

En ce qui concerne les hémorrhagies, on voit qu'un côté peut en être un peu plus souvent affecté que l'autre. Ainsi, comparant, dans les diverses localisations, les sièges pairs des hémorrhagies, je trouve les résultats suivants :

	Côté droit.	Côté gauche.
Hémorrhagies méningées.....	24	26
Couche corticale du cerveau.....	15	8
Lobes moyens.....	63	52
— postérieurs.....	18	15
— antérieurs.....	6	10
Corps striés.....	26	33
Couches optiques.....	23	15
Corps striés et couches optiques simultan. <sup>1</sup> .	24	15
Cervelet.....	14	12
Mésocéphale.....	10	10
	223	196

Différence, 27 sur 419 cas.

Malgré ces résultats, je suis loin de vouloir déduire des données générales précises, avancer, par exemple, que les hémorrhagies sont plus fréquentes dans le corps strié gauche que dans le droit, et dans le lobe moyen droit que dans le gauche. Les différences obtenues sont peu importantes, et quelques chiffres de plus auraient peut-être rétabli l'équilibre. En outre, dans 170 à 180 cas, les deux côtés ont été affectés parallèlement, et, de plus, des coïncidences ont montré à la fois atteints des points opposés et appartenant à des localisations diverses. Je désire seulement établir que les parties paires de l'encéphale, quoique d'apparence physique semblables, n'ont pas une identité absolue de disposition pathologique. C'était un premier pas à faire dans la recherche du siège de leurs lésions.

Maintenant se présente la question bien plus grave et plus complexe des rapports de ce siège avec les phénomènes observés pendant la vie.

Pour arriver à quelques conclusions exactes, il faut rapprocher les faits et comparer les résultats, en prenant pour

point de départ les principaux symptômes énoncés, et constater à quelles parties lésées ils correspondent.

(Troubles de l'intelligence et des sens.) Quel que soit le siège de l'hémorrhagie encéphalique, le premier effet de la lésion produite est le plus ordinairement la suspension subite de tout acte intellectuel et de toute fonction de la vie extérieure ou de relation. Une solution de continuité circonscrite a donc pu interrompre les opérations de tout un appareil organique. Il est vrai qu'au moment de l'attaque une congestion violente et générale a souvent frappé et engourdi l'ensemble des centres nerveux.

Mais cet ébranlement est passager; la circulation reprend son calme, sa régularité; il ne reste que la lésion locale. Alors, quel que soit le point de l'encéphale lésé, la vie de relation peut se rétablir et l'intelligence reprendre son exercice.

On constate, dans ce retour, qu'il n'est pas un organe plus étroitement, plus intimement lié que les autres à l'exercice de ces fonctions ou de ces facultés. En parcourant, en effet, les observations, je trouve que l'intelligence a repris ou conservé toute son intégrité dans les hémorrhagies de la substance corticale (CLXXV, CLXXXII), dans celles des lobes moyens (12 fois), des lobes postérieurs (4), des lobes antérieurs (4), des corps striés (12), des couches optiques (10), du cervelet (5), du mésocéphale (9).

Mais, dans un certain nombre de cas, l'intellect a été troublé, le délire est survenu. Ce phénomène doit-il être spécialement attribué à quelques-unes des localisations affectées? Celles qui l'ont offert le plus souvent sont les méninges (20 cas) et la substance corticale du cerveau (8). Quant aux autres, toutes en ont présenté des cas, mais en petit nombre. Je dois cependant distinguer les lobes antérieurs, qui en ont donné cinq exemples, dont un avec loquacité (CCCLXXXVII), et un autre avec vociférations incohérentes et agitation extrême (CCCXC). Ainsi, les lésions des régions superficielles et antérieures du cerveau sont celles qui s'accompagnent le plus souvent de délire.

Quant aux phénomènes résultant de l'action des *sens*, de la direction des yeux, de l'état des pupilles, des troubles de la vision, je n'ai pu saisir aucun rapport avec les différents sièges des lésions encéphaliques. Tous les ont offerts; seulement, il m'a semblé que si, dans les hémorragies cérébrales et méningées, les pupilles ont été aussi souvent dilatées que resserrées, dans les hémorragies cérébelleuses et mésocéphaliques, elles ont été plus souvent contractées que dilatées.

(Perte de la parole.) J'ai fait quelques distinctions quant aux troubles de la parole, à leur intensité et à leur liaison avec celles de l'intelligence. Je borne l'étude actuelle aux cas de véritable *aphasie*, c'est à dire de perte de la parole sans altération très notable de l'intelligence.

Ces cas sont au nombre de 38; parcourons les sièges occupés.

D'abord se présente la substance corticale, qui, chez un sujet, offrait aux deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches les traces d'une lésion ancienne et limitée (CLXXXII), et qui chez un autre était altérée sur les deux hémisphères, principalement sur le gauche, où s'était faite une large effusion sanguine (CXCIX).

Les lobes moyens du cerveau viennent après. Dans six cas, le lobe moyen gauche recélait le foyer hémorragique (CCXLIII, CCLX, CCLXI, CCLXVI, CCLXXXII, CCCXXXII), et, une fois, il y avait eu hémorragie dans les lobes moyens droit et gauche (CCLXXXV).

