

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.

50 se rattachent au mésocéphale seul, 5 appartiennent aux pédoncules cérébraux, 21 présentent l'extension du foyer mésocéphalique dans les pédoncules cérébraux ou cérébelleux, 2 seulement montrent le bulbe rachidien comme siège primitif et exclusif de l'hémorragie.

II. Ces faits ont été observés chez 50 individus du sexe masculin et 28 du sexe féminin.

III. Le plus jeune avait....	40 ans.
2 avaient	l'un 41 et l'autre 20 ans.
3 —	23, 24, 28 ans.
18 —	de 31 à 40 ans.
41 —	de 41 à 50 —
12 —	de 51 à 60 —
12 —	de 61 à 70 —
14 —	de 71 à 80 —
1 avait	85 ans.

74

Ce tableau signale deux périodes comme ayant présenté le plus grand nombre de cas d'hémorragies mésocéphaliques et pédonculaires; elles appartiennent à l'âge moyen et à la vieillesse, dans une proportion assez uniforme. Les adolescents n'en ont présenté que de rares exemples, et les très jeunes sujets aucun.

IV. Il y a encore dans cette section des hémorragies encéphaliques, prédominance des constitutions fortes et pléthoriques, et c'est à peine si quelques faits sont présentés par des individus faibles, maigres et lymphatiques.

V. Je ne trouve qu'un exemple de disposition héréditaire (DCCC).

VI. Dans deux cas, l'attaque apoplectique a été précédée de l'exposition à un froid vif (DCCXXXVI, DCCLXXX).

VII. D'autres fois, c'étaient des excès de table (DCCLXIII, DCCCV), et, dans divers cas, c'est de suite après le repas que l'invasion a eu lieu.

VIII. L'abus des spiritueux a été noté huit fois, et, chez un sujet, l'usage très fréquent de l'opium était accusé (DCCXLVII).

IX. Pour un autre a été signalé l'excès des plaisirs vénériens (DCCCV).

X. Une fatigue extrême, un travail extraordinaire, une marche longue et accompagnée de préoccupations paraissent avoir parfois produit l'attaque apoplectique (DCCXXXVI, DCCLXIX, DCCXXI). Elle a eu lieu, dans un cas, pendant les efforts de l'accouchement (DCCLXVI).

XI. Des affections morales vives ou tristes, ou concentrées, ont pu amener un résultat analogue (DCCLXXII, DCCXIII, DCCXXII).

XII. L'oubli d'une saignée, qu'on avait l'habitude de pratiquer tous les mois, aurait, chez un individu, occasionné l'hémorragie encéphalique (DCCXLI).

XIII. Parmi les maladies qui avaient précédé l'attaque, on peut citer l'aliénation mentale, qui existait chez cinq sujets (DCCXXXIX, DCCLIV, DCCLVII, DCCLXXII, DCCXIII); l'épilepsie chez trois (DCCXLIX, DCCLVI, DCCLXV); l'hystérie (DCCC, DCCXXII); la colique saturnine (DCCXLIX, DCCLXVII, DCCXCVII); des atteintes de goutte ou de rhumatisme (DCCLXIV, DCCLXXX, DCCCVII). Un malade avait eu une suppression du flux hémorrhoidal, suivie d'hématémèse (DCCXCVII). Quelques-uns offraient des symptômes de lésion organique du cœur; enfin, plusieurs avaient eu des congestions cérébrales ou une ou plusieurs attaques apoplectiques, avec ou sans paralysie (DCCXLI, DCCXLIII, DCCXLVI, DCCXLVII, DCCLIX, DCCLXIII, DCCLXIV, DCCXXIII).

