

sous l'arachnoïde, autour des deux hémisphères cérébraux, du mésocéphale, et entre les deux lobes du cervelet. Dans le lobe cérébral antérieur gauche, en dehors du corps strié, foyer sanguin du volume d'un œuf de poule, contenant du sang liquide et noir et des caillots fibrineux intercalés de substance cérébrale. Autour du foyer, une multitude de petits points noirs, formés par du sang coagulé à l'extrémité des rameaux vasculaires rompus. Substance cérébrale en cet endroit rosée, ramollie, diffluente, recouvrant une autre couche plus épaisse et de consistance naturelle, mais jaunâtre, et parcourue par des stries sanguines. Une multitude d'autres foyers plus petits sont creusés dans les environs et communiquent avec le foyer principal, qui s'est rompu dans le ventricule, au-dessus et au niveau du corps strié, lequel était lui-même déchiré supérieurement et en dehors. Septum lucidum rompu. Voûte à trois piliers soulevée. Les trois autres ventricules remplis de sang liquide. En divers points, des traces d'ecchymose ou d'effort hémorragique avorté, et de petits épanchements sanguins. Cœur volumineux, d'une épaisseur double de l'état normal. Poumons amples et sains. Muqueuse gastrique rouge épaisse, comme granuleuse, ses vaisseaux très injectés. Foie volumineux, rougeâtre. Muqueuse de l'iléon rouge, injectée<sup>(1)</sup>.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies de la substance corticale du cerveau et de la couche optique.*

DLXXIII<sup>e</sup> OBS. — Femme, soixante-seize ans, paralysée depuis dix ans, immobile depuis quatre. Hémiplégie droite avec contraction; extension du membre supérieur, flexion des doigts et supination de l'avant-bras. — Rigidité cadavérique commencée cinq heures après la mort du côté gauche, et presque nulle à droite. Pyramide antérieure gauche atrophiée, présentant une bandelette grise qui se termine en pointe au niveau de l'entrecroisement. Vaste foyer hémorragique cicatrisé dans la couche optique gauche. Divers petits foyers hémorragiques remplacés par des cicatrices dures et ocrées. A la surface des circonvolutions et dans la substance grise, nombreuses petites taches violacées, noirâtres ou jaune ocrées, globuleuses, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet; ce sont des anévrysmes développés sur de très petites artères. On s'en assure par la dissection et par l'examen microscopique. Ils sont constitués par une membrane d'enveloppe du tissu conjonctif, riche en noyaux, se continuant avec la membrane adventice de l'artère. On trouve dans l'épaisseur de cette membrane et en dehors d'elle

(1) Richarme, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1825, n<sup>o</sup> 157, p. 8.

de nombreuses granulations d'hématoidine et quelques granulations graisseuses. Il s'en trouve aussi en grande quantité dans les artères sur lesquelles se sont développés ces anévrysmes; mais leurs parois, très épaisses, ne présentent pas de fibres circulaires. En général, les petits vaisseaux de l'encéphale sont plus ou moins dilatés, chargés de noyaux, de granulations d'hématoidine et de granulations graisseuses. Les fibres circulaires y sont rares. Nerfs du côté paralysé hypertrophiés, hyperémiés et légèrement grisâtres. Muscles du même côté ayant une couleur feuille morte. Les fibres ont perdu l'aspect strié, sont séparées par des vésicules et des granulations adipeuses. Les cartilages de l'articulation tibio-fémorale sont ramollis et recouverts par une membrane fibreuse continue avec le périoste. Cœur petit. Parois du ventricule gauche couleur feuille morte. Sommet du poumon gauche tuberculeux<sup>(1)</sup>.

TROISIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies des lobes cérébraux et des corps striés.*

DLXXIV<sup>e</sup> OBS. — Femme, trente ans. Hémiplégie droite qui n'affecte pas les muscles de la face; articulation des sons et association des mots très imparfaites et non en rapport avec les idées à exprimer; dyspepsie, douleurs à l'occiput, surdité et sifflement dans les oreilles. Mémoire affaiblie, sensation particulière d'engourdissement et de défaillance, tendance au refroidissement des mains, surtout de la droite.

En juin 1836, nouvelle attaque, coma pendant quarante-huit heures, yeux fixes, respiration stertoreuse, vomissements fréquents de matière bilieuse; la connaissance revient; côté droit paralysé, mémoire affaiblie; pouvoir d'articuler les mots à peu près détruit, seulement possibilité de dire *yes, no*; puis un mot est substitué à un autre; toutefois, cette femme reconnaît les aberrations de sa parole. Amélioration par l'emploi de l'électricité.

