

Une fois, le foyer mésocéphalique était plus prononcé à gauche, et cependant c'est dans un pédoncule cérébelleux droit que l'extension avait eu lieu. Je soupçonne toutefois qu'il y avait deux foyers distincts. C'était un cas d'hémiplégie alterne, et on remarquera que la paralysie faciale était opposée à la lésion du mésocéphale, et la paralysie des membres opposée à celle du pédoncule cérébelleux (DCCXCV). Les parois des foyers prolongés offraient des fibres écartées et souvent rompues. On y a vu au bout de peu de jours une pellicule mince et très vasculaire (DCCXCV). Chez une femme dont l'hémorragie mésocéphalique remontait à cinq ans, et avait laissé une hémiplégie et une sorte de démence, la protubérance recélait une cavité étendue dans un pédoncule cérébelleux, tapissée par une membrane et remplie de sérosité. La substance encéphalique la plus voisine était indurée; plus loin, elle était ramollie (DCCCI).

XXXVII. L'extension du foyer ne s'est pas seulement opérée vers les pédoncules, elle a pu se faire du côté des éminences pyramidales (DCCCXI). Mais chez un sujet, l'une de ces éminences avait été le siège primitif et unique de l'hémorragie. Celle-ci s'était probablement opérée d'une manière successive; aussi, la vie avait-elle pu se prolonger pendant quelques jours (DCCCXII); tandis que, chez un autre individu dont la mort fut immédiate, c'est au centre même du bulbe rachidien que le sang jaillit, s'élevant jusqu'au niveau du quatrième ventricule et détruisant en partie les éminences olivaires (DCCCXII).

XXXVIII. Plusieurs observations montrent les artères encéphaliques dans un état athéromateux très prononcé (DCCXL, DCCLXIV, DCCLXX, DCCLXXII, DCCLXXVII, DCCXCVIII, DCCXCIX), ou encroûtées de sels calcaires (DCCLXVIII, DCCLXXVIII, DCCC, DCCCIV). Un cas assez curieux offre des dilatations fort distinctes sur le trajet de petites artères (DCCLXVIII).

XXXIX. Le cœur a présenté 45 fois un état pathologique. C'était le plus souvent l'hypertrophie du ventricule gauche (43 fois); puis le rétrécissement, l'ossification des valvules

mitrale ou aortiques, la dégénérescence encéphaloïde du cœur (DCCXLIII, DCCXLVII, DCCLXXVIII).

XL. Chez quelques sujets, les poumons étaient engoués ou emphysémateux (DCCLX, DCCLXXXII), le foie volumineux, la vésicule biliaire remplie de calculs, les reins malades (DCCXLIX, DCCLII, DCCCV).

SÉRIES COMPLÉMENTAIRES. — *Coincidence de l'hémorragie du mésocéphale avec les hémorragies des diverses autres parties de l'encéphale.*

Lorsqu'il s'agit d'un organe aussi important que le mésocéphale et de ses lésions si peu connues, on ne doit négliger aucune occasion d'en éclairer l'étude. Dans les faits qui vont suivre, malgré les complications qui modifient nécessairement leur exposé, peuvent se trouver quelques points à vérifier, quelques notions à confirmer, quelques données à déduire. Il est un certain nombre de ces faits qu'on regretterait de ne pas pouvoir comparer aux précédents.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coincidence des hémorragies des méninges et du mésocéphale.*

DCCCXIV<sup>e</sup> OBS. — Fille, vingt-six ans, menstrues normales. Juillet, céphalalgie, nausées, vomissements, tête renversée en arrière; roideur de la partie postérieure du cou et du tronc; bras contracturés, paupières supérieures abaissées irrégulièrement; mouvements convulsifs de la mâchoire inférieure, pouls 55, intelligence conservée, agitation; cris plaintifs, délirants; langue blanche, rouge sur les côtés. Pas de douleur abdominale, ni de météorisme, ni de taches. Pouls 70, coma, gencives fuligineuses, collapsus. Mort le septième jour. — Sinus et vaisseaux cérébraux gorgés de sang en partie coagulés. Arachnoïde teinte d'une couleur noire, qu'elle doit à une couche de sang répandue à la surface des circonvolutions. Cette couche est plus épaisse au niveau des anfractuosités; elle pénètre dans le canal vertébral. Caillots sanguins et sérosité sanguinolente sur toute la base du cerveau. Sous l'arachnoïde et dans les ventricules, plusieurs cuillerées de sérosité. Pointillé sanguin dans quelques parties de la substance blanche du cerveau. La protubérance offre

dans son centre un petit caillot de la grosseur d'un grain de chénevis (1).