XIV. Les phénomènes précurseurs ont été analogues à ceux que j'ai eu déjà l'occasion d'indiquer. Voici ceux que les faits désignent: Plusieurs fois, une céphalalgie intense et prolongée, une grande pesanteur de tête, une douleur lancinante de l'un des yeux (DCCCV), des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des étourdissements, l'engourdissement d'un membre, des crampes, une sensation étrange dans les pieds, empêchant de mettre des souliers (DCCXCVIII); la faiblesse des membres inférieurs rendant la station peu solide. On a remarqué aussi un léger délire, des rêves pénis-

bles, des pressentiments sinistres, l'embarras de la parole (DCCLXIV, DCCLXXXVIII, DCCLXXXIX, DCCCVI). Dans quelques cas, il y a eu de la dyspnée, des accès de suffocation (DCCXLVIII, DCCLXIX), des vomissements (DCCXLVIII, DCCLXXXVIII, DCCXCI).

XV. L'invasion a eu lieu d'une manière subite et par la perte de connaissance, comme dans l'attaque apoplectique ordinaire, dans environ 55 cas, et pour 9 ou 10 de ces cas, l'invasion s'est confondue avec la maladie elle-même; la mort étant survenue presque au même moment ou peu d'instants après. Quant aux vingt et quelques autres cas, ils ont présenté divers modes d'invasion, qui se sont traduits de la manière suivante: Plusieurs fois, le début a été marqué par un étourdissement, avec sentiment de faiblesse générale ou partielle, fourmillement subit ou paralysie d'un côté, et même chute, que le malade sentait s'effectuer et rendait moins fâcheuse en se retenant (DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLV, DCCXLVIII, DCCXCV); d'autres fois, c'est une douleur vive qui oblige le sujet à se lever, à s'élaner comme pour fuir, mais il tombe au bout de quelques pas (DCCLXXXIV), ou une céphalalgie atroce qui fait pousser des cris aigus, produit un tremblement général, bientôt suivi de paralysie et de défaillance (DCCXCVI, DCCXCVIII). Un individu s'est trouvé paralysé le matin en se réveillant (DCCXC). Un autre, pris de vertiges et de faiblesse, ne pouvait pas s'exprimer d'une manière intelligible (DCCLXXXIX). Dans quelques cas, l'invasion a été marquée par des mouvements convulsifs ou même des convulsions (DCCLXVII, DCCCIV, DCCCIV) ou par des vomissements (DCCXLII, DCCXCVI), etc.

XVI. La perte de connaissance, qui signale le plus ordinairement l'invasion, peut n'avoir qu'une durée assez courte; mais le plus ordinairement, elle se prolonge pendant plusieurs heures.

XVII. Lorsque les malades reprennent leurs sens, ils ont quelquefois leur intellect à peu près ordinaire (DCCXXXVIII, DCCXLV, DCCLXVIII, DCCLXXVII, DCCLXXXVI, DCCXC, DCCXCV, DCCXCVI, DCCC).

Ou bien ils sont dans une sorte de stupeur (DCCXLV, DCCXLVII, DCCXLVIII, DCCXLIV, DCCLXXXVII, DCCC).

Quelques-uns se plaignent de maux de tête assez intenses (DCCXLI, DCCLXIX, DCCLXXXVI (affectant le côté gauche), DCCLXXXVII (le côté droit), DCCC (le sommet).

Il en est qui ont du délire (DCCXXXVII, DCCXXXIX, DCCXLIV, DCCLXXXVI, DCCLXXXVII (ordinairement léger).

Mais le plus grand nombre restent plongés dans l'assoupissement.

En même temps, ils ont la face injectée, vultueuse. Le coma, s'il n'a pas lieu au début, se manifeste le plus souvent vers la fin de la maladie; chez 22 malades, il a constitué un des symptômes principaux.

XVIII. La parole a paru, dans 10 à 12 cas, difficile, gênée, lente, hésitante; mais, malgré cet embarras, elle était comprise; tandis que, chez cinq malades, elle fut complètement empêchée; toutefois, ce nombre pourrait être réduit. En effet, chez l'un, il paraît que l'aphasie cessa au bout de quelques jours, puisqu'il eut du délire (DCCXXXVII). Un second avait complètement perdu la parole, bien que l'intelligence fut intacte (DCCLXXXVII); mais la mort arriva vers la vingtième heure, et peut-être, sans une aussi rapide terminaison, ce symptôme se fût-il dissipé. Chez le troisième malade, il n'y avait pas seulement impossibilité de prononcer, l'ouïe était en même temps perdue, et l'assoupissement assez profond (DCCXCV). Restent donc deux cas dans lesquels l'aphasie fut parfaitement caractérisée, car les malades, ayant conservé leur intelligence, répondaient par gestes ou par écrit, ne pouvant articuler les mots (DCCXLVI, DCCC). On peut donc regarder ce symptôme comme très réel, mais rare dans l'hémorrhagie du mésocéphale.