Le 24 octobre, comme dans les attaques précédentes, phénomènes précurseurs. La malade éprouve des sensations pénibles, de la sécheresse à la gorge, et, pendant qu'elle marchait, elle tombe sans connaissance, frappant sa tête violemment contre un lit de fer. En se relevant, elle dit, d'une voix faible, qu'elle ne s'était pas fait de mal; mais, bientôt après, coma sans déviation de la face, pupille gauche contractée, la droite dilatée et insensible, respiration stertoreuse, pouls lent et faible, rétention d'urine. Mort trois heures après cette attaque.

(1) Bouchard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, n<sup>o</sup> 238, p. 70.

Circonvolutions comme comprimées. Dans l'hémisphère droit, matière cérébrale largement ramollie et formant une vaste cavité à parois jaunâtres. Corps strié gauche formant dans toute son étendue, surtout en arrière, un kyste fibrineux mince qui contenait un caillot brun jaunâtre et qui avait éclaté dans le ventricule latéral voisin et dans les autres. Le septum est détruit. Dans l'hémisphère gauche se trouve un caillot de la grosseur d'une noix et de la couleur d'une gelée de groseille noirâtre. Du sang est répandu sur le cervelet et forme comme une ecchymose sous l'arachnoïde. Artères un peu épaissies, parsemées de matière athéromateuse, et tendance évidente à l'ossification. Artères vertébrales dilatées. Poumons oedémateux. Hypertrophie du ventricule gauche. Valvules mitrale et aortiques légèrement épaissies (1).

DLXXV<sup>e</sup> Obs. — Femme, quarante-quatre ans, robuste, athlétique, a eu quatre attaques d'apoplexie; la dernière en février. Les rapports présumés des symptômes et des lésions sont les suivants : première attaque, hémiplegie droite; petite cavité contenant quelques gouttes de sérosité limpide dans le corps strié gauche. Deuxième attaque, hémiplegie gauche; près de la surface supérieure de l'hémisphère droit, petite cavité remplie par un mince caillot fibrineux. Troisième attaque, remontant à quatre mois, hémiplegie droite; caverne dans le lobe postérieur gauche; petit caillot jaune rouge consistant, entouré de sérosité. Quatrième attaque, hémiplegie droite; sensibilité obtuse, perte de connaissance, bouche déviée, pupilles dilatées, dysphagie, délire. Mort le sixième jour. — Épanchement sanguin considérable dans le centre de l'hémisphère gauche. Substance cérébrale désorganisée autour du foyer. Perforation et communication avec le ventricule gauche devant l'ergot de Morand (2).

DLXXVI<sup>e</sup> Obs. — Homme, quarante-cinq ans, aliéné; quelquefois agitation furieuse, cris, violences, etc. Quelques mois avant la mort, congestions cérébrales, perte momentanée de connaissance; affaiblissement intellectuel, station et marche difficiles; évacuations involontaires, parole embarrassée. Mort subite. — Artères encéphaliques parsemées de plaques cartilagineuses. Substance cérébrale indurée. Dans l'hémisphère droit, cinq cavités tapissées d'une membrane celluleuse, remplies de sérosité rousse et pouvant loger un pois. Corps strié droit criblé de cavités analogues plus petites. Dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, plusieurs cavités

(1) Bright, *Guy's hospital Reports*, 1<sup>re</sup> série, 1837, t. II, p. 302.

(2) Moulin, *Traité de l'Apoplexie*, 1819, p. 68.

enkystées et pleines de sérosité. Corps strié gauche creusé d'une cavité enkystée assez large pour loger une noix, tapissée par du tissu cellulaire, traversée par des brides, remplie de sérosité roussâtre, et ayant des parois molles et floconneuses dans une partie, lisses et fermes dans une autre (1).

DLXXVII<sup>e</sup> Obs. — Un maître d'école, âgé de soixante-quatre ans, atteint d'anévrysme actif du cœur, avait eu une apoplexie et conservé, pendant quelque temps, une faiblesse des membres droits; il est frappé, sept ans après, d'hémiplegie gauche en urinant. Il meurt le neuvième jour. — Épanchement de sang considérable dans l'hémisphère droit avec irruption dans le ventricule. Le corps strié gauche présente une petite cavité contenant quelques gouttes de sérosité et tapissée par une membrane jaunâtre, que des vaisseaux assez longs et injectés de sang vermeil parcouraient en suivant diverses directions (2).

