

DCCXXXV° Obs. — Femme, soixante-quinze ans, céphalalgie, étourdissement, mais activité, gaité, parole facile; le moral baisse, ivresse. 12 avril, perte subite de connaissance; demi-heure après, retour des facultés; alors, pas de paralysie. Perte graduelle de la connaissance, de la parole, du sentiment et du mouvement. Mort au bout de dix-sept heures dans un état d'asphyxie. — Épanchement énorme séro-sanguinolent dans les ventricules cérébraux; ramollissement chronique de leurs parois, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Du plancher inférieur du ventricule droit naissent deux ou trois petites végétations arrondies, pisiformes, formées d'un tissu grisâtre, ayant la teinte de la substance corticale et assez de consistance. Lobe gauche du cervelet converti en une poche très vaste, remplie de sang noir liquide et à demi-coagulé. Les parois de cette poche n'ont, dans tous les sens, qu'une épaisseur de quelques lignes. La face interne de ce foyer est molle, rougeâtre. Au centre du lobe droit du cervelet, dans la substance blanche, petite cavité du volume d'une amande, dont les parois sont rapprochées sans adhérence, tapissées d'une membrane épaisse, dense, vasculaire, couleur ocre foncé. Poumons très engorgés. Cœur hypertrophié; points cartilagineux dans les parois de l'aorte (1).

4. SOUS-DIVISION.

HÉMORRHAGIES DU MÉSOCÉPHALE ET DU BULBE RACHIDIEN.

Je réunis les hémorrhagies du mésocéphale et celles du bulbe rachidien à cause des rapports et de la continuité de ces organes, et parce que les lésions de l'un empiètent facilement sur le domaine de l'autre.

Malgré le peu d'étendue de ces organes, afin de saisir, s'il est possible, quelques traits différentiels dans les manifestations qui s'y rattachent, j'établirai des divisions relatives au siège précis des foyers hémorrhagiques.

Je dois comprendre dans cette exposition les pédoncules cérébraux et cérébelleux, comme ajoutant encore des détails importants.

Après avoir résumé les faits propres à donner une idée exacte des hémorrhagies du mésocéphale, de ses annexes

(1) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1840, p. 38.

et du bulbe, je présenterai comme complément de cette étude, un aperçu des coïncidences de ces hémorrhagies avec celles des autres parties de l'encéphale.

1^{re} SECTION. — HÉMORRHAGIES DU MÉSOCÉPHALE.

§ I. — Hémorrhagie ayant son siège dans le côté droit du mésocéphale.

DCCXXXVI° Obs. — Homme, vingt-trois ans, étudiant en philosophie, d'une intelligence faible, devenue plus obtuse après une fièvre nerveuse éprouvée en janvier 1840. Au mois d'août suivant, excès de boissons alcooliques et refroidissement. Le lendemain, grande faiblesse dans les membres gauches, strabisme convergent de l'œil droit avec diplopie; pupilles normales. Parole hésitante. Aggravation de la maladie par un exercice forcé. Paralysie de la moitié droite de la face et des membres gauches. Occlusion imparfaite de l'œil droit. Sensibilité de la face obtuse à droite, intacte à gauche. Odorat conservé; sensibilité gustative égale aux deux côtés de la langue; toutefois, il a été difficile d'obtenir des appréciations bien exactes de la part du malade. Ouïe moins distincte de l'oreille droite que de la gauche. Mouvements de la face et de la mastication moins actifs à droite. La commissure gauche des lèvres se meut pendant l'exercice de la parole, qui est lente, basse, bien que la mobilité de la langue soit facile dans tous les sens. Motilité du bras gauche enrayée, mais sa sensibilité est normale. Flexion des doigts beaucoup moins énergique à gauche qu'à droite. Jambe gauche trainée en marchant. Pas de céphalalgie. Intellect lent, sommeil lourd, pouls faible, 70; peau sèche, constipation. Progrès de la maladie; déglutition difficile; la gêne est rapportée par le malade au côté gauche. Mort, précédée d'un coma profond, au commencement d'octobre. — Vaisseaux cérébraux congestionnés. Exsudation albumineuse entre l'arachnoïde et la pie-mère, et dans le voisinage de la scissure de Sylvius. Pas de sérosité dans les ventricules. Substance médullaire consistante. Côté droit du pont de varole très tuméfié et ayant acquis le double de son volume ordinaire, empiétant un peu sur le côté gauche et sur l'éminence olivaire droite. Les trijumeau facial et acoustique du côté droit sont un peu atteints. La tumeur incisée, on y trouve un large caillot formé de couches comme dans les anciens anévrysmes (1).