XIX. Les pupilles ont été tantôt dilatées (9 fois), tantôt, et même plus souvent, contractées (14 fois); mais, parfois, une pupille était dilatée ou contractée seule, l'autre restant de largeur moyenne; elles étaient assez souvent mobiles, quel que soit le degré de lumière auquel on les

exposait, fussent-elles dilatées ou resserrées. Il y a eu deux fois strabisme ; chez un sujet, il était convergent (DCCXXXVI), et chez l'autre divergent (DCCLXXXIX). Les deux yeux ont été parfois inclinés d'un côté. La vue a été plus ou moins affaiblie à un œil ou aux deux yeux. L'ouïe a aussi en quelques cas été peu distincte (DCCXXXVI, DCCXLII).

XX. On a vu les convulsions marquer chez un petit nombre de sujets l'invasion de l'hémorragie mésocéphalique. Elles se sont aussi montrées dans son cours ; mais il est bon de noter d'abord qu'elles n'ont pas eu lieu lorsque le foyer avait son siège sur les parties latérales de la protubérance. C'est seulement quand le centre était lésé. Nous voyons alors des convulsions, des mouvements convulsifs se produire, affecter les divers membres ou seulement ceux d'un côté, et prendre parfois les apparences de l'épilepsie, avec écume à la bouche. A ces spasmes intenses et plus ou moins étendus, de durée variable, a succédé un état de résolution (DCCXLVII, DCCL, DCCLVIII, DCCLXII, DCCLXVI, DCCLXX, DCCLXXIII, DCCLXXXII, DCCLXXXIV, DCCLXXXVII, DCCLXXXVIII, DCCCV, DCCCVI, DCCCVII, DCCCVIII, DCCCVI); quelquefois, les mouvements convulsifs ont été bornés à la face, aux yeux, aux lèvres (DCCLI, DCCLXXXII, DCCC), ou c'étaient des mouvements spasmodiques agitant de temps à autre les mâchoires, les membres, le tronc (DCCL, DCCLI, DCCLX, DCCLXXVII, DCCLXXXVII), ou un simple tremblement parcourant les diverses parties (DCCLXXX, DCCLXXXVIII). D'autres fois, le spasme était plutôt tonique que clonique. Il consistait en une rigidité convulsive des membres, une contracture, principalement des membres supérieurs; en quelques cas, avec trémoussement fibrillaire, avec flexion des doigts et écume à la bouche, ou avec renversement de la tête en arrière, ou avec une sorte de paralysie incomplète (DCCL, DCCLXIII, DCCLXX, DCCLXXI, DCCLXXII, DCCLXXXVI, DCCGVII, DCCCVIII, DCCCVI, DCCCVII, DCCCVIII). On a constaté encore le resserrement des mâchoires (DCCLI, DCCLX, DCCLXXXVI). C'est dans moins de la moitié des cas d'hémorragie mésocépha-

lique que ces divers phénomènes spasmodiques se sont produits.

XXI. La paralysie a accompagné souvent, mais non constamment, les hémorragies dont il s'agit. Elle s'est présentée dans 47 cas. 31 en ont paru exempts ; mais sur ce nombre, 20 fois au moins le défaut de mention de la paralysie s'est rencontré, alors que la mort avait été très rapide, et que la confusion des symptômes et la détresse générale empêchaient de distinguer quelles parties de l'économie étaient plus spécialement privées de mouvement. Ce n'est donc, en réalité, que chez 8 à 10 sujets que la paralysie était absente. Elle s'est manifestée selon les modes suivants :

Il y a eu hémiplegie gauche.....	12 fois (1).
Paralysie du membre supérieur gauche..	2 — (2).
— de la moitié gauche de la face..	1 — (3).
Hémiplegie droite.....	11 — (4).
Paralysie des quatre membres.....	21 — (5).
	<hr/> 47 fois.