DCCCXV. Obs. — Pierre Pomiès, âgé de vingt-six ans, de Saint-Arroman (Hautes-Pyrénées), domicilié à Bordeaux où il est menuisier, est d'un tempérament lymphatico-sanguin; on n'a pas de renseignements sur les maladies qu'il peut avoir eues; on sait seulement que deux de ses parents ont été rapidement enlevés en offrant des symptômes apoplectiques. Depuis six mois, il se plaignait d'éprouver de la gêne dans l'abdomen, de la tuméfaction et une certaine dureté derrière l'ombilic, et il était survenu un suintement assez abondant au fond de cet anneau. Il y avait quinze jours que des douleurs de tête très intenses s'étaient manifestées. Il y avait aussi une toux légère.

Entré à l'hôpital Saint-André, dans le service de la clinique interne, le 8 avril 1854, Pomiès présente l'état suivant : peau d'une température et d'une coloration normales; pouls 60, un peu plein. Céphalalgie générale. Sens, intellect et appareil locomoteur exempts d'altération. Toux sèche, passagère. Pas de signes fournis par la percussion ni l'auscultation. Langue blanche à sa face supérieure, rouge sur les bords. Bouche amère, soif; nausées le matin. Légère douleur à l'épigastre par la pression. Douleur plus vive sur les côtés de l'ombilic par la simple palpation. Toute cette région offre de la résistance, et quand on la percute, le son est mat. On distingue des inégalités de consistance derrière les parois abdominales, et on voit un liquide séro-purulent remplir l'ombilic. Un examen attentif fait reconnaître une petite excroissance charnue au fond de cette excavation.

9. La céphalalgie a augmenté; le pouls est devenu large, plein, assez dur. (Petite saignée du bras, cautérisation de l'excroissance ombilicale avec le nitrate d'argent, tisane, etc.)

11. Moins de céphalalgie, vomissements, douleur au creux de l'estomac, constipation. (Deux ventouses scarifiées à l'épigastre, lavement purgatif.)

13. Recrudescence de la céphalalgie; pouls plein, 60. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, pédiluves sinapisés.)

14. Diminution notable des douleurs de tête, vomissement de matières jaunâtres, langue couverte d'un enduit de même couleur; pouls plein, régulier, 60. (Une bouteille d'eau de sedlitz.)

15. Nausées, vomissement de matières verdâtres, faiblesse générale. (Boissons fraîches, bouillons, etc.)

16. Prostration des forces, langue toujours couverte d'un enduit

(1) Morlot, Thèses de Paris, 1846, n° 98, p. 18.

saburral fort épais, embarras de la parole, pas de céphalalgie, dilatation des pupilles. Le soir, pouls plein, lent, 45; impossibilité de parler; la paupière supérieure gauche ne se soulève qu'avec peine; teinte violacée de la face, quelques vomissements. (Vésicatoires aux jambes.)

17. Pouls toujours plein, calme, régulier. Soubresauts des tendons, décubitus dorsal, dilatation des pupilles, œil droit entr'ouvert, œil gauche fermé, strabisme, déglutition difficile, hoquet, constipation. (Raser toute la tête, y appliquer un large vésicatoire; infusion de valériane, cataplasmes sinapisés aux pieds, lavement purgatif.) Soir, mouvements convulsifs de l'épaule gauche, respiration stertoreuse; face vultueuse, cyanosée; yeux largement ouverts, larmoyants; strabisme, pupilles dilatées. Attaque épileptiforme, écume sanglante à la bouche, mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche, agitation; décubitus varié, quelquefois sur le ventre; stertor, joues soulevées par l'air expiré, membres supérieurs cyanosés. Bientôt après, sensibilité abolie, immobilité; yeux à demi-ouverts, globes dirigés en haut; néanmoins pouls encore fort, résistant, 72. Mort à minuit.

*Nécropsie.* — Rigidité très marquée des membres, qui ont une teinte livide, ainsi que la face. Écume sanglante autour de la bouche et des narines.

L'examen général de la conformation de la tête donne lieu de remarquer un aplatissement assez prononcé de la région occipitale, et la section du crâne permet de constater que les os ont beaucoup d'épaisseur dans cette région.

Légère injection des méninges.

Pointillé rouge assez prononcé dans toute la substance cérébrale. Très petite quantité d'un liquide séreux et limpide dans les ventricules, dont les parois sont parsemées de taches comme pétéchiales ou ecchymotiques. Ramollissement très marqué du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Ramollissement notable du cervelet.

