

a eu cinq enfants qui sont morts. Depuis seize ans, sujette à des attaques d'hystérie; pendant les accès, douleur fixe au sommet de la tête. Le 7 juillet, étant à l'approche des règles, éblouissements, bourdonnement d'oreilles, pesanteur de tête, vertiges. Bientôt après, paralysie du côté gauche. Évanouissement incomplet et passager. Pas de perte de connaissance, mais perte de la parole. La malade répond en écrivant. Vomissements bilieux répétés. Ni contracture, ni convulsions, mais quelques spasmes des muscles de la face et un peu de roideur de la mâchoire inférieure. Pas de gêne de la déglutition, pas de paralysie de la face. Sensibilité conservée dans les parties privées de mouvement; décubitus dorsal et immobilité de tout le côté gauche; excepté du visage; pupilles égales, un peu resserrées. La langue ne se meut que difficilement, mais l'intellect et les sens sont conservés. Évacuations involontaires. Mort le troisième jour, à dater de l'invasion. — Protubérance annulaire un peu affaissée, surtout à droite; elle offre à sa surface inférieure des taches noires, légèrement saillantes, formées par du sang coagulé provenant d'un foyer hémorragique qui occupe presque tout l'intérieur de la protubérance, surtout du côté droit, qui est fluctuant. La forme du foyer est celle d'une amande, sa direction est transversale; l'extrémité droite s'étend jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen, qui est un peu envahi, et la gauche s'arrête à 3 millimètres du pédoncule opposé resté intact. La face supérieure du foyer répond au plancher antérieur du quatrième ventricule, qui est intact, et l'inférieure est constituée par le plan superficiel des fibres du pont. Une sorte de cloison médullaire incomplète, située sur la ligne médiane, sépare ce foyer en deux parties. La face interne de la cavité est irrégulière, parsemée de prolongements nerveux, et colorée en noir par le sang dont une partie est fluide, et l'autre forme un caillot mou. Aucune apparence de travail autour du caillot. Le faisceau pyramidal gauche est à peine atteint; le droit est détruit au dessus de l'entrecroisement. Corps restiformes conservés des deux côtés, ainsi que le plan postéro-supérieur. Nerf facial sain. Artère vertébrale gauche et hasilaire dilatées, surtout la première; elles sont rendues dures et cassantes par la présence d'une matière crétacée déposée dans la membrane interne. Cette membrane est épaisse; elle adhère très peu à la tunique moyenne, dont elle se distingue très bien. La vertébrale droite a quelques dépôts crétacés, mais elle a conservé son calibre normal; il en est de même de l'artère cérébrale moyenne gauche. Les autres artères cérébrales n'offrent rien d'anormal (1).

(1) Guéniot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 321.

DCCCII^e Obs. — Femme, veuve, n'ayant pas eu d'enfants, bonne santé. Age critique à quarante-sept ans. Depuis ce temps, tristesse, digestions irrégulières, diarrhée ou constipation. A soixante-un ans, en juin, étant à table, elle perd connaissance et tombe à terre. Hémiplegie droite et parole difficile pendant plusieurs mois. Hémiplegie très peu diminuée; intellect faible, tantôt accès de gaieté, tantôt tristesse et pleurs. Parole lente, hésitante. Douleur au sommet de la tête. Pouls plein, résistant, peu fréquent. Sensibilité conservée aux membres paralysés. A soixante-six ans, en novembre, urines involontaires, difficulté d'avaler, oppression, pouls 112, parole impossible, face vultueuse, sueur générale, mouvements convulsifs dans les membres. Mort le cinquième jour. — Méninges d'un rouge vif, se déchirant aisément. Vaisseaux gorgés de sang, surface cérébrale de couleur rosée, cerveau sain. Dans la moitié gauche de la protubérance, cavité pouvant recevoir l'extrémité du doigt auriculaire, contenant de la sérosité limpide; cette cavité irrégulière se prolonge dans le pédoncule cérébelleux, tapissée par une membrane. Les environs de la cavité sont évidemment durcis. Le côté droit de la protubérance montre un ramollissement pultacé d'un blanc mat uniforme. Ce ramollissement est comme enkysté dans la substance cérébrale, qui est ferme, et qui forme une cloison entre le foyer du côté gauche et le ramollissement; lesquels sont parfaitement symétriques pour le volume et la situation. Quelques ossifications à l'origine de l'aorte et dans son trajet (1).