(1) Romberg, *Lehrbuch der nerven Krankheiten*, 1851. (*A Manual of the nervous diseases of man*, transl. by Sieveking. London, 1853, t. II, p. 407.)

DCCXXXVII^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, fortement constitué. Pendant quelques jours, pesanteur de tête, puis engourdissement du membre supérieur gauche. Le soir, même étourdissement, avec paralysie du côté gauche; chute sans perte de connaissance, mais parole impossible. Vingt-quatre heures après, insensibilité à gauche; impossibilité d'articuler des sons, commissure des lèvres et langue déviées à gauche; impossibilité de fermer l'œil droit, dont la pupille est plus contractée que la gauche, et dont la paupière supérieure reste abaissée. La paralysie diminue jusqu'au dixième jour. Bourdonnement dans l'oreille gauche, fourmillements, crampes dans les membres paralysés. Délire. Œdème et érysipèle du bras. Mort quarante jours après le début des accidents. — Dans l'épaisseur de la protubérance existe un foyer de la grosseur d'une noisette, occupant le côté droit de cet organe, et dépassant un peu à gauche la ligne médiane; il est exactement circonscrit; la substance cérébrale environnante est saine. Ventricule gauche du cœur hypertrophié⁽¹⁾.

DCCXXXVIII^e Obs. — Un homme adulte avait été sujet depuis dix ans à des attaques de dyspnée, et, il y a deux ans, un soir, après s'être promené, il sentit qu'il perdait graduellement le sentiment et le mouvement du côté gauche; il lui sembla que toute la vie du côté gauche était passée au côté droit. Peu de temps après, la paralysie fut complète. Pas de trouble intellectuel; la paralysie diminua beaucoup aux membres, et plus lentement à la face. Il mourut dans un accès d'asthme. Il n'y eut ni convulsion ni coma. — Pas d'autres altérations dans l'encéphale qu'une petite cavité apoplectique dans la substance de la protubérance, à droite de la ligne médiane, au dessus et en arrière du plan médian transversal du pont. Elle contenait une petite quantité de matière rougeâtre comme purulente, ressemblant à de la substance cérébrale dissoute. La capacité de ce foyer n'excédait pas le volume d'un pois. La substance cérébrale environnante paraissait un peu ramollie. On ne reconnut pas de membrane sur les parois. On ne douta pas de l'existence antérieure d'un petit caillot⁽²⁾.

DCCXXXIX^e Obs. — Homme, quarante ans, garde républicain, transféré en 1850 du Val-de-Grâce à Charenton; maigre, roideur des membres, articulation imparfaite et quelques paroles incohérentes, parfois actes de violence, ulcère à une jambe. Retour de l'embonpoint, mais affaiblissement intellectuel croissant. 6 avril 1851,

⁽¹⁾ Mahot, *Journal de Médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, t. XVI. (*Archives*, 1841, 3^e série, t. X, p. 91.)