A la base du cerveau, on trouve une infiltration sanguine considérable sous l'arachnoïde. Elle est très marquée au niveau du chiasma des nerfs optiques, principalement du côté droit, ce qui donne à ces organes une teinte noirâtre-violacée. Même état, mais plus prononcé, et constitué par une couche sanguine plutôt que par une simple infiltration, sur le côté droit de la face inférieure de la protubérance annulaire et sur le bulbe rachidien du même côté. En enlevant les méninges et le sang qui les imprègne, on découvre le mésocéphale, dont la surface est parfaitement intacte. En divisant cet organe, on remarque une série nombreuse de points d'un rouge-noir foncé, principalement dans ses deux tiers infé-

rieurs. Ces points sont des caillots fort petits, demeurés distincts et isolés les uns des autres; ils ne forment point des lignes séparant les faisceaux des fibres nerveuses; ils sont assez également distribués. Leur nombre s'élève de trente-six à quarante. La substance du mésocéphale est un peu ramollie, ainsi que celle du bulbe rachidien, jusqu'à quelques centimètres dans la partie supérieure de la moelle épinière. Il n'existe de tubercules dans aucun point des méninges ou de l'encéphale.

Poumons généralement sains, crépitants, seulement un peu engoués à leur base et à leur région postérieure. Une recherche exacte n'a fait découvrir que deux très petits tubercules placés superficiellement sous la plèvre, au sommet du poumon gauche.

Cœur à l'état normal.

Injection et épaissement du péritoine pariétal, surtout dans ses régions inférieures. Intestins fortement météorisés et ayant une teinte rosée. Ganglions mésentériques très développés, arrondis ou oblongs; quelques-uns de ceux-ci ayant jusqu'à 3 ou 4 centimètres de longueur; ils sont contenus dans une sorte de coque membraneuse, épaisse, noirâtre, et comme mélanique; l'intérieur est uniquement formé de matière tuberculeuse. Le grand épiploon est ratatiné, induré, de consistance presque cartilagineuse; il présente quelques tubercules: l'un d'eux est dans un état de suppuration. Le feuillet séreux qui recouvre la face convexe du foie présente encore des tubercules; deux de ceux-ci sont assez volumineux, mais ne sont pas recouverts de l'enveloppe mélanique ci-dessus indiquée. Volume, forme et texture du foie, de la rate et des reins, à l'état normal. Muqueuse de l'estomac un peu injectée. Quelques arborisations dans les tuniques intestinales. Point de lésion des follicules de Peyer.

DCCCXVI<sup>e</sup> Obs. — Homme, cinquante-sept ans, robuste; chagrins. 28 mars, céphalée, embarras gastrique. 7 août, retour de la céphalalgie. 26, récurrence des douleurs de tête et vomissements de bile verdâtre; pouls toujours lent pendant ces trois attaques. 28, nouveau retour des douleurs, qui sont atroces; pouls 55, mou, petit, irrégulier, peau froide, tête libre; pouls 80-85; le malade reprend ses occupations. 8 mai, céphalalgie intense, vomissement de bile verte; 9, coma, urines involontaires, décubitus dorsal; face vultueuse, rouge sombre; pouls 60, puis à 80; respiration stertoreuse (fume la pipe); pupilles naturelles et mobiles; le malade semble reconnaître, répond juste, *oui* ou *non*; il tire la langue en ligne droite; tronc roide, tête dirigée en arrière; sensibilité conservée. Le soir, vue et ouïe nulles, évacuations involontaires. 40, pouls 100, sueur abondante, pupilles dilatées, insensibilité. Mort. — Du sang noir sort par la

bouche. Ecchymoses sur la face et le cou. Sur le sommet du crâne, près le sinus longitudinal à droite, une tache noirâtre, plus marquée à la face interne qu'à la face externe de la calotte. Épanchement sur le tiers moyen de l'hémisphère droit du cerveau, sous la dure-mère, consistant en un demi-verre d'un liquide noir, poisseux comme du goudron. Pas de caillot. Le sang situé, dit l'auteur, entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, est enveloppé dans un sac hémorrhagique qui adhère en arrière, ayant sept à huit centimètres de longueur, quatre de largeur et un et demi d'épaisseur. Substance cérébrale en cet endroit un peu déprimée, mais parfaitement saine. Dans le tiers inférieur de l'épaisseur de la protubérance annulaire, épanchement de sang coagulé étendu transversalement, du volume de la moitié d'une petite fève (1).