DCCCIII^e Obs. — Femme, soixante-douze ans. Perte subite de connaissance, chute, insensibilité, quelques mouvements convulsifs. Mort deux heures après. — Foyer apoplectique, du volume d'une noisette, dans la protubérance, empiétant plus sur la moitié gauche que sur la droite, et se prolongeant dans le pédoncule cérébelleux moyen gauche jusque dans le lobe correspondant du cervelet (2).

DCCCIII^e Obs. — Maçon, quarante ans, athlétique. 30 septembre, après un diner ordinaire, il tombe sans connaissance. Insensibilité, immobilité absolues. Joue droite soulevée par l'air à chaque expiration. Yeux ternes, pupilles contractées; légères convulsions alternant avec la résolution des quatre membres; respiration courte, précipitée, très gênée; pouls large, lent, dépressible; refroidissement général, évacuation d'urine. Mort huit heures après l'invasion. — Intégrité des hémisphères cérébraux. Protubérance volumineuse aplatie. Épanchement sanguin dans son centre, avec destruction dans ce point des couches pyramidales, des faisceaux innominés.

(1) Montard-Martin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1843, p. 305.

(2) Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 47.

L'altération s'arrête aux limites du mésocéphale et du bulbe. Épanchement prolongé dans les pédoncules cérébraux et cérébelleux creusés en culs-de-sac ⁽¹⁾.

DCCCIV^e Obs. — Homme, quarante ans, svelte. A dix heures du matin, il se plaint d'une douleur lancinante dans un œil. Sa contenance change, il tombe en défaillance. Convulsions, pouls 100; pupilles naturelles, insensibles. Mort entre une et deux heures après minuit. — L'effusion sanguine s'était faite dans la protubérance, et étendue dans les pédoncules et un peu dans la pie-mère, mais non dans les ventricules ⁽²⁾.

DCCCV^e Obs. — Homme, soixante ans, longtemps militaire, puis négociant; excès vénériens, excès de table; malade depuis trois ans; affections diverses, hématurie, fièvres, inflammation de poitrine, puis faiblesse, surtout des membres inférieurs; cécité, pupilles un peu rétrécies et contractiles, dyspnée, grand appétit, douleurs épigastriques, digestions pénibles, constipation, œdème des avant-bras et des mains, du bas des jambes et des pieds; intellect normal, gaieté, mais irascibilité; issue de petits graviers avec les urines. Amélioration; écarts de régime, vomissements qui se reproduisent souvent; mouvements convulsifs; nouvelle amélioration; mais faiblesse générale, qui, cependant, permet de faire quelques pas. 23 décembre, vomissement. 24, assoupissement, coma, pouls plein, lent, intermittent, face colorée, sensibilité de la peau obtuse, douleur du ventre à la pression, impossibilité d'avalier, qui diminue, et la parole revient un peu; eschare au talon droit. 28 février, défaillance et mort. — Arachnoïde de couleur laiteuse. Infiltration séreuse d'aspect gélatineux sous l'arachnoïde et entre les circonvolutions. Ventricules latéraux contenant six à sept onces de sérosité sanguinolente, ayant leurs parois saines. Plexus choroïdes pâles et épaissis. A la base du crâne, deux onces de sang épanché. Nerfs optiques grêles, mais sains. Deux petites excroissances à la partie postérieure et supérieure du bulbe rachidien, implantées sur la substance médullaire par des pédicules très minces. Arachnoïde très injectée sur la protubérance, recouvrant une large ecchymose et un caillot de sang. Protubérance ramollie, surtout vers sa face inférieure. Nombreux caillots dans les pédoncules cérébelleux et cérébral du côté droit, et surtout dans ceux du côté gauche, et jusque dans le corps strié. Le plancher du quatrième ventricule est traversé par un caillot; un autre se trouve à l'orifice de l'aqueduc de Sylvius. Artères en général épaissies, avec quelques points d'ossification.

⁽¹⁾ Barral, Thèses de la Faculté de Paris, 1838, n° 12, p. 6.