Un troisième siège se trouve dans les lobes postérieurs du cerveau, et, dans les deux exemples, c'est au lobe postérieur gauche que la lésion appartenait (CCCLII, CCCLIV).

Ensuite se présentent les lobes antérieurs. Le foyer était encore au côté gauche, formant une cavité plus ou moins large, arrivant jusqu'au voisinage du corps strié ou de la troisième circonvolution frontale, mais sans intéresser la substance corticale (CCCLXXVIII, CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXIII, CCCLXXXVII).

Dans huit cas, c'est le corps strié gauche qui est lésé (CDXIV, CDXXI, CDXXII, CDXXXVII, CDXXXIX, CDXXXIV, CDXL, CDLIV).

Deux fois, c'est la couche optique gauche seule (DXXVIII, DXXXII), et, chez un autre sujet, il y avait lésion du corps strié en même temps que de la couche optique du côté gauche (DLXXXVIII).

Un individu chez lequel il y avait eu paralysie à gauche, puis hémiplegie droite avec aphasie, a présenté un foyer dans le lobe postérieur droit et une apoplexie capillaire du corps strié droit. Pas de lésion à gauche (CLXXX).

Deux fois le ventricule gauche a été le siège de l'épanchement (DC, DCIII).

Six fois l'hémorragie avait son siège dans le mésocéphale. Dans trois cas, cet organe était altéré, principalement du côté droit (DCCXXXVII, DCCLXXVII, DCCC); une fois il était anciennement lésé des deux côtés, mais surtout à gauche (DCCXLVI). Le cinquième cas offre une coïncidence de lésion du corps strié gauche et du côté gauche du mésocéphale (DCCXXXVII), et le dernier montre à la fois un foyer dans la couche optique gauche et une extravasation générale dans la protubérance (DCCCXXXI).

A ces faits, il faut ajouter un cas d'hémorragie spinale dans lequel la partie moyenne de l'hémisphère gauche du cerveau contenait un foyer apoplectique (DCCCLXII).

Il résulte de cet examen que l'aphasie a été liée à des hémorragies de la substance corticale du cerveau, des trois lobes de cet organe, des corps striés et des couches optiques, des ventricules, et enfin du mésocéphale.

On voit que, dans ces différents sièges, la lésion a occupé 31 fois le côté gauche, 4 fois le côté droit (dans l'un de ceux-ci, la paralysie était à droite, ainsi que les foyers sanguins), et 3 fois la lésion affectait les deux côtés, cependant un peu plus le gauche que le droit.

Ainsi, en général, l'aphasie correspond à des sièges variés situés 1° dans le cerveau, ordinairement du côté gauche, et plus spécialement dans l'espace compris entre le ventricule

et la scissure de Sylvius, 2° dans le mésocéphale, au centre ou sur les côtés, et presque aussi bien à droite qu'à gauche.

Le cervelet a été étranger à l'aphasie.

Dans l'altération de la parole, à laquelle j'ai cru pouvoir donner le nom d'*hétérophasie*, on a trouvé des foyers hémorragiques dans le centre ovale gauche (CCXLVIII), dans le corps strié gauche et la scissure de Sylvius (CDXXXIV) ou le ventricule correspondant, et les deux hémisphères (DLXXV), dans l'hémisphère droit et le ventricule gauche (DCIII), ou enfin dans le ventricule et le corps strié droits (DCLVI).

On voit ainsi le double rapport de ce symptôme avec le précédent, soit en lui-même, soit par les lésions auxquelles il correspond.

(Paralysies.) Les paralysies, ou pertes du mouvement dans une étendue plus ou moins grande de l'appareil locomoteur, correspondent en général à des sièges déterminés et nombreux.

Les hémiplegies, qui forment la variété la plus nombreuse, se sont produites dans toutes les localisations, et avec cette circonstance qu'elles ont lieu du côté opposé au siège de l'hémorragie.

C'est un fait très anciennement connu, qui a été rendu intelligible par les recherches des anatomistes modernes sur l'entrecroisement des fibres nerveuses immédiatement au dessous des pyramides antérieures; de sorte que toute lésion survenue dans l'un des côtés de l'encéphale produit son effet sur le système musculaire du côté opposé; tandis qu'à l'égard du prolongement rachidien, les lésions latérales n'entraînent la paralysie que du même côté.

Telle est la règle, et elle devrait être, ce semble, constante, puisqu'elle repose sur une disposition anatomique nécessairement invariable, à moins d'anomalie congénitale qu'on ne peut supposer. Cependant, on rencontre de temps à autre des exceptions, c'est à dire, des cas dans lesquels une hémorragie intra-crânienne ayant eu lieu d'un côté, la perte du mouvement est survenue du même côté.

Sur 854 faits d'apoplexie encéphalique, je découvre les vingt exceptions suivantes :

Les hémorragies méningées en présentent cinq (XXXIII, XXXVII, L, LXVI, CIII);

Les hémorragies des lobes moyens, six (CCXIX, CCXXI, CCLXVII, CCLXXXVI, CCCXIII, CCCXXVIII);

Celles des lobes postérieurs, deux (CCCXLV, CCCXLVII);

Celles des couches optiques, deux (XDIII, DXVI).

Les