DLXXVIII<sup>e</sup> Obs. — Femme, soixante-cinq ans, aliénation mentale. Première congestion cérébrale; la parole reste embarrassée, la marche pénible et vacillante. Trois mois après, deuxième congestion; perte de connaissance, de la parole, dyspnée; retour de la connaissance, embarras de la parole, membres gauches affaiblis, surtout le bras. — Plusieurs petits kystes dans la substance blanche de l'hémisphère droit; un kyste sur le corps strié droit, un autre volumineux au côté externe du corps strié gauche; celui-ci est revêtu d'une membrane couleur de rouille organisée et vasculaire. Induration de la substance cérébrale voisine (3).

DLXXIX<sup>e</sup> Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans. En 1832, paralysie du bras gauche; puis le mouvement est revenu, et la malade paraissait assez bien. Le 21 avril 1834, tout à coup, hémiplegie droite, chute sans perte de connaissance, intellect conservé, mais un peu obtus, parole mal articulée; bouche déviée à gauche, langue libre, paupières et pupilles en état normal, déglutition facile, respiration naturelle, perte du mouvement dans tout le côté droit; point de contracture, sensibilité conservée à la face, au bras, à la cuisse et à la jambe; pouls fort, plein, régulier. (Saignée; sang normal.) Deuxième jour, un peu de roideur du membre inférieur droit. (Tartre stibié et sulfate de soude.) Vomissements répétés. Troisième jour, la contracture du membre inférieur a disparu. (Deuxième

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 300, p. 318.

(2) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie, etc.* Paris, 1814, p. 4. — Ce fut cette observation qui éveilla l'attention de Riobé et provoqua ses recherches.

(3) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 299, p. 317.

saignée; légère couenne.) Sixième jour, parole très embarrassée, bâillements fréquents, bouche fortement déviée à gauche. Neuvième jour, agitation, yeux fermés, intellect conservé, toux, crachats muqueux. Onzième jour, assoupissement, sensibilité des deux côtés, faiblesse du pouls. Mort le quatorzième jour. — Dans le lobe postérieur droit, au niveau des circonvolutions formées par la substance grise, on trouve un ancien foyer hémorragique de deux ou trois lignes d'étendue. Aux environs, la substance du cerveau est saine, jaunâtre, et sans adhérence avec les méninges. Le foyer est tapissé par une membrane lisse, transparente, et traversée par des brides celluluses; en pressant, on fait sortir un liquide blanchâtre. Au milieu du corps strié droit, plusieurs petits points durs, jaunâtres, de la grosseur de têtes d'épingles. Malgré l'examen le plus sévère, on ne trouve aucune lésion appréciable dans l'hémisphère gauche, la protubérance, le cervelet, la moelle et ses enveloppes. Poumons rougeâtres, friables, contenant beaucoup de sérosité sanguinolente. Muqueuse des bronches très rouge; celle des voies digestives dans un état normal (1).

CINQUIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies des lobes cérébraux et des couches optiques.*

DLXXX<sup>e</sup> Obs. — Jean Courrech, âgé de cinquante ans, domicilié à Gage (Gironde), vigneron, d'une stature élevée, n'ayant pas le cou court, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était, depuis longtemps, atteint d'une céphalée qui occupait surtout la tempe gauche.

Le 26 octobre 1840, ce malade est pris tout à coup de vertiges tellement forts, qu'il est obligé d'appeler un médecin. Celui-ci lui pratique une saignée du bras, qui amène une amélioration notable. Le lendemain, le malade rouvre lui-même la piqûre de la saignée, et laisse écouler une quantité assez grande de sang; puis il fait un repas copieux, et se met à fouler la vendange. Bientôt se manifestent des accidents cérébraux redoutables: coma profond, pouls déprimé et lent, pupilles dilatées, insensibilité complète, pâleur de la face. Deux applications de sangsues, des vésicatoires aux jambes, des sinapismes, ont rappelé la sensibilité; le malade se réveille, mais il y a perte de l'intelligence, de la parole, somnolence. La répétition de ces moyens, plus l'usage des purgatifs et une potion excitante, ont dissipé le coma. Mais l'intelligence est encore très