Je remarque : 1° que les hémiplegies ont surtout affecté les individus dont l'hémorragie siégeait à l'un des côtés du mésocéphale; 2° que la paralysie a toujours été du côté opposé au siège de la lésion; 3° que la paralysie des quatre membres a eu lieu principalement lorsque le foyer était au centre du mésocéphale ou qu'il s'était ouvert dans le ventricule du cervelet; 4° que les membres supérieurs ont été plus souvent ou plus fortement affectés que les membres inférieurs; 5° que la paralysie, dans un cas, s'est étendue du côté droit du corps au côté gauche (DCCXLII); 6° qu'elle

(1) DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXXXVIII, DCCXXXIX, DCCLVI, DCCLXXVII, DCCLXXIX, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCXCVI, DCCG, DCCXIII.

(2) DCCXL, DCCXLI.

(3) DCCXXXVI.

(4) DCCXLII, DCCXLIII, DCCXLIV, DCCXLV, DCCXLVI, DCCXLVIII, DCCXLVIII, DCCXXXIX, DCCXC, DCCCI.

(5) DCCLV, DCCLVII, DCCLVIII, DCCLIX, DCCLX, DCCLXI, DCCLXII, DCCLXV, DCCLXX, DCCLXXIII, DCCLXXV, DCCLXXVI, DCCLXXVIII, DCCLXXIX, DCCXCI, DCCXCV, DCCXIII, DCCXVIII, DCCX.

s'est bornée, dans un autre, à un seul côté de la face, en épargnant les membres (DCCLXXXVI); 7° que les membres paralysés ont été atteints de crampes (DCGXXXVII), et plusieurs fois de contracture (DCCXLV, DCCLVI, DCCXCV, DCCCX); mais que, dans un cas, les deux symptômes sont demeurés parfaitement distincts, la paralysie étant à gauche et la contracture à droite (DCCCXIII).

XXII. Les cas d'hémiplégie alterne se sont montrés neuf fois d'une manière très caractérisée; trois fois la paralysie portait sur les membres droits et le côté gauche de la face (DCCXLV, DCCLXVIII, DCCLXXXIX); six fois c'était l'inverse (DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCLXXVII, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCXCVI). La paralysie, dans les deux sens, n'a pas toujours été semblable; dans un cas, elle a épargné la paupière supérieure, s'étant bornée à la déviation des autres parties de la face, et, dans un autre fait, on a pu constater, d'une part, la paralysie des membres droits, avec inertie des muscles du côté droit du thorax, de la moitié droite du voile du palais, la diminution de sensibilité de la moitié droite de la face, tirée à gauche, et, d'autre part, paralysie des paupières gauches, strabisme externe, immobilité de l'œil gauche, et diminution dans la portée de la vue de cet œil. Je me borne, pour le moment, en notant cette différence, à faire remarquer que le dernier fait appartient à la série des hémorragies des pédoncules cérébraux, et que le précédent se rattache aux hémorragies de la protubérance, avec extension dans les pédoncules cérébelleux.

XXIII. La sensibilité s'est trouvée dans des états très variés. D'abord, elle a été immédiatement abolie dans les cas fort graves qui ont amené une mort rapide. L'intelligence, le mouvement et le sentiment étaient simultanément enrayés; à peine si quelques actions réflexes pouvaient être provoquées. Je ne connais pas de cas d'insensibilité générale sans perte absolue de connaissance. C'était le résultat de la suspension générale et plus ou moins complète des fonctions encéphaliques. Mais lorsque ces fonctions se sont on

partie rétablies, il a été possible de constater, dans certains cas, que la sensibilité était émoussée, obtuse ou même abolie dans les parties privées de mouvement; c'est ce qu'on a observé dans 17 cas (1). Mais elle a pu également y conserver son intégrité; c'est ce que 8 autres cas ont permis de constater (2). Deux fois elle y a même été exaltée (3). Dans l'un des faits d'hémiplégie alterne, la sensibilité était normale au bras inerte, mais émoussée au côté de la face paralysé (DCCXXXVI). Chez un autre sujet qui offrait une rigidité générale des membres, la sensibilité était conservée aux supérieurs et nulle aux inférieurs (DCCCIX).