⁽²⁾ Th. Williams, *Medical Times*, 1843, t. VII, p. 349.

attaque apoplectique, suivie de paralysie du côté gauche, mais avec conservation et même exaltation de la sensibilité. Urines faciles. Déviation de la langue à droite. L'intelligence reste ce qu'elle était la veille. Pas de mouvements convulsifs. Aggravation graduelle de l'état général. Mort le 23 (dix-septième jour). — Injection des vaisseaux céphaliques. Méninges un peu épaissies, rouges et légèrement infiltrées de sérosité; quelques adhérences partielles et de petites ecchymoses près du sinus longitudinal supérieur. Taches rouges et violacées à la surface des hémisphères, vis à vis les ecchymoses méningiennes. Cerveau généralement mou et hyperémié. Dans le côté droit du mésocéphale, au dessus de la couche superficielle des fibres transversales, foyer du volume d'une noisette contenant une pulpe formée d'un mélange de sang et de matière cérébrale désorganisée. Ce foyer, bien limité, ne dépasse pas la ligne médiane; il n'atteint ni le bulbe ni les tubercules quadrijumeaux, et ne va pas jusqu'aux faisceaux postérieurs de la protubérance⁽¹⁾.

DCCXL^e Obs. — Homme, soixante-cinq ans. Il éprouve une attaque le matin étant à l'ouvrage. Insensibilité, pupilles contractées, paralysie du membre supérieur gauche. Stertor. Pas de mouvements convulsifs; pouls plein et fréquent. Mort dans la nuit. — Du sang est extravasé sous l'arachnoïde, à la surface de l'hémisphère cérébral droit, et aussi à la base. Sang extravasé dans la substance de la partie droite du pont de Varole et légèrement dans la partie contiguë du cervelet. Ventricules distendus par un fluide sanguinolent. Les vaisseaux principaux du cerveau étaient athéromateux, et les petits contenaient dans leurs parois de la matière grasseuse et calcaire. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Dépôts adipeux dans les fibres musculaires. Reins également grasseux⁽²⁾.

§ II. — Hémorrhagie ayant son siège dans le côté gauche du mésocéphale.

DCCXLI^e Obs. — Femme, trente-trois ans. Il y a cinq ans, attaque d'apoplexie; il reste une hémiplegie gauche; de plus, des vertiges, des étourdissements, de la céphalalgie. On saigne presque tous les mois. Ce moyen ayant été négligé de quelques jours, le 13 novembre, la malade tombe tout à coup. (Saignées, sangsues, etc.) Le lendemain, la connaissance n'était pas revenue. Dans la nuit suivante, cette femme demande plusieurs fois à boire, mais d'une manière assez confuse. Le 16, face pâle, bouche déviée à gauche, joues flas-

⁽¹⁾ Josias, Thèses de la Faculté de Paris, 1851, n^o 162, p. 19.

⁽²⁾ Ogle, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1852, t. IV, p. 15.

ques; un peu de strabisme. Décubitus dorsal. Résolution complète des membres droits; la sensibilité y est obtuse, mais non abolie; le pouce est fléchi, les doigts sont atrophiés, comme à la suite d'une ancienne paralysie. Réponses difficiles, cependant assez intelligibles. Céphalalgie, pouls développé, 84. Le 18, aggravation, parole nulle, évacuations alvines involontaires, respiration stertoreuse, pouls très petit, 90. Le 19, insensibilité, respiration bruyante, sueur visqueuse. Le 20, sorte de constriction au larynx, langue sèche et fuligineuse. Mort. — La dure-mère adhère çà et là au crâne. Caillot fibrineux jaunâtre dans le sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde et pie-mère épaissies et injectées. Infiltration sous-arachnoïdienne. Substance corticale gris-violacé. Substance médullaire sablée de points rouges, peu consistante. Très peu de sérosité dans les ventricules. Septum lucidum un peu mou. État normal des couches optiques et des corps striés. La protubérance annulaire, dans sa moitié gauche et dans son prolongement antérieur du même côté, est ramollie et en une sorte de bouillie d'un blanc rosé. Au centre se trouve une petite cavité irrégulière pouvant contenir un pois, renfermant du sang combiné avec la substance cérébrale ramollie. Le côté droit de la protubérance, son prolongement antérieur correspondant et le cervelet sont sains (1).