(1) Renaud (observation recueillie sous les yeux de M. Cruveilhier, à la Salpêtrière). Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1836, n<sup>o</sup> 102, p. 5.

obtuse, pas de mémoire, pas d'expression; hémiplegie du côté droit, évacuations alvines involontaires; incontinence d'urine. Cet état a persisté jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 1841, jour de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-André. Voici son état: Face assez colorée. Température de la peau et pouls presque naturels. Déviation de tous les traits du visage, entraînés à gauche. Le sujet est incapable de donner le moindre détail sur les antécédents de sa maladie. Perte complète de la mémoire et du jugement. Il ne prononce que quelques paroles incohérentes, et ne paraît nullement souffrir. Les évacuations sont involontaires. Le côté droit du tronc, ainsi que les deux membres droits, sont immobiles et insensibles. Les muscles sont dans le relâchement. (Infusion de quinquina, bouillon, soupes.) 2, pupille droite dilatée; la gauche est resserrée. Écume à la bouche, respiration stertoreuse, pouls faible. (Larges vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds, infusion d'arnica.) 3, le malade a poussé des cris; il essayait de se lever; son agitation a duré quelques heures; puis il est tombé dans un coma profond. Mort à trois heures et demie.

*Nécropsie.* — Roideur cadavérique assez grande. Pâleur générale. Écume à la bouche, qui est encore déviée du côté gauche.

Dure-mère un peu rougeâtre à cause de l'engorgement des vaisseaux, qui rampent sur sa face externe. Face interne de cette membrane blanche, lisse, polie, sèche. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est également remarquable par sa sécheresse; il n'y a pas d'infiltration sous-arachnoïdienne. Les circonvolutions semblent être un peu aplaties. La substance cérébrale est dense et peu injectée. Après avoir enlevé quelques couches de la partie supérieure des hémisphères, on remarque une fluctuation manifeste répondant aux ventricules, et surtout au droit, lequel est largement dilaté. Il s'en écoule environ une once de sérosité. Le gauche est plus étroit, et semble refoulé de dehors en dedans; il ne s'en écoule que demi-once de sérosité. Le lobe moyen gauche est changé en une excavation ellipsoïde, de dix centimètres de long sur quatre de largeur et de hauteur; ses parois, du côté interne, n'ont qu'un centimètre; elles la séparent du ventricule, avec lequel le foyer hémorragique n'a aucune communication. Autour de celui-ci, existe un ramollissement qui rend très manifeste la fermeté du reste de la substance cérébrale. La surface interne du foyer est tapissée par une couche membraneuse assez dense, d'aspect fibrineux, de trois millimètres d'épaisseur, parcourue par un grand nombre de vaisseaux qui lui donnent en quelques points une teinte un peu violacée. La cavité est remplie par un liquide visqueux, jaunâtre, assez limpide, ayant quelque ressemblance avec la synovie.

Dans la couche optique du même côté, existe, au centre, un noyau de deux centimètres de diamètre dans tous les sens, rempli de petits caillots noirâtres, très rapprochés les uns des autres. La substance cérébrale voisine est à l'état normal. Rien à noter dans le reste de l'encéphale.

Poumons sains.

Cœur affecté d'hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

Foie sain, ainsi que la rate.

Estomac contenant des débris d'aliments, d'une couleur pâle. Gros intestin plein de matières fécales.

DLXXXI<sup>e</sup> OBS. — Homme, cinquante-huit ans. 17 février, attaque d'apoplexie. Mort le 10 mars. — Plusieurs épanchements sanguins dans l'hémisphère gauche. Un foyer occupe le centre de la couche optique, et par une déchirure communique avec le ventricule latéral. Une couche membraniforme, peu épaisse et jaunâtre, entoure le caillot (1).

DLXXXII<sup>e</sup> OBS. — Homme, soixante-six ans. Il y a deux ans, attaque d'apoplexie, paralysie du côté gauche. Depuis, aliénation mentale. Paralysie et contracture du bras gauche, motilité de la jambe, sensibilité de la peau diminuée à la face, au bras et au membre inférieur. Pupille gauche dilatée. Douleur à l'occiput. Évacuations involontaires. Affaiblissement général. Loquacité. Abattement, dyspnée, coma. Mort. — Ramollissement du lobe antérieur droit, avec ponctuations inégales d'un rouge foncé, disposées en groupes et paraissant être de petits épanchements de sang (apoplexie capillaire). Dans le lobe postérieur droit, kyste apoplectique du volume d'une noisette, à parois locales, revêtu d'une membrane, et contenant de la sérosité. Ventricule latéral droit dilaté et à parois consistantes. Couche optique droite de couleur jaune-rouille, avec dépression, indiquant la présence d'un kyste à loges, rempli de sérosité jaunâtre et tapissé d'une membrane lisse. Couche optique gauche atrophiée, contenant un petit kyste apoplectique. Artères de la base encroûtées de plaques jaunes (2).