XXIV. La respiration a été souvent influencée d'une manière très remarquable. Maintes fois, elle a paru gênée, laborieuse, lente, profonde (DCCXLVII, DCCLX, DCCLXVI, DCCLXXI, DCCLXXVIII, DCCLXXXII, DCCXCI, DCCXCV, DCCXCVIII, DCCCIII), suspicieuse (DCCLXIV), entrecoupée de hoquet (DCCCIX), ne s'exerçant qu'à l'aide du diaphragme, pendant que les parois thoraciques demeuraient immobiles (DCCL, DCCLVIII), s'interrompant par intervalles, allant en s'affaiblissant (DCCLXIX, DCCLXX), et finissant par un état d'apnée ou d'asphyxie rapide (DCCLV, DCCLX, DCCLXXV, DCCXCVIII). En outre, la respiration a été stertoreuse, surtout vers la fin, dans 24 cas; mais, en quelques rares occurrences, la respiration était à peine gênée, régulière, naturelle; seulement, un peu fréquente (DCCLXI, DCCXCIV).

XXV. Les voies digestives ont offert quelques symptômes dans près du tiers des cas. Il est survenu des vomissements chez 13 sujets (DCCLXI, DCCLXIX, DCCLXXIV, DCCLXXXVIII, DCCXCI, DCCXCVI, DCCXCVIII, DCCC, DCCCV, DCCCVII, DCCCVIII, DCCCIX, DCCCXI); mais, chez un autre malade, on ne put réussir à en provoquer, même en donnant des doses d'émétique assez élevées (DCCLIX). La gêne et l'impossibilité de la déglutition

(1) DCCXXXVII, DCCXLII, DCCXLIII, DCCXLV, DCCXLVIII, DCCLVIII, DCCLXII, DCCLXXX, DCCLXXXIII, DCCLXXXIV, DCCLXXXVII, DCCLXXXIX, DCCXC, DCCXCIII, DCCXCVIII, DCCCV, DCCCXIII.

(2) DCCXXXVI, DCCXXXIX, DCCL, DCCLXXXVII, DCCXCI, DCCXCV, DCCC, DCCCI.

(3) DCCXXXIX, DCCXCVI.

ont été observées chez 9 sujets (DCCXXXVI, DCCXLII, DCCXLVI, DCCLXXVI, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCCI, DCCCV, DCCCLIX). Quelquefois, il y a eu rétention des selles et des urines, plus souvent incontinence.

XXVI. Le pouls n'a point offert de caractère constant. Il a été résistant, dur, fort chez plusieurs sujets, irrégulier, chez quelques-uns, fréquent chez ceux-ci, lent chez ceux-là, quelquefois normal. Un malade avait des battements de cœur tumultueux.

XXVII. La température de la peau a paru plus élevée qu'à l'ordinaire (DCCCX), surtout vers la tête (DCCLXI), abaissée au cercle inférieur (DCCXCV), plus vivement sentie par le malade dans les parties paralysées que dans les autres, sans que la main du médecin y trouvât une différence appréciable (DCCLXXXIX). Quelques malades ont éprouvé un refroidissement général (DCCLXXII, DCCCH).

XXVIII. La maladie ayant eu, en général, une courte durée, a suivi une marche continue. Toutefois, elle a présenté des degrés variés d'intensité, selon le moment. Ordinairement portée dès l'invasion à une gravité extrême, elle a pu offrir bientôt après une notable modification et une atténuation dans les symptômes, ce qui a permis au malade de vivre encore quelque temps. On a vu la connaissance et la parole se rétablir. Un individu paraissait entrer en convalescence, il mange trop, et meurt le treizième jour (DCCLXIII). Les derniers moments peuvent être précédés d'une réaction susceptible d'en imposer (DCCLXIV). Dans quelques cas, le groupe symptomatique s'étant graduellement dégagé et réduit à une paralysie, à un trouble intellectuel, des mois et des années ont pu s'écouler; mais il a suffi d'une congestion ou d'un léger renouvellement de l'effusion sanguine pour rapeler la gravité première et causer une mort rapide.