DCCCXVII<sup>e</sup> Obs. — Homme, soixante ans, céphalalgie, coma; état général de paralysie; pupilles immobiles, paupière droite abaissée, stertor, pouls dur, plein, fréquent; vomissement pendant qu'on pratique l'artériotomie temporale; convulsions. Mort huit heures après l'invasion des symptômes. — Crâne mince, d'une teinte foncée brune vers l'occiput et le pariétal gauche. Sous la dure-mère, sang liquide et caillot épais de demi-pouce, adhérent en partie et assez fortement à cette membrane, occupant principalement la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère, et s'étendant jusqu'à la base; on peut estimer la quantité de sang épanché à six onces. Veines de la pie-mère très larges et gorgées de sang noir. Circonvolutions parsemées de taches rougeâtres à leur surface. Pas de sang dans les ventricules ni dans la substance cérébrale. Petit caillot dans la protubérance annulaire et un autre plus gros dans le pédoncule droit du cervelet (2).

DCCCXVIII<sup>e</sup> Obs. — Femme, soixante-huit ans, tempérament sanguin, constitution replète. Étourdissement et chute dans un escalier. Perte de connaissance pendant plusieurs minutes. Vives douleurs à la tête et dans les membres; réponses assez justes aux questions; pas de paralysie; vomissements, et soudain cessation absolue de toute sensation et de tout acte intellectuel. Face rouge, congestionnée; paupières entr'ouvertes, pupilles dilatées et immobiles; bouche légèrement déviée à gauche; tête renversée du même côté; joue droite plus lâche que la gauche; respiration stertoreuse. Toutes les parties du cercle supérieur sont privées de sentiment et de mouvement. Les membres inférieurs, encore sensibles et mobiles, se contractent sous l'influence d'une stimulation, mais restent immobiles quand on

(1) Dubois, de Neuchâtel, *Gazette médicale*, 1848, p. 298.

(2) Alex. Kilgour, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1840, t. LIII, p. 351.

cesse de les exciter. Ni contracture, ni convulsions. Battements du cœur forts, 66 par minute; pouls développé, dur; artères temporales et carotides battant avec une force remarquable; respiration de plus en plus embarrassée. Mort le soir du même jour. — Laxité plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Forte contusion au côté droit de la tête. Vaste ecchymose sous le cuir chevelu. Épanchement sanguin entre la fosse temporale droite et la dure-mère. Fissure étendue du sinus caverneux à la ligne temporale. Les bords étaient encore tapissés d'une couche de sang coagulé. Hémisphères cérébraux affaîssés, surtout le lobe moyen droit, mais sans autre altération, ainsi que le cervelet. La protubérance contient plusieurs foyers sanguins, de volume variable, plus nombreux à gauche qu'à droite, logés dans la substance grise, que traversent les fibres médullaires. Autour de ces foyers, les vaisseaux sont très injectés, ce qui donne au tissu de la protubérance un aspect marbré. Les parois de ces foyers sont ramollies (1).

DEUXIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies des lobes cérébraux et du mésocéphale.*

DCCCXIX<sup>e</sup> Obs. — Plombier, quarante-neuf ans, parents goutteux, vie régulière; atteint à trente ans de colique métallique, suivie de légère paralysie des membres supérieurs. A quarante-deux, colique sans paralysie, mais attaque violente d'agitation, avec perte de connaissance pendant vingt-quatre heures. Douleurs vagues dans les membres. 21 novembre, attaque subite, perte de connaissance; on constate le liseré bleuâtre du collet des dents. Membre inférieur droit moins chaud que le reste du corps. Veines en général gonflées. Déglutition accompagnée de menace de suffocation. Yeux saillants, paupières sans mouvement quand on les touche; face pâle; pupille de l'œil droit ovale, dilatée et sensible à la lumière; narine gauche plus étroite que la droite, et sans mouvement de l'aile du nez dans l'inspiration; proéminence des muscles pectoraux, et très légers mouvements thoraciques égaux des deux côtés; 20 respirations; effort spasmodique et bruit dans l'inspiration; écume à la bouche; palpitations de cœur; violentes pulsations dans les artères carotide et temporale droites, battements de la carotide gauche à peine distincts; pouls 60, plein, fort, plus au poignet droit qu'au gauche. Urines involontaires. Abolition de la sensibilité; attaques fréquentes de spasme tétanique général, qui durent quelques secondes, reviennent au bout de peu de minutes, et laissent les mem-

(1) Nonat (service de Setres), *Lancette française*. — *Gaz. des Hôpit.*, t. VI, 1832, p. 502.

bres roides. Complète paralysie des membres et des muscles du côté droit de la face. Action réflexe par le chatouillement du pied très peu marquée à droite, très manifeste à gauche. Après une saignée, la pupille gauche devient ovale et se dilate comme l'autre; pouls 160, puis respiration de plus en plus lente, la circulation aussi; 5 inspirations, et pouls 28; yeux proéminents, paupières écartées. Mort deux heures après l'admission du malade à l'hôpital Saint-Georges, laquelle avait suivi de près l'invasion de l'attaque. — Très large caillot de sang dans la substance de l'hémisphère *droit* du cerveau, et remplissant aussi les ventricules latéral droit, troisième et quatrième. De plus, petite quantité de sang extravasé dans le centre du pont de Varole, qui est ramolli, et dont quelques veines sont très dilatées. Artère basilaire athéromateuse. Reins atrophiés, granuleux et contenant de nombreux kystes. Dans le foie, un large kyste hydatique (1).