DLXXXIII<sup>e</sup> OBS. — Femme, soixante-dix ans, aliénée depuis onze ans. Mouvements convulsifs dans le membre supérieur droit. Il y a trois mois, accès de manie qui dure quinze jours; puis stupeur et imbécillité. Dix-sept jours avant la mort, agitation, langue embarrassée, jambes affaiblies. Vociférations, loquacité, rougeur de la

(1) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 10.

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 318, p. 357.

face, fixité ou mouvements convulsifs des yeux et des membres. Évacuations involontaires, fièvre. — Méningite et couche corticale d'un rose vif et ramollie à sa surface. Sur le lobe postérieur droit, dépression et teinte rouillée offrant la trace d'un épanchement sanguin ancien. Dans la couche optique droite, petit kyste à parois membraneuses pouvant loger un pois. Dans la couche optique gauche, autre kyste analogue plus volumineux. Substance blanche injectée et ferme (1).

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

DLXXXIV<sup>e</sup> OBS. — Homme, vingt-quatre ans. Céphalalgie. Deux jours après, épistaxis. Quatrième jour, douleurs dans les hypocondres et les lombes. Cinquième, face animée, pouls plein. (Saignée du bras.) Sixième, vive douleur à l'œil droit, dont la vision est imparfaite. Nausées, vomissement. Septième, douleur aux deux yeux; cécité. Huitième, douleurs très intenses, puis nulles. Vue un peu rétablie, mais inquiétude morale. Un peu de délire la nuit, et mort le neuvième jour dans la matinée sans coma, sans paralysie. — Vaisseaux et sinus pleins de beaucoup de sang. Masse encéphalique un peu ramollie. Corps strié droit ramolli à son extrémité antérieure. Dans le lobe postérieur droit du cerveau, épanchement de sang à moitié coagulé, avec ramollissement de la substance médullaire voisine. Dans la couche optique et le corps strié droits, deuxième foyer analogue, mais plus volumineux, et un troisième plus petit en dehors du précédent. Dans l'hémisphère gauche, trois foyers hémorragiques, l'un dans le lobe antérieur occupant la substance grise, le deuxième, plus volumineux, en dehors de la couche optique; le troisième, encore plus étendu, affectant le côté externe du corps strié. Ça et là, de petits caillots disséminés (2).

DLXXXV<sup>e</sup> OBS. — Homme, quarante-quatre ans, vie régulière. Il y a trois ans, délire mélancolique, avec penchant au suicide; gêne de la prononciation, démence, affaiblissement des jambes et de l'action musculaire. Embonpoint, mais extinction graduelle des forces et de la vie. — Méninges séparées facilement de la substance cérébrale. Infiltration sanguine récente du corps strié droit; foyer ancien constitué dans l'épaisseur de ce corps par une cavité, que tapisse une fausse membrane celluleuse; du côté de la couche

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 297, p. 317.

(2) Roy, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1834, no 179, p. 8.

optique quatre cavités plus petites, et également tapissées par des fausses membranes lisses et grisâtres. Dans le corps strié gauche, plusieurs petites cavités alvéolaires couleur chocolat. Dans la couche optique gauche, une petite cavité, et dans le lobe postérieur du cerveau du même côté vingt petits enfoncements qui paraissent correspondre à autant d'anciens foyers morbides consolidés (1).

DLXXXVI<sup>e</sup> Obs. — Instituteur primaire, quarante-six ans, robuste, tempérament sanguin. A quarante-quatre ans, perte de connaissance, hémiplegie subite à droite, suivie d'oblitération de l'intelligence et de gêne dans la prononciation. Rétablissement, puis nouvelle perte de connaissance. Deux ans après, délire. Gêne plus marquée de la parole. Troisième attaque le lendemain, cris, peau sensible, tête rétractée à gauche, secousses convulsives des quatre membres. Mort dans la journée. — Entre le corps strié et la couche optique gauches, et derrière ces organes, large cavité vide, pouvant loger une noix, revêtue de membrane celluleuse. Substance médullaire voisine ni rouge ni ramollie. Dans chaque lobe cérébral postérieur, espèces de cicatrices couleur de rouille. Cloison transparente diffluyente. Cerveau et cervelet très injectés (2).