DCCXLII° Obs. — Peintre en décors, quarante-un ans, robuste. Depuis deux mois, symptômes de pléthore, céphalalgie. 7 mai, engourdissement des doigts, vomissement, agitation, perte de connaissance. Hémiplegie du mouvement et du sentiment à droite, respiration stertoreuse. Rétention d'urine. Pupilles contractées, insensibles à la lumière; ouïe nulle. Déglutition difficile; pouls 70, assez résistant. Extension de la paralysie au côté gauche, dont les muscles se contractent parfois convulsivement. Joues soulevées par l'air expiré. Écume à la bouche. Mort le 9 mai. — Sérosité dans les ventricules. Veines superficielles du cerveau gorgées de sang. A la partie postérieure et supérieure gauche de la protubérance annulaire, et dépassant un peu la ligne médiane, foyer apoplectique de la grosseur d'un œuf de pigeon, contenant un caillot noirâtre, semi-liquide. Surface interne du foyer ramollie. Substance nerveuse voisine saine. Cœur hypertrophié. Système veineux en général gorgé de sang (2).

DCCXLIII° Obs. — Femme, quarante-six ans, atteinte depuis plusieurs années d'une hémiplegie complète du côté droit. En mars, étourdissement, perte de connaissance. Face injectée, vultueuse;

(1) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 35.

(2) Roger, *Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 156.

pouls développé. Mort au bout de deux jours. — Beaucoup de sang noir épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère. Substance grise de couleur foncée; substance blanche très injectée, avec quelques marbrures. Une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules. Au milieu de la moitié gauche de la protubérance, traces évidentes d'un épanchement résorbé; cavité circonscrite remplie d'un tissu filamenteux infiltré de sérosité jaunâtre; le grand diamètre, qui a cinq lignes, est transversal et un peu oblique. Cette cicatrice, d'un ancien foyer apoplectique, interrompait évidemment la continuité d'une partie des fibres du pédoncule gauche. La substance médullaire environnante avait sa consistance ordinaire. Altération partielle grave (encéphaloïde) du cœur. Gastrite chronique (1).

DCCXLIV° Obs. — Femme, soixante-cinq ans, hémiplegie à droite, articulation des sons embarrassée, délire fugace. Mort après quinze jours de maladie. — Foyer apoplectique au côté gauche de la protubérance annulaire, dans son épaisseur, mais assez superficiellement; il ne dépasse pas la ligne médiane; il a le volume d'une grosse amande. Un peu de sang est infiltré dans le ventricule latéral droit. Le quatrième ventricule est intact (2).

DCCXLV° Obs. — Homme, soixante-seize ans, petit, maigre; il tombe dans la rue, mais en se retenant, n'ayant pas perdu entièrement connaissance. Stupeur; il peut répondre, mais d'une manière peu distincte. Vision imparfaite. Côté gauche de la face paralysé, langue déviée légèrement à gauche; bras droit roide, sans force et insensible; jambe droite roide et tremblante, mais jouissant encore un peu du mouvement. Très peu de sensibilité dans tout le côté droit. Trois heures après, la rigidité a disparu; le mouvement a même reparu de ce côté, mais le bras reste insensible. Pendant huit jours, même état. Intellect parfait. Toutefois, la parole devient moins distincte et la déglutition plus difficile. La paralysie faciale avait disparu après les premières heures; néanmoins, la vision était confuse. Pendant cinq ou six jours, état comateux, et mort. — Le côté gauche du pont de Varole semble un peu volumineux et mou. Il contient un caillot de sang du volume d'un petit haricot, vers sa partie postérieure, presque à égale distance des surfaces supérieure et inférieure, cependant un peu plus près de la première, sur le trajet des fibres qui passent des colonnes latérales de la moelle vers le cerveau. Une petite extravasation de sang se trouve aussi dans le pédoncule cérébelleux gauche moyen, à l'endroit où il s'unit au mésocéphale (3).

(1) Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 164.

(2) Élie, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, p. 9.

(3) Broadbent, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1861, t. XII, p. 16.

§ III. — Hémorragies ayant leur siège dans les deux côtés du mésocéphale.