XXIX. La durée de l'état morbide causé par l'hémorragie du mésocéphale a été, d'après ce qui précède, très variable. Voici les différences indiquées par les faits : La maladie a été foudroyante, et la mort subite ou à peu près

(DCCXLIX, DCCLI, DCCLXIV, DCCLXXIX, DCCLXXXIII, DCCLXXXVIII, DCCXII), ou la terminaison funeste a eu lieu en une heure (DCCL, DCCLIII), deux heures (DCCLXVI, DCCLXIX, DCCLXX, DCCLXXIII, DCCLXXXV, DCCXCVII, DCCXCVIII, DCCCH, DCCCLXI), quatre (DCCLV, DCCLXII, DCCLXXII, DCCXCH, DCCCVI, DCCCLX), cinq (DCCLXXV, DCCLXXVI, DCCLXXXIV, DCCXCH), six (DCCLII), huit (DCCCH), neuf (DCCLX, DCCLXXIV, DCCXCIX), dix (DCCLVIII, DCCLXXX), douze (DCCLXV, DCCCVII), quinze (DCCCL), seize (DCCCLIV), dix-huit (DCCCVIII) et vingt (DCCLXXXVII, DCCLXXXVIII) heures. Chez d'autres sujets, la mort n'est arrivée qu'après vingt-quatre heures (DCCLXXXII), le deuxième (DCCXLII, DCCXLIII, DCCCH), le troisième (DCCLVII, DCCLIX, DCCLXI, DCCC), le quatrième (DCCXCIV), le cinquième (DCCLXVIII), le sixième (DCCLXXXVI), le septième (DCCXCI), le huitième (DCCCLI), le dixième (DCCXCVI), le treizième (DCCLXXXVII), le quinzième (DCCXLIV, DCCXLV, DCCXCV), le vingt et unième jour (DCCXLVIII). Chez quelques malades, la vie a pu se prolonger un mois et quelques jours (DCCXXXVII, DCCXLVII), deux mois (DCCXXXVI, DCCLXXXIX, DCCCV), onze mois (DCCLVI), deux ans (DCCXXXVIII, DCCXLVI), quatre ans (DCCXC), cinq ans (DCCCI), et peut-être plus (DCCXLIII, DCCLIV). Il résulte de cette progression que l'hémorragie mésocéphalique a causé la mort, en moins d'un jour, chez 44 individus; du premier au vingt-unième jour, chez 22; d'un à onze mois, chez 6; enfin, après deux ans et plus, encore chez 6.

XXX. Comme dans les autres hémorragies encéphaliques, et même plus souvent peut-être, on a trouvé dans les vaisseaux des méninges et du cerveau une assez grande quantité de sang, dans les méninges plus ou moins d'exsudation séreuse. On a trouvé 21 fois une sérosité limpide ou sanguinolente dans les ventricules du cerveau; c'est surtout quand l'hémorragie s'était étendue du mésocéphale aux pédoncules que cette coïncidence a eu lieu. On a rencontré aussi des traces de méningite, une hypertrophie cérébrale (DCCLXXXVII, DCCLXXXVIII), etc.

XXXI. 14 fois, la lésion du mésocéphale n'a intéressé que les parties latérales; 5 fois le côté droit, 5 fois le côté

gauche, et une fois les deux côtés simultanément. La partie affectée a paru tuméfiée lorsque le foyer était considérable. Ce foyer a présenté un volume variable, comparé par les observateurs à un œuf de pigeon, une noisette, un pois. Il a rarement dépassé la ligne médiane. Le sang y était infiltré, mêlé avec la substance encéphalique en forme de pulpe, ou à peine coagulé, ou en concrétions disposées par couches et faisant supposer des effusions successives (DCCXXXVI). Le foyer a pu, au bout d'un long temps, offrir les apparences d'une cicatrice, ne contenant pas de néo-membrane, mais un tissu filamenteux, grisâtre, imbibé de sérosité (DCCXXXVIII, DCCXLIII, DCCXLVI). Les lésions latérales ont quelquefois compromis les racines des différents nerfs, tels que le trifacial, le facial, l'acoustique, ainsi que les pyramides antérieures, etc.