⁽²⁾ Jackson, *American Journ. of med. Sciences*, July 1852, p. 90.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Huit calculs dans la vésicule. Rougeur de la muqueuse gastrique et duodénale. Ramollissement du jejunum dans son milieu. Graviers nombreux dans les reins ⁽¹⁾.

DCCCVI^e Obs. — Femme, soixante ans, vaillante et de vie régulière, apportée à l'hôpital de l'Université, à Londres, le 4 mai à cinq heures, par deux personnes à la porte desquelles elle avait frappé une heure avant, en disant qu'elle allait mourir. Elle était effectivement tombée sans connaissance, et depuis elle était demeurée insensible. Coma profond; le pincement de la peau ne produit aucun effet; fréquents mouvements convulsifs des muscles du tronc et des membres des deux côtés, un peu plus du droit, et spécialement des muscles pectoraux et des bras; pas de rigidité des membres; face non déviée; respiration laborieuse, mais non stertoreuse; pupilles très contractées et également; pouls fréquent, plein et fort. On croit à un empoisonnement par un narcotique. La pompe gastrique est employée, mais elle ne fournit aucun indice de la présence de l'opium. La mort arrive quatre heures après l'invasion. — Crâne épais et presque sans diploë. Cerveau petit; les circonvolutions des parties antérieure et supérieure de l'hémisphère droit sont aplaties, et ces parties correspondent à une portion du crâne, particulièrement épaissie. Leur consistance est assez grande. Ventricules distendus par deux onces de sérosité trouble. Au milieu de la couche optique droite, une tache noirâtre dénotait un suintement sanguin opéré par une petite ouverture, et, en disséquant cette partie, on suit la trace du sang dans le pédoncule cérébral droit, dans toute la substance du pont de varole, et un peu dans le pédoncule cérébral gauche. Le pont de varole était creusé de manière à former comme une coque, renfermant un coagulum d'un volume assez considérable. Le sang avait aussi pénétré jusque dans les deux lobes du cervelet, surtout dans le gauche. La substance médullaire était un peu ramollie autour du caillot. Il n'y avait aucune dégénération dans les vaisseaux. Il n'existe aucune effusion à la base du cerveau. Les autres organes sont sains ⁽²⁾.

DCCCVII^e Obs. — Tailleur, soixante-sept ans. Il y a quinze ans, douleurs rhumatismales. Il y a cinq ou six mois, faiblesse subite des deux jambes, surtout de la gauche, avec engourdissement et secousses musculaires; puis incontinence d'urine et des matières fécales. Intellect affaibli, inquiet; marche lente, difficile, chancelante; sensibilité conservée; pouls lent, assez fort; fonctions digestives en bon

⁽¹⁾ Duval, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. IV, p. 274.

⁽²⁾ Hare, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1857, t. VIII, p. 33.

état. 8 juin, en revenant du bain, malaise, frissons, vomissements; une hernie ancienne venait de sortir; décubitus dorsal, face pâle, sans expression, perte absolue de connaissance, insensibilité; bras gauche étendu et serré contre le tronc, bras droit contracturé, poignet fermé, avant-bras fléchi et tremblant, respiration stertoreuse, pouls fort et fréquent. Mort le même jour, à onze heures du soir. — Dans les ventricules latéraux, trois ou quatre cuillerées de sérosité rougeâtre. Foyer hémorragique assez considérable dans les deux tiers supérieurs de la protubérance, contenant un sang noir liquide et en caillots. Fibres nerveuses écartées et déchirées; ce foyer se prolonge, en avant, dans les pédoncules; en arrière, à travers les pédoncules cérébelleux supérieurs, dans le centre de chaque lobe du cervelet. Un peu de sang avait pénétré dans le quatrième ventricule par une déchirure de sa paroi inférieure. Moelle à l'état normal (1).

DCCCVIII^e Obs. — Femme, soixante-dix ans. Mars, pas de précurseurs; perte subite de connaissance; face pâle, pupilles contractées, immobiles; les deux narines pulvérulentes affaissées; respiration légèrement stertoreuse; joues soulevées à chaque expiration; vomissement abondant; pouls normal; perte absolue de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. Mort au bout de dix-huit heures. — Dans la protubérance se trouve un vaste foyer; toute sa partie supérieure est désorganisée; ce foyer s'étend jusque dans les pédoncules du cervelet, surtout à droite, et dans ceux du cerveau. Ventricules cérébraux pleins de sérosité sanguinolente. Infiltration dans le tissu sous-arachnoïdien. Cœur normal (2).