DCCXLVI^e OBS. — Femme, cinquante-deux ans, forte constitution, attaque d'apoplexie il y a un ou deux ans. Hémiplégie complète à droite, avec rigidité des membres paralysés. Perte complète du sentiment du même côté. Impossibilité absolue d'articuler les sons; bégaiement inintelligible accompagné de larmes et de sanglots. Intellect intact, s'exprimant par les gestes du bras gauche et les mouvements du visage. Déglutition difficile. Évacuations involontaires. Cet état persiste pendant un an. Alors, eschare au sacrum, engouement pulmonaire, fièvre. Mort. — Crâne très épais, compact, pesant. La faux du cerveau offre, à droite, une tumeur fibreuse du volume d'une aveline. Face interne de la dure-mère parsemée de petits points rouges ou de plaques rouges, constitués par des réseaux vasculaires veineux appartenant à des fausses membranes faciles à détacher. Beaucoup de sérosité sous l'arachnoïde. Cerveau très sain, sauf un léger ramollissement, sans changement de couleur de la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit. Protubérance annulaire petite, offrant deux cicatrices avec perte de substance au voisinage du bord inférieur. À droite, l'altération a détruit le pédoncule cérébelleux moyen. Pyramides antérieures atrophiées, surtout la gauche; corps olivaires volumineux, indurés; nerfs grands hypoglosses grisâtres. Le bulbe semble séparé de la protubérance par une sorte d'étranglement. La perte de substance de la moitié droite de la protubérance est peu profonde, tandis que celle de la moitié gauche est extrêmement profonde et intéresse la presque totalité de l'épaisseur de la protubérance. Un tissu cellulaire gris-jaunâtre, infiltré de sérosité, remplit l'une et l'autre perte de substance. Moelle saine. Anévrysme de l'aorte ⁽¹⁾.

Ces onze observations relatives à des hémorragies des parties latérales du mésocéphale, offrent quelques points essentiels à relever. D'abord, on voit l'exactitude avec laquelle les membres sont paralysés du côté opposé à la lésion. Dans trois cas, il y a eu hémiplégie alterne, une fois passagèrement, deux fois d'une manière plus durable. Je fais remarquer encore la rareté des phénomènes spasmodiques, bornés, dans un cas, à des crampes, dans un autre,

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 21^e livraison, planche V, p. 3.

à une rigidité et à des tremblements momentanés. Enfin, et ce qui est assez curieux, c'est la tolérance qui permet aux parties latérales du mésocéphale d'éprouver des lésions graves, même des pertes de substance, sans que la vie en ait été immédiatement éteinte. L'Observation DCCXLVI est très digne d'attention, non seulement parce que les deux côtés de la protubérance étaient lésés, mais encore parce que la lésion étant profonde et assez étendue, la vie a pu se maintenir un an, et une sorte de cicatrisation s'effectuer.

§ IV. — Hémorragie ayant son siège dans le centre du mésocéphale.

DCCXLVII^e OBS. — Femme, trente-quatre ans. Habitude d'intempérance, toux depuis quatre ans. Il y a cinq ans, hémiplégie gauche; spasmes du bras gauche, et non de la jambe; intellect conservé, parole embarrassée. Rétablissement au bout de deux ou trois mois. Continuation de l'abus des spiritueux, et usage fréquent du laudanum. Il y a un mois, après avoir pris un gros de ce médicament, convulsions violentes, dans lesquelles la malade tombe sur la face. Elle reprend peu à peu connaissance, mais son intelligence reste obtuse et la faiblesse du côté gauche très grande. Attaques subites et intenses de toux continue pendant plusieurs heures; expectoration copieuse. Dyspnée, respiration haute, corps incliné sur le côté droit, anxiété; percussion sonore à la partie antérieure du thorax, matité sous la clavicule gauche, inspiration courte, expiration prolongée avec râle sibilant et sonore en avant des deux côtés. Râles crépitants et muqueux à la partie inférieure, postérieure et gauche du thorax, et crépitation distincte au côté droit. Résonnance de la voix augmentée sous la clavicule gauche. Bruits du cœur normaux. Langue brune, humide; peu d'appétit. Selles ordinaires, menstrues régulières. Pas de céphalalgie ni autre douleur. Peau chaude et humide. Du 30 décembre au 3 janvier, jour de la mort, difficulté de répondre aux questions, paroles incohérentes, insomnie, pouls petit, froid, lividité de la face, stupeur. — Un peu de sérosité épanchée dans la cavité de l'arachnoïde et dans les deux ventricules latéraux; celle du ventricule droit est opaque, pareille à du lait tourné. Le corps strié droit, dans ses trois quarts postérieurs, est ramolli, diffus, jaune-fauve, rempli d'un fluide trouble, grisâtre, semblable à celui qui teint la sérosité du ventricule. La substance blanche voisine du corps strié n'était pas affectée. En divisant la partie ramollie, on y trouvait quelques taches jaunes et une texture réticulée analogue à