DCCCXX<sup>e</sup> Obs. — Domestique, cinquante ans, robuste. En janvier, embarras de la langue; membres gauches lourds, engourdis; amélioration, puis recrudescence; hémiplegie gauche et commencement de paralysie à droite. État stationnaire pendant deux ans. Enfin, assoupissement, fièvre, démence, langue rouge, déglutition difficile, sensibilité conservée, yeux dirigés en haut, mort. — Infiltration séreuse de la pie-mère. Plusieurs cicatrices dans les deux hémisphères du cerveau. Foyer hémorragique dans la moitié droite de la protubérance annulaire, se prolongeant dans le pédoncule cérébelleux droit et dans le côté droit de la moelle allongée (2).

DCCCXXI<sup>e</sup> Obs. — Cuisinier, cinquante-six ans, deux attaques antérieures. Le 10 février, perte subite de connaissance, immobilité. Cet état persiste le lendemain. Respiration difficile, stertoreuse; face rouge, conjonctives injectées; pouls fort, fréquent; paralysie incomplète des membres, plus prononcée à gauche; vessie très distendue. Après la saignée, faible retour de l'intelligence et de la sensibilité. Plaintes, sons inarticulés. Troisième jour, face déviée, paralysée du côté *droit*. Paralysie des membres plus prononcée à *gauche*. Pas de contracture. Mort le quatrième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne; dépôts crétacés nombreux dans les artères de la base, qui sont dilatées. A la partie postérieure du lobe moyen droit du cerveau, au dessus et en dehors de la cavité digitale du ventricule, foyer apoplectique du volume d'une noix, à parois lisses, contenant un caillot de sang noir. Au dessous de ce foyer, cavité

(1) John W. Ogle, *Transact. of the Pathological Society of London*, 1861, t. XII, p. 2.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 624.

anfractueuse indurée, rouge-jaunâtre, indiquant un épanchement ancien, et en dedans, trace ecchymotique jaunâtre, indice présomptueux d'un épanchement plus ancien encore. Mésocéphale renfermant, dans son étage supérieur et dans le quatrième ventricule, un caillot sanguin de la grosseur d'une noix; la substance de la protubérance est altérée et déchiquetée à ce niveau, également des deux côtés. Bulbe et pédoncules sains. Dépôts crétacés sur la valvule mitrale (1).

DCCCXXII° Obs. — Femme, soixante-trois ans. En novembre, vomissements. Le lendemain, hémiplegie gauche, avec déviation de la commissure des lèvres; rigidité prononcée du membre supérieur paralysé; insensibilité de ce membre, sensibilité persistant dans l'inférieur. Yeux ouverts, intelligents; parole facile. Rigidité des muscles du cou, face tournée à droite; pouls dur, fréquent. Mort le troisième jour. — Il existe un foyer en dehors du corps strié; un autre dans une circonvolution du lobe postérieur; une multitude de taches pétéchiiales d'apparence scorbutique, ou plutôt de petits épanchements miliaires, la plupart proéminents à la surface du cerveau, ou cachés dans l'épaisseur de la substance grise, et une foule de petites granulations brun-jaunâtre, très denses, disséminées à la superficie des hémisphères, considérées comme des cicatrices de petits foyers sanguins. Enfin, la protubérance présente quelques taches d'apparence scorbutique, et dans son épaisseur, sur l'un des côtés de la ligne médiane, de petites cicatrices d'un brun-jaunâtre foncé (2).

TROISIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorragies des corps striés et du mésocéphale.*

DCCCXXIII° Obs. — Femme, trente-quatre ans. Hémiplegie gauche; céphalalgie intense à droite, suivie de la paralysie des muscles droits de la face, de l'orbiculaire droit. Amaurose de l'œil gauche. Pas de lésion de l'oreille droite, dont l'ouïe est normale; sensibilité du côté affecté naturelle, ainsi que les mouvements des mâchoires. Céphalalgie, œdème et ulcérations des membres inférieurs. — Beaucoup de sérosité dans les cavités de l'encéphale. Corps strié droit contenant une cavité irrégulière remplie d'une matière floconneuse rouge. Partie postérieure et inférieure du pont de Varole, contenant une autre petite cavité où se trouve une substance celluleuse en petite quantité. Cette cavité s'étend à droite, dans la direc-

(1) Poisson, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 204.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 33<sup>e</sup> livraison, planche XI, p. 5.

tion de l'origine de la septième paire. La portion dure paraît atrophiée à son origine. Pas de lésion du temporal. Quelques taches sur les parois des artères cérébrales. Cœur volumineux, ventricule gauche hypertrophié (1).