DCCCIX^e Obs. — Homme, soixante-quatorze ans. Juin, sans prélude, après son diner, il tombe sans connaissance. Face pâle, traits tirés en haut, paupières abaissées, pupilles contractées, immobiles, narines affaissées, joues soulevées par l'air expiré; stertor; paralysie incomplète; rigidité de tous les membres; sensibilité dans les membres supérieurs, éteinte dans les membres inférieurs; intellect nul; pouls 80; vomissement de matières blanchâtres glaireuses et d'aliments; hoquet. Mort le deuxième jour de bonne heure. — Granulations de Pacchioni très développées. Beaucoup de sérosité sous l'arachnoïde, surtout à gauche. Ventricules latéraux et moyen contenant une abondante sérosité légèrement teinte en rouge. Stries rouges sur le plancher de leur étage inférieur. Gros caillot au centre du mésocéphale; quelques éraillures ont permis à des gouttes de

(1) Cornil, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 201.

(2) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 10. (Service de M. Cruveilhier.)

sang de s'infiltrer. Le foyer sanguin s'étend dans les pédoncules cérébraux; aussi paraît-il bifurqué en avant; il se prolonge aussi en arrière, dans les pédoncules cérébelleux, et spécialement dans le gauche, qui le transmet au centre du lobe correspondant du cervelet, où il va soulever les méninges à la face supérieure de ce lobe. Le pourtour du foyer est ramolli, piqueté. Dans le mésocéphale, les parois du foyer cérébelleux sont saines. Poumon gauche emphysémateux. Ventricule gauche du cœur un peu hypertrophié (1).

DCCCX^e Obs. — Homme, quatre-vingts ans, pas de symptômes antérieurs. Juillet, à cinq heures du matin, il tombe privé de connaissance et de mouvement volontaire. Contracture générale et sorte de tremblement de toutes les fibres; perte de la sensibilité. Trois heures et demie après, résolution des membres, abolition de la sensibilité, de l'intelligence. Pupilles immobiles, peau très chaude, pouls fréquent, respiration bruyante, râle trachéal, extrémités pâles et froides. Mort à neuf heures et demie du matin. — Pie-mère infiltrée de sang en quelques points. Ventricules remplis de sérosité sanguinolente. Septum déchiré. La protubérance représente une sorte de poche remplie de caillots, se prolongeant dans les pédoncules du cervelet, et, en avant, dans les pédoncules cérébraux, jusque dans les couches optiques. Autour de ces caillots, lambeaux de substance cérébrale ramollie, qu'un filet d'eau soulève sans les détacher. Traces d'ancienne péricardite. Légère dilatation des ventricules du cœur, sans hypertrophie (2).

DCCCXI^e Obs. — Homme, soixante-douze ans, robuste, santé parfaite. Janvier, il fait une marche de quatre ou cinq kilomètres; en arrivant, il se sent très fatigué, s'assied, et tombe sur le côté en vomissant. Perte de connaissance, face rouge, yeux injectés, coma profond, roideur convulsive des membres supérieurs et inférieurs, suivie de leur résolution; respiration lente, difficile, puis stertoreuse. Mort au bout de deux heures. — Rigidité cadavérique générale. Poumons gorgés de sang. Hypertrophie du cœur. Substance des hémisphères ferme, injectée. Trois cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. Protubérance saillante, arrondie; elle présente un foyer apoplectique, étendu, d'une part, jusqu'au dessous des tubercules quadrijumeaux; et, de l'autre, jusqu'à la moitié de la longueur des éminences pyramidales, qu'il écarte des éminences olivaires. Le sang est noir, coagulé; il a pénétré dans l'épaisseur des deux pédoncules cérébraux, jusqu'à leur jonction avec les couches

(1) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 11.

(2) Durand-Fardel, dans Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 15, — et *Gazette médicale*, 1838, p. 279.

optiques. L'épanchement n'occupait que les faisceaux antérieurs de la moelle épinière. Pas d'altération de la substance nerveuse environnante. Point d'épanchement dans les quatrième et troisième ventricules (1).