celle de certains cancers mous. Au centre du pont de Varole, à droite de la ligne médiane, foyer hémorragique de la grosseur d'un pois, rouge-noir au centre et d'un brun de rouille à la circonférence. Légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et rétrécissement de l'orifice mitral. Emphysème pulmonaire en avant, engouement et foyers hémorragiques dans divers points des poumons (1).

DCCXLVIII^e OBS. — Homme, trente-sept ans, éprouvant depuis plusieurs mois de la dyspnée, des maux d'estomac, des vomissements, des douleurs dans la région du foie, ayant la peau d'un jaune livide et les extrémités inférieures œdémateuses. Le 25 mars, étourdissement subit avec sensation de bruit et de confusion dans la tête; engourdissement, fourmillement et faiblesse de tout le côté droit; accablement sans coma; réponses nettes; voix forte, mais toute particulière. Il peut serrer la main droite avec assez de force. Air égaré et stupide, pouls 120; dysurie, puis urine puriforme. Quatre ou cinq jours après, amélioration générale, mais légère paralysie de la paupière supérieure droite. 14 et 15 avril, fièvre, faiblesse, mais maintien de l'intellect. Mort le 16. — Cerveau et cervelet à l'état normal. La face postérieure du mésocéphale est creusée d'une cavité qui, d'autre part, est limitée par la base du cervelet. Cette cavité se porte plus à gauche qu'à droite. Elle contient un caillot noir consistant, du volume d'une noisette; elle est revêtue d'une membrane molle. La substance environnante est ramollie, parsemée de points noirs. Épanchement séreux dans le thorax; foie volumineux, de texture granuleuse; rein gauche tuberculeux, membrane interne de la vessie ulcérée en plusieurs points (2).

DCCXLIX^e OBS. — Homme, trente-huit ans. Coliques saturnines. Teint cachectique, attaques épileptiques. Pupilles dilatées, vue affaiblie, œdème, commencement d'ascite et ballonnement du ventre. Urines sanguinolentes, puis albumineuses. Mort subite. — Caillot de sang, mou, noirâtre, de formation récente, occupant toute la partie inférieure et antérieure du pont de Varole. Dans les ventricules, un peu de sérosité citrine. Dans les reins, masse considérable de tissu adipeux, avec atrophie de la substance corticale; dans le droit, gros kyste séreux et une tumeur, probablement fibrineuse, noirâtre à l'extérieur, blanchâtre en dedans, molle et filamenteuse (3).

DCCL^e OBS. — Homme, trente-neuf ans, bonne santé. Perte de

(1) Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 395.

(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 342.