DCCCXXIV° Obs. — Femme, quarante-cinq ans. Trois ans avant, attaque d'apoplexie suivie de paralysie du côté gauche, avec sensibilité diminuée, mais non éteinte. Depuis un an et demi, motilité revenue. En septembre, étourdissements, céphalalgie, tendance à l'assoupissement. Le 10, la malade tombe sans connaissance. Quelques heures après, face violacée, paupière gauche abaissée, bouche et langue déviées à droite, tête inclinée dans le même sens, membres gauches paralysés et insensibles, vue abolie, somnolence, respiration stertoreuse. Mort à cinq heures du matin, commencement du deuxième jour. — Sérosité infiltrée dans la pie-mère. Corps strié droit comme détruit par un foyer hémorragique et épanchement considérable de sang dans le ventricule. La protubérance présente au milieu de sa moitié droite une cavité oblongue, transversale, de cinq lignes de long, renfermant un liquide jaunâtre. Ses parois offrent une teinte analogue, et sont liées par de petites brides qui se déchirent aisément. Substance environnante normale (2).

DCCCXXV° Obs. — Femme, quarante-cinq ans. Douleur pleuro-dynique, puis écoulement purulent et fétide de la narine droite, avec douleurs frontales vives. Hématémèse. 6 juillet, à six heures du soir, attaque subite. Pâleur de la face; pas de déviation de la bouche, ni d'écume; pupille droite très dilatée, la gauche contractée; spasmes toniques des bras et des jambes, alternant avec la résolution. Insensibilité générale complète, perte de connaissance; pouls non fréquent, petit, serré; impulsion forte du cœur, bruit de frottement au premier temps; respiration gênée, bientôt après stertoreuse. Mort à huit heures et demie, c'est à dire au bout de deux heures et demie. — Feuillet viscéral de l'arachnoïde soulevé par des caillots sur le mésocéphale. Épanchement sanguin dans toute la hauteur de la moitié droite de cet organe, et pénétrant dans le pédoncule cérébelleux moyen jusqu'à la base du lobe droit du cervelet. La moitié gauche de la protubérance n'est envahie par le sang que dans ses couches inférieures, et l'épanchement n'occupe que la moitié de la longueur du pédoncule cérébelleux moyen correspondant. Caillot de trois centimètres sur un dans le corps strié droit, qui est déchiré. État analogue du corps strié gauche; mais le

(1) Gregory, *Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb.* (Edinb. Journ., t. XLII, p. 276.)

(2) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 37.

caillot est moins étendu, et il existe, en avant et en dehors du corps strié, une petite cavité remplie de sérosité limpide et tapissée par une fausse membrane jaunâtre. Dans le ventricule latéral, sérosité citrine. Plaques osseuses dans les artères de la base. Ulcération dans la fosse nasale droite. Cœur volumineux, dilatation considérable du ventricule gauche <sup>(1)</sup>.

DCCCXXVI<sup>e</sup> Obs. — Femme, cinquante ans, tempérament sanguin, forte corpulence, boisson fréquente des spiritueux. En juin, attaque; vomissement, trouble moral profond; pouls irrégulier, 60; respiration laborieuse; yeux enflammés et déviés à gauche, ainsi que les traits du visage. La main gauche se porte sur la tête, grande anxiété; les membres droits paraissent paralysés. Pendant qu'on pratique une saignée, nouvelle attaque dans laquelle le visage est tourné. Paraplégie complète, stertor, cinq ou six inspirations par minute, pouls 62. Mort deux heures et demie après l'invasion. — Congestion des méninges, pie-mère enflammée, effusion considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette effusion est séreuse, et en quelques endroits rougeâtre, teinte de sang. Rougeur vive à la surface du cerveau. Les deux ventricules contiennent trois onces de sérosité claire. La communication des deux ventricules peut laisser pénétrer le bout du doigt. Plexus choroïdes décolorés, veines des ventricules injectées. Au milieu du corps strié droit, petit caillot de sang dans une cavité irrégulière. Même altération du corps strié gauche. Dans le troisième ventricule, sang mêlé à du sérum. Quatrième ventricule plein de sang. A sa surface inférieure, enfoncements irréguliers dans la substance du pont de Varole contenant des caillots. Artère basilaire volumineuse, fournissant deux branches qui plongent dans la protubérance, et aboutissent aux caillots de sang dans l'intérieur de cet organe. L'air insufflé dans cette artère par un chalumeau démontre que ces branches s'ouvrent au milieu des caillots <sup>(2)</sup>.