DLXXXVII<sup>e</sup> Obs. — Femme, cinquante-cinq ans. Hémiplegie complète du mouvement à droite, prononciation impossible, conservation de la sensibilité et de l'intelligence, parfois attaques épileptiques, durée de cet état de plus d'un an. — Circonvolutions du fond de la scissure de Sylvius gauche remplacées par une membrane couleur peau de daim, dense, recouvrant le tissu cérébral induré. Destruction du corps strié externe subjacent à ces circonvolutions. Destruction d'une partie de la couche optique. Destruction des circonvolutions inférieures du lobe postérieur droit, remplacées par une membrane peau de daim et induration du tissu cérébral ambiant (3).

DLXXXVIII<sup>e</sup> Obs. — Homme, soixante-cinq ans, pléthorique, cou volumineux et court; il dort beaucoup et est sujet à la migraine. 20 mars, en venant de déjeuner, il perd connaissance pendant une heure; le membre inférieur gauche est paralysé, le bras aussi. Deux mois après, la santé semble rétablie, mais il reste une légère déviation de la commissure droite des lèvres. Le membre inférieur gauche est immobile, mais sensible, et il y a du fourmillement et de légères douleurs; le pied et la jambe sont infiltrés; le membre supérieur

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 575.

(2) *Idem*, *ibidem*, t. II, p. 614.

(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 33<sup>e</sup> livraison, planche XI, p. 2.

gauche a repris sa motilité, la sensibilité y est normale. Intellect, sens, langue, en très bon état. Soif, anorexie, pouls 84. 31 mai, délire, réponses lentes ou brusques, ou remplacées par des signes. 8 juin, symptômes de pneumonie. 15, strabisme, dilatation des pupilles, sensibilité obtuse des membres paralysés, évacuation des urines et des matières fécales involontaire, pouls 90. 21, beaucoup de délire; prostration; face pâle, altérée; évacuation par l'anus d'une grande quantité de sang noir. Mort le 23. — Arachnoïde peu transparente, infiltration séreuse sous cette membrane. Mèninges adhérentes à la substance cérébrale sur le lobe postérieur droit; on en enlève une couche mince en détachant les membranes. La substance de ce lobe est ramollie, presque diffluyente, rouge et injectée; elle enveloppe un foyer hémorragique long d'un pouce, large de demi-pouce. Ce kyste, dont les parois sont un peu affaissées, est revêtu d'une espèce de membrane d'un tissu plus consistant que le cerveau et contient une sérosité jaune-rougeâtre. Le ramollissement du lobe postérieur s'étend jusqu'à la couche optique correspondante. Dans le corps strié du même côté se trouve un petit foyer hémorragique d'un quart de pouce de diamètre, contenant aussi de la sérosité, et un troisième foyer se voit dans le centre de la couche optique; il est du volume d'un pois. A la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche, il existe un autre kyste semblable, à parois jaunâtres, contenant un peu de sérosité et avec léger ramollissement circonvoisin. Protubérance et cervelet sains. Quelques points d'ossification aux artères de la base. Moelle saine dans toute son étendue. Hépatisation du poumon. Cœur volumineux vers sa base, anévrysme partiel (1).

DLXXXIX<sup>e</sup> Obs. — Femme, soixante-sept ans. Accès de mélancolie, attaque avec affaiblissement de la jambe droite, embarras de la parole. Cinq heures après, perte de connaissance, hémiplegie droite; amélioration, puis aggravation. Mort le quinzième jour. — Ecchymoses à la surface du cerveau, surtout à droite; congestion de la pie-mère; foyer hémorragique et phlegmasique dans le lobe antérieur gauche, le corps strié et la couche optique; ventricule gauche plein de sang coagulé et liquide, et cloison transparente déchirée (2).