(3) Siredey, *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, p. 446.

connaissance et chute, avec rigidité générale du système musculaire. Mouvement de torsion en arrière et en dehors du bras droit. Bouffissure, lividité de la face, un peu d'écume à la bouche. Cet accès épileptiforme ne dure qu'une minute. La résolution lui succède. Apparence d'un sommeil tranquille. Les deux bras, le droit surtout, se lèvent successivement vers la tête comme pour enlever un obstacle. Les membres inférieurs se meuvent spontanément sans roideur ni convulsions; la respiration est seulement diaphragmatique, limitée à un mouvement de soufflet de la base de la poitrine. Chaque inspiration est lente et fait entendre un bruit comparable au ronflement du sommeil. Les muscles du bassin prennent part à l'effort que fait le diaphragme. Sensibilité générale conservée, mais engourdie. Cessation complète des fonctions intellectuelles. Le malade ne peut être réveillé. Une petite quantité d'urine s'écoule par jets. Pouls calme et régulier. Le cœur a conservé son rythme normal. Cet état dure une heure; puis, les mouvements de la poitrine se ralentissent et s'arrêtent, sans changement de la physionomie et de la coloration. Pupilles dilatées. Pendant sept minutes après la dernière expiration, le cœur et le pouls continuent à battre régulièrement. — Épaisseur notable des os du crâne, méninges gorgées de sang. Cerveau, cervelet sains. Quatrième ventricule intact. La protubérance contient dans son centre un foyer hémorragique, qu'occupe un caillot demi solide, du volume d'un pois; l'excavation dans laquelle il est reçu est entourée d'une couche de substance cérébrale piquetée de sang, et ramollie. Le tout représente le volume de la dernière phalange du petit doigt. La situation précise du foyer est plus près du plancher du quatrième ventricule que de la face inférieure de la protubérance, un peu inclinée à gauche, et au niveau de l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du ventricule, au dessous des colonnes de fibres blanches, qui semblent être le prolongement des faisceaux latéraux du bulbe et concourent à former la paroi du ventricule lui-même (4).

DCCLI^e OBS. — Femme, quarante ans. Pleuro-pneumonie gauche, accès fébriles intenses, traités par le sulfate de quinine. La fièvre cesse, mais il survient des mouvements spasmodiques graves, des étouffements, des battements tumultueux du cœur, des convulsions de la face, des yeux, le trismus. Mort. — Au centre du mésocéphale, dans un espace de cinq lignes de long sur trois de large, piqueté et congestionné, de couleur rouge. Au milieu de ce foyer sont de petits îlots dont la rougeur est moins prononcée. En arrière

(4) Mésnet, communication à l'Académie des Sciences. (*Archives*, 5^e série, t. XVIII, 1861, t. II, p. 362.)

se trouve un deuxième foyer hémorragique. Substance cérébrale ferme (1).

DCCLII^e Obs. — Portefaix, quarante-deux ans. Attaque d'apoplexie, chute, insensibilité, respiration stertoreuse, pupilles contractées, et mort six heures après. — Dans le pont de Varole, cavité irrégulière du volume d'une petite noix, pleine de sang coagulé, évidemment de formation récente, ayant ses parois déchirées. Troncs des artères carotides internes un peu roides; les autres vaisseaux sains. Substance corticale des reins parsemée de taches fauves dues à un dépôt de matière exsudée dans les espaces intertubulaires (2).

DCCLIII^e Obs. — Potier d'étain, quarante-quatre ans. Porté à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, le 1^{er} décembre, dans un état de coma complet. Ronflement; pouls 60, s'affaiblissant rapidement. Pas de spasmes ni de convulsions. Mort au bout d'une heure. Il venait d'être pris par une attaque. Un camarade assurait qu'il en avait eu d'autres précédemment. — Les organes encéphaliques paraissent être dans l'état ordinaire, peut-être un peu congestionnés. Dans les ventricules, peu de fluide, et leurs parois non ramollies. Le pont de Varole est volumineux, et deux ou trois petits caillots se montrent à sa surface sous l'arachnoïde; il est mou et élastique au toucher; ces changements ne s'étendent pas jusqu'aux pédoncules. En divisant cet organe, on trouve une cavité assez large pour loger une noix, remplie d'un coagulum noir, mou. Cette cavité est évidemment le résultat d'une déchirure. L'épaisseur des parois varie d'un huitième à un sixième de pouce. Toutes les autres parties du cerveau et les artères sont exemptes d'altération. Cœur volumineux, à parois épaisses et fermes; cavités étroites et vides; valvules saines, excepté celles de l'aorte, un peu resserrées et épaissies, et présentant quelques légères concrétions calcaires sur leurs bords. Dans l'aorte, quelques dépôts athéromateux. Reins pâles, légèrement granuleux, contenant deux ou trois petits kystes (3).

