du cervelet. Foyer hémorragique dans la couche optique droite, avec infiltration du corps strié voisin et irruption du sang dans les ventricules latéral droit et moyen, et en suivant l'aqueduc de Sylvius dans le quatrième ventricule. Ancien foyer répondant au ventricule gauche, d'aspect fibrineux et de couleur jaune, formant une caverne anfractueuse qui se prolonge dans l'épaisseur du lobe frontal (1).

DLXX^e Obs. — Pierre Lussac, âgé de cinquante-deux ans, de Lesparre, jardinier, d'une constitution forte, sujet aux fièvres intermittentes, était entré en décembre 1850 dans le service de la clinique interne de l'hôpital Saint-André pour une hypertrophie considérable de la rate. Cet organe avait subi une diminution notable de son volume au bout de quelques semaines. Mais au moment où le malade allait sortir surviennent des symptômes de bronchite, puis d'irritation intestinale. Un œdème se manifeste aux membres inférieurs; le ventre se développe; un ascite se prononce. En outre, la diarrhée a lieu.

Tel était l'état du malade lorsque, le 30 janvier 1851, le matin de bonne heure, il est frappé tout à coup de perte absolue des sens et de la parole, immédiatement suivie de la perte du mouvement et de la sensibilité dans tout le côté droit du corps. Pupilles très resserrées et immobiles. Pouls plein. 76. Ventre tendu. (Saignée du bras; vésicatoires aux jambes.) Le soir, râle trachéal, abolition complète de la sensibilité. 31, coma profond, stertor, pupille droite très resserrée, pupille gauche un peu dilatée; évacuation involontaire de l'urine. Mort vers deux heures de l'après-midi (trente-cinq heures après l'invasion).

Nécropsie. — Sous les méninges qui recouvrent l'hémisphère gauche du cerveau se trouve une couche de sang coagulé et noirâtre. Cette couche a à peu près une ligne d'épaisseur. Elle se trouve dans la pie-mère et recouvre les circonvolutions, dont la surface ne présente aucune altération. Le ventricule latéral droit est rempli de caillots de sang noirâtre volumineux. Le corps strié et la couche optique du même côté sont largement déchirés, et eux-mêmes

(1) Hillairet, *Archives*, 1858, 5e série, t. XI, p. 336.

imprégnés de sang. Rien d'anormal dans le ventricule gauche ni dans les diverses parties de l'encéphale, ni dans les organes thoraciques. Épanchement séreux considérable dans l'abdomen. Rate volumineuse ayant vingt-deux centimètres de long, sans altération notable de sa texture. Muqueuse gastro-intestinale à peu près saine; seulement, à la fin de l'iléon et dans le colon, rougeur et arborisations vasculaires. Foie et reins exempts d'altération.

DLXXI^e Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, ivrogne; excès d'eau-de-vie. En juin, perte subite de connaissance, face un peu colorée, yeux saillants, bouche déviée à gauche, paralysie du bras droit sans roideur, un peu de roideur des fléchisseurs et paralysie de la jambe droite, pouls normal. Le malade comprend, mais ne peut tirer la langue; sensibilité cutanée obtuse. Deuxième jour, un peu mieux; quelques mots sont prononcés; sensibilité moins obtuse. A dix heures du soir, face rouge, yeux saillants, stertor, tremblement convulsif général, sueurs, insensibilité. Mort quatre heures après. — Épanchement très superficiel de sang noir occupant toute l'étendue de l'hémisphère droit, le cervelet et le commencement de la moelle épinière; c'est une infiltration de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère, jusque dans les anfractuosités. Méninges de l'hémisphère gauche saines; mais, dans les lobes antérieur et moyen, vaste caverne (volume d'un œuf de dinde), bornée en dedans et en arrière par la corne d'Ammon, entourée de substance médullaire ramollie et parsemée de petits épanchements gros comme des têtes d'épingles. Couche optique et corps strié gauches désorganisés à leur côté externe. Cœur volumineux. Estomac présentant de l'injection et comme des végétures. (Vitry croit que l'infiltration méningienne droite provient d'une infiltration du foyer hémorragique droit.) (1).

DLXXII^e Obs. — Homme de peine, cinquante-sept ans, tempérament sanguin, constitution forte, cou court et gros, ivrogne. En décembre, récente ivresse qui dure trois jours, après laquelle, pour la première fois, perte de connaissance, immobilité, perte de la parole, hémiplegie droite; les membres gauches, quoiqu'immobiles, sont sensibles, et, si on les pince, le malade fait quelques efforts pour les ramener à la demi-flexion. Respiration stertoreuse, profonde, accélérée; pouls fort, plein, vite, battements du cœur énergiques, face injectée, cou gonflé, légère sueur, paupières demi-closes, yeux fixes, bouche fermée, joues légèrement soulevées à chaque expiration. Pas d'amélioration; immobilité, déglutition impossible, coma. Mort le troisième jour. — Sang infiltré et coagulé

(1) Vitry, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1823, p. 45.