XXXII. Lorsque l'hémorrhagie a eu lieu au centre du mésocéphale et qu'elle a été assez considérable, cet organe a paru tuméfié dans son ensemble, d'une teinte plus ou moins bleuâtre, selon l'épaisseur des parois du foyer. Ce foyer aurait pu contenir une noix entière ou la moitié de ce corps. Plus souvent, son volume était moindre; il a pu être placé près de la face postérieure ou légèrement incliné d'un côté, mais parfois le foyer n'était pas unique; il y en avait deux, quatre et même six d'inégale capacité (DCCLI, DCCLVI, DCCXLIII). Le caillot paraissait récent dans la plupart des cas, la mort ayant été prompte; mais, dans deux, on apercevait les résultats d'un travail réparateur. Dans l'un, au vingt et unième jour, on constatait la présence d'une néo-membrane molle (DCCXLVIII), et, dans un autre, datant de plusieurs années, cette membrane était dure et résistante, tapissant l'intérieur d'une sorte de cicatrice brunâtre (DCCXLIV). Chez un sujet où la mort avait été rapide, les environs du foyer présentaient de petites artères dilatées, comme variqueuses, qui se brisaient avec une grande facilité (DCCXLIV).

XXXIII. Le foyer hémorrhagique s'est rompu quelquefois à la face postérieure et supérieure du mésocéphale,

dans la cavité du quatrième ventricule. Le sang a pu pénétrer par l'aqueduc de Sylvius dans le troisième ventricule; dans un cas, les tubercules quadrijumeaux et la valvule de Vieussens étaient déchirés.

XXXIV. La rupture du foyer s'étant faite du côté de la face inférieure du mésocéphale, le sang s'est répandu dans les fosses occipitales inférieures; il a pu pénétrer dans le canal rachidien.

XXXV. Dans cinq observations, le siège de l'hémorrhagie était dans l'un des pédoncules cérébraux, foyer ordinairement circonscrit, pisiforme, ou assez volumineux, et pouvant comprimer et repousser le nerf oculo-moteur commun. Dans un cas, la cavité, au deuxième mois, ne contenait pas de pseudo-membrane (DCCXXXIX); dans un autre, après quatre ans, il y avait une membrane dense, comme fibro-séreuse, et les parois étaient d'un blanc nacré et de consistance cartilagineuse (DCCXC).

XXXVI. L'hémorrhagie du mésocéphale peut s'étendre dans les pédoncules cérébraux ou cérébelleux, en écartant les faisceaux nerveux qui les constituent. L'hémorrhagie étant considérable, la protubérance volumineuse, aplatie, semblable à une poche, les tubercules quadrijumeaux peuvent être en partie détruits (DCCXCI), ou, le foyer étant circonscrit, situé au centre ou dans l'une des moitiés latérales, le sang peut pénétrer dans un ou plusieurs pédoncules. Quand il s'est introduit dans un pédoncule cérébral, il a pu parvenir jusqu'à la couche optique (DCCXCI, DCCXCIV, DCCXC), ou par les pédoncules cérébelleux jusque dans la substance du cervelet (DCCXCI, DCCCVI, DCCXCIX). Le foyer peut, en outre, se rompre dans le ventricule du cervelet (DCCXCVII, DCCXCIX, DCCCV, DCCCVII); le sang a même coulé dans l'aqueduc de Sylvius. Cet envahissement est très variable par son étendue et sa direction; il se borne à un seul pédoncule ou il en atteint plusieurs, parfois c'est le pédoncule cérébral d'un côté et un pédoncule cérébelleux de l'autre, parvenant ainsi par des voies divergentes dans la couche optique et dans le cervelet (DCCCVI).