DCCLIV^e Obs. — Femme. A quarante-cinq ans, manie furieuse, puis démence tranquille; à quarante-huit ans, légère attaque de paralysie, parole très difficile, incohérence des souvenirs, mouvement presque impossible. Mort après plusieurs années d'inertie. — Maigre, crâne mince, cerveau décoloré. La protubérance cérébrale contient, à sa partie moyenne et vers la ligne médiane, une cic-

(1) (Service de Bricheveau.) *Gazette des Hôpitaux*, 1838, t. XII, p. 484.

(2) Bristowe, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1860, t. XI, p. 11.

(3) *Idem, ibidem*, 1857, t. IX, p. 7.

trice brunâtre, bridée à son intérieur par des fausses membranes dures et résistantes sous le scalpel, de trois à quatre lignes de diamètre en tous sens. Cervelet petit, mollasse, injecté (1).

DCCLV^e Obs. — Peintre, quarante-six ans, autrefois abus des spiritueux. Il éprouve, en se baissant, des crampes dans les extrémités et tombe sans connaissance. Respiration stertoreuse; face gonflée, livide; conjonctives injectées, pupilles contractées; pouls dur, plein, 80. Immobilité complète, paralysie des paupières, face insensible aux stimulants. Mort dans un état d'asphyxie, quatre heures et demie après l'événement. — Adhérences anciennes de l'arachnoïde. Protubérance presque doublée de volume, molle, pulpeuse. Pédoncules ramollis. La protubérance est creusée d'une cavité qui renferme du sang coagulé et de la substance cérébrale ramollie. Les fibres transversales ont été respectées, les fibres médullaires détruites, à l'exception d'une petite portion de la colonne droite supérieure. Le ventricule latéral gauche contient du sang qui a pénétré par la destruction de l'hypocampe. Un peu de sérosité dans le ventricule latéral droit. Face interne des couches optiques teinte de sang; les autres parties saines (2).

DCCLVI^e Obs. — Femme, quarante-sept ans, constitution athlétique, épileptique depuis dix ans. Avril 1844, convulsions violentes, puis hémiplegie gauche. Depuis, contracture des doigts et du membre supérieur gauches; vessie et rectum à moitié paralysés. Janvier 1845, attaque épileptique, perte de connaissance prolongée, sentiment et mouvement suspendus, puis rétablissement de l'usage des sens; mais l'hémiplegie reste. Plus tard, symptômes adynamiques, et mort en mars, dans un état d'asphyxie. — Trachée et bronches pleines d'une matière purulente. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne abondante. Pie-mère injectée, sans adhérences. Plusieurs circonvolutions atrophiées. Dans le lobe antérieur gauche, très petite cavité contenant un fluide roussâtre. Dans les ventricules, demi-cuillerée de sérosité. Dans la protubérance annulaire, quatre petites cavités hémorragiques; la plus grande égale la grosseur d'un pois. Elles contiennent quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Ces foyers ne communiquent pas entre eux: deux sont sur la ligne médiane, deux dans la moitié latérale droite. Moelle saine (3).

DCCLVII^e Obs. — Un aliéné atteint le vendredi subitement d'apoplexie, avec paralysie des quatre membres, meurt le dimanche. — La

(1) Scipion Pinel, *Journal de Physiologie de Magendie*, 1825, t. V, p. 344.

(2) W. B. Herapath, *The Lancet*, January 1848. (*Archives*, 4^e série, t. XVI, p. 496.)

(3) Niobey, Thèses de la Faculté de Paris, 1848, n^o 147, p. 26.