Ce dernier fait se distingue des précédents en ce que l'hémorragie ne s'est pas bornée au mésocéphale et aux pédoncules, mais qu'elle est arrivée jusqu'au bulbe rachidien ; néanmoins, il a présenté beaucoup d'analogie avec les précédents et pouvait en être rapproché : perte de connaissance, roideur convulsive, puis résolution des quatre membres, respiration stertoreuse, etc. La terminaison a été prompte. Elle est survenue au bout de deux heures ; elle n'a pas été foudroyante.

4^{me} SECTION. — HÉMORRHAGIES DU BULBE RACHIDIEN.

Ce genre d'hémorragie est fort rare. Dans l'observation DCCCXI, il y avait eu seulement extension du foyer. Serres parle aussi d'un foyer secondaire peu étendu dans le renflement des éminences olivaires et pyramidales. Il ne donne pas de détails symptomatologiques ; le malade survécut sept heures. Je n'ai rencontré que deux faits dans lesquels l'hémorragie du bulbe a été primitive. Ils sont très différents l'un de l'autre, et ne peuvent être donnés que comme types parfaitement distincts.

DCCCXII^e Obs. — Femme, soixante-quatre ans, sourde depuis son enfance ; irascible, hystérique depuis l'âge de dix-sept ans. A quarante ans, cessation des règles ; embonpoint ; marche irrégulière, mais ferme et sans indice de paralysie. Le 28 octobre, à midi, accès violent de colère, cri ; la malade s'appuie contre un mur, glisse à terre, on la relève ; elle était morte. — Sinus de la dure-mère engorgés. Pie-mère très injectée, se détachant facilement du cerveau. Ventricules secs. Caillot de la grosseur d'une noix, adhérent à la partie supérieure du bulbe rachidien, s'étendant en haut jusqu'au niveau du quatrième ventricule, naissant de la substance

(1) Ollivier d'Angers, *Archives*, 2^e série, t. I, p. 275. — *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 155.

grise centrale du bulbe. Eminences olivaires détruites en partie. Eminences pyramidales intactes. Sérosité dans le canal rachidien (1).

DCCCXIII^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, ayant eu plusieurs attaques d'apoplexie. 10 juin, à une heure du matin, perte subite de connaissance. Face violacée, yeux tournés à droite, cou renversé du même côté. Pupilles dilatées, immobiles, insensibles à la lumière. Résolution complète des membres gauches ; membres droits roides et contracturés. Perte de la sensibilité. Pouls plein et fréquent. Stertor. A la contracture succède la résolution des membres après une forte saignée ; puis retour de la connaissance et de la parole. Quelques jours après, nouvelle attaque, et mort. — Cerveau ferme, consistant et non congestionné. Cervelet, mésocéphale et pédoncules sains. Point de liquide dans les ventricules. Dans la pyramide antérieure gauche, vers sa partie moyenne, sorte de noyau jaunâtre, de la grosseur d'un pois, et, au centre de ce noyau, une cavité qui aurait à peine contenu la tête d'une grosse épingle ; elle renferme un petit caillot noirâtre. Les parois de cette poche sont lisses, fermes, de couleur jaunâtre, plus foncée vers le centre ; elle a une teinte de rouille. Moelle saine. Cœur énorme contenant beaucoup de sang (2).

Le premier de ces faits donne une idée de la suprématie du bulbe rachidien quant à la puissance vitale. Le second montre une bien moindre influence de la part des éminences pyramidales antérieures. Celle qui s'est montrée malade avait probablement commencé à l'être depuis plusieurs jours. La lésion était d'ailleurs extrêmement circonscrite. C'est ce qui rend raison de son innocuité temporaire. Il y a lieu aussi de remarquer que la paralysie était du côté où siégeait l'hémorragie, et que les spasmes se montraient du côté opposé.

Résumé des observations d'hémorragies du mésocéphale, des pédoncules et du bulbe rachidien.

I. Ces observations sont au nombre 78 ; elles sont en proportions très différentes, eu égard aux organes affectés.

(1) Jodin, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 540, — et *Gazette des Hôpitaux*, t. VII, p. 328.

(2) Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n^o 133, p. 21, — et *Lancette française*, t. VI, p. 289.