DCCCXXVII<sup>e</sup> Obs. — Homme, cinquante-deux ans, bien constitué, d'habitudes régulières, vie sédentaire, sujet aux palpitations de cœur. Depuis trois mois, céphalalgie, diminution de la vue et vertige. Il y a quatorze jours, réveillé la nuit avec perte de la parole et du mouvement du côté droit. Avant de se coucher, il avait éprouvé de l'hésitation pour parler. Intelligence conservée et sensibilité du côté droit très légèrement altérée. 28 février, grande difficulté pour parler, articulation des mots tout à fait confuse, sans

<sup>(1)</sup> Kirchberg, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1855, n° 202, p. 37.

<sup>(2)</sup> Cheyne, *On Apoplexy*, p. 105.

dérangement mental. La sensibilité et la motilité du côté droit se rétablissent en partie. Le malade peut marcher sans trop de difficultés; il se plaint de quelques engourdissements des doigts. Langue fortement dirigée vers le côté droit. Point de déviation de la bouche. Cependant, il paraît évident que la perte de la motilité est plus marquée du côté droit que du gauche. Les mouvements des yeux sont égaux. Appétit, ventre paresseux; embarras, pesanteur vers la tête; gêne de la respiration; fortes palpitations de cœur. Pouls 84, plein et vibrant. Pas d'œdème des membres inférieurs. Mort le 24 avril. — Arachnoïde un peu opaque, vaisseaux de la pie-mère congestionnés, substance du cerveau pâle et un peu molle. Au milieu du corps strié gauche, large caillot de sang de couleur noire et en apparence de récente formation. Ramollissement pulpeux de la substance cérébrale environnante, de couleur rouge-brun. Au centre du côté gauche du pont de Varole, se trouve un caillot de la grosseur d'une petite fève, semblable à celui du corps strié et paraissant être de la même date. Substance cérébrale ramollie autour de ce foyer, sans altération de sa couleur. Artères de la base du cerveau parsemées de dépôts athéromateux. Hypertrophie du cœur et rupture de l'artère aorte anévrysmatique <sup>(1)</sup>.

DCCCXXVIII<sup>e</sup> Obs. — Homme, soixante ans. Douleurs rhumatismales. Tout à coup, 29 février, étourdissement, perte de connaissance, décubitus dorsal, face injectée, bouche déviée à droite, résolution et insensibilité des membres droits, langue immobile, déglutition possible, dilatation de la pupille gauche, intellect anéanti; respiration bruyante, pénible. Deux heures après, aggravation, paralysie étendue aux quatre membres. Mort trois heures après l'invasion. — Forte injection des vaisseaux de la tête. Substance corticale rosée, substance médullaire fortement sablée. Dans les quatre ventricules, sang liquide et en caillots assez consistants. Corps strié ouvert par une déchirure d'un pouce de long, communiquant avec une cavité creusée dans la substance de ce corps. Septum lucidum détruit. Dans la protubérance, quatre petits foyers, dont trois dans le côté gauche et un dans le droit; le plus grand a cinq lignes de diamètre. Consistance de l'organe naturelle. Cervelet sain <sup>(2)</sup>.

DCCCXXIX<sup>e</sup> Obs. — Fille, soixante-huit ans, aliénée depuis trente ans. Attaque subite d'apoplexie, immobilité, battements du cœur forts et tumultueux, respiration de plus en plus gênée. Mort dans

<sup>(1)</sup> James Risdon Bennett, *Medico-chirurgical Transactions*, 1849, t. XXXII, p. 157.

<sup>(2)</sup> Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 36.

l'espace de six heures. — Pie-mère injectée et infiltrée de sérosité. Cerveau ferme et injecté. Foyers hémorragiques circonscrits, mais nombreux dans les corps striés, ramollis, ainsi que les couches optiques. Protubérance cérébrale et pédoncules cérébraux infiltrés de sang et désorganisés <sup>(1)</sup>.