DXC<sup>e</sup> Obs. — Homme, soixante-douze ans, tempérament sanguin, haute taille, forte constitution; il a eu à soixante-dix ans une attaque d'apoplexie et trois autres ensuite; depuis, il est en démence et

(1) Duplay (service de Rostan), *Archives*, 1834, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. 314, — et Delamarre, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1834, n<sup>o</sup> 340, p. 30.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 503.

quelquefois en fureur; il a des idées de suicide. Refus absolu d'aliments pendant huit jours, etc. 30 mars, perte de la parole, mouvements convulsifs des yeux; membres dans la résolution, surtout les gauches; sensibilité nulle à gauche, conservée à droite; bouche non déviée; pouls plein, fréquent; peau chaude, souvent assoupissement. Le malade parle à voix basse et répond brièvement. Agitation du bras droit, le gauche reste immobile. Troisième jour de l'attaque, sensibilité et motilité conservées à droite, et mêmes mouvements convulsifs fréquents de ce côté. Bras gauche en parfaite résolution et insensibilité; la jambe gauche conserve ses facultés. Évacuations involontaires, réaction fébrile, respiration embarrassée. Mort le quatrième jour. Meningen injectées. Dans le lobe moyen gauche, épanchement sanguin considérable, caillot d'environ trois onces, substance cérébrale ramollie autour, foyer très voisin du corps strié et de la couche optique qui n'y participent pas. Dans le corps strié et la couche optique droits, cinq petits points rouges lie de vin ou jaunâtres, et entourés d'une petite bande jaunâtre, et dans la couche optique, un point ramolli (1).

#### 8<sup>e</sup> SECTION. — HÉMORRHAGIES DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX.

On a vu les ventricules cérébraux recevoir une certaine quantité de sang par suite de la rupture des foyers hémorragiques siégeant soit dans les lobes du cerveau, soit dans les corps striés ou les couches optiques; mais quelques autres lésions peuvent produire l'effusion de sang dans les mêmes cavités. Ainsi, ce fluide peut suinter :

- 1<sup>o</sup> Des plexus choroïdes;
- 2<sup>o</sup> Du septum lucidum, si souvent rompu comme effet des épanchements ventriculaires, mais pouvant être primitivement lésé et devenir point de départ de l'hémorragie;
- 3<sup>o</sup> Des parois mêmes des ventricules, ramollies ou hyperémies, ou érodées;
- 4<sup>o</sup> Enfin, une exhalation sanguine a eu lieu dans les ventricules, sans que l'on ait pu découvrir le point précis et altéré d'où le sang provenait.

Les faits suivants serviront à démontrer que ces distinctions ne sont pas dépourvues de fondement.

(1) Briere de Boismont, *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 400.

#### § I. — Hémorragies des ventricules cérébraux par lésion des plexus choroïdes.

Les altérations des plexus choroïdes ne sont pas rares, mais celles qui donnent lieu aux hémorragies ne sont ni communes, ni exactement déterminées.

Bartholin rapporte que Veslingius ayant ouvert à Padoue, en 1644, à sa prière, le crâne d'une femme morte d'apoplexie, ils trouvèrent les ventricules pleins de sang. Théophile Bonet ne balance pas à attribuer cette hémorragie à la rupture des vaisseaux des plexus choroïdes (1).

Morgagni cite deux exemples d'épanchement sanguin ventriculaire : l'un chez une femme récemment accouchée, morte d'apoplexie avec épilepsie, le ventricule gauche était plein d'un sang altéré avec gonflement considérable des artères du plexus choroïde; l'autre chez un grand seigneur, dont le ventricule droit était entièrement rempli de sang (2).

Le même auteur fait mention d'un vieillard depuis longtemps atteint d'hémiplégie droite, chez lequel on trouva, à la partie inférieure du ventricule gauche et autour du plexus choroïde, des érosions et des concrétions sanguines (3).

Ces indications un peu vagues seraient loin de satisfaire un esprit positif, mais quelques autres faits paraîtront moins sujets à contestation. Indépendamment de ceux déjà cités (4) et de ceux qui vont suivre immédiatement, il en est qui seront exposés plus tard sous les nos DCV, DCVI, DCXXXIX, et qui présenteront aussi des ruptures de vaisseaux des plexus choroïdes.

Ces divers faits ne sont encore que des pierres d'attente, mais les recherches ultérieures montreront plus souvent les vaisseaux si nombreux des plexus choroïdes dilatés et

(1) Bartholin, cent. II, hist. 60, — et Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 87.

(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n<sup>o</sup> 8.

(3) *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n<sup>o</sup> 15.

(4) Voyez t. VI, p. 536.