DCCCXXX<sup>e</sup> OBS. — Homme, soixante-quinze ans. Attaque d'apoplexie en mai. Bouche déviée, paralysie complète à gauche, face injectée; pouls fréquent, développé; pupille gauche dilatée; respiration gênée, stertoreuse; paralysie du côté droit. Mort sept quarts d'heure après l'apparition des premiers symptômes. — Gros caillots dans la cavité de l'arachnoïde. Caillots dans les ventricules latéraux, le moyen et le quatrième. Le sang provenait d'une rupture linéaire de deux pouces de longueur, située sur le corps strié droit. Septum rompu. En outre, le ventricule s'était ouvert à sa partie externe et postérieure, et par là le sang s'était épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde. Dans la protubérance annulaire, cinq foyers apoplectiques récents; le plus grand a six lignes de diamètre, le plus petit en a deux. Un de ces foyers communique avec le ventricule voisin. La substance du mésocéphale est un peu ramollie. Traces de congestion sanguine dans le cervelet. La moitié droite de la voûte du crâne est plus mince que la gauche. Cœur très volumineux <sup>(2)</sup>.

QUATRIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies dans les couches optiques et dans le mésocéphale.*

DCCCXXXI<sup>e</sup> OBS. — Femme, cinquante-sept ans, excès de boissons spiritueuses. Le mois dernier, attaque de delirium tremens. Le 5 décembre, perte de connaissance, chute bien qu'assise sur une chaise. Pas de déviation de la face; intelligence imparfaite; réponses nulles, bornées à *oui* ou *non*. La malade ne tire pas sa langue. Yeux rouges, pupilles normales, sensibilité diminuée et motilité nulle dans les membres droits. Ni convulsions ni contracture. Pouls 60. Quelques jours après, retour de l'intelligence; divers mots peuvent être articulés, mais difficilement. Dans le rire, les traits sont déviés à gauche; la langue peut s'avancer hors de la bouche; la sensibilité est presque rétablie. 12 février, tout à coup, gémissements, main gauche appliquée contre la tête, perte de connaissance, respiration lente; pupille gauche dilatée, la droite contractée, toutes les deux insensibles à la lumière. Tous les membres dans un état de réso-

<sup>(1)</sup> Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 496.

<sup>(2)</sup> Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 133, p. 23.

lution. Respiration très laborieuse, et mort sept heures après l'attaque. — Arachnoïde sèche. Légère infiltration sanguine sous cette membrane, dans la région temporale droite s'étendant vers la base et sur le cervelet. Deux onces de sérosité sanguinolente dans les ventricules, qui communiquent librement entre eux. Corps strié et couche optique droits sains; mais dans le centre de la couche optique gauche, caillot de sang de couleur rougeâtre (brique) à l'extérieur et noire au centre, de la grosseur d'une noisette, entouré de matière cérébrale molle et jaune-fauve. Artères de la base parsemées de nombreuses plaques d'athérome. Dans le pont de Varole, extravasation de sang considérable, de couleur rouge-noire, liquide et coagulé, ayant désorganisé tout cet organe <sup>(1)</sup>.

DCCCXXXII<sup>e</sup> OBS. — Femme, soixante-onze ans, constitution grêle, rachitique; dyspnée habituelle. 24 juin, après souper, vomissement; chute, sans parole, sans connaissance, sans mouvement. Insensibilité absolue, résolution égale de tous les membres. Pas de déviation de la face. Paupières abaissées; pupilles immobiles, la droite un peu dilatée; lèvres inférieures pendantes, mâchoire mobile; respiration difficile, bruyante; pouls petit, faible, d'ailleurs normal. Mort dix-neuf heures après l'invasion de l'attaque. — Vaisseaux cérébraux injectés, substance encéphalique molle. Dans la protubérance, un caillot consistant, du volume d'une noix, contenu dans une cavité à surface rugueuse, irrégulièrement frangée et à parois ramollies, ecchymosées. Couche optique droite creusée d'une cavité frangée, et communiquant par une déchirure avec le ventricule correspondant, qui est rempli de sang fluide. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur <sup>(2)</sup>.

CINQUIÈME SÉRIE. — *Coincidence d'hémorragies du corps strié, de la couche optique et du mésocéphale.*

DCCCXXXIII<sup>e</sup> OBS. — Homme, soixante ans, ancien militaire, excès alcooliques. Le lendemain, vomissement. Le 18, décubitus dorsal, perte complète de l'intelligence, coma; visage décoloré, yeux fermés, immobiles; respiration stertoreuse, bruyante; ailes du nez faisant le soufflet; air expiré d'une odeur fétide; battements du cœur forts; pouls 100. Résolution complète des membres droits, qui ne sont pas entièrement insensibles; rétention des matières fécales et des urines. Mort le même jour, à deux heures. — Injection des vaisseaux de la dure-mère; infiltration séreuse sous-arachnoïdienne;

<sup>(1)</sup> H. Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 393.

<sup>(2)</sup> Cazès, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 3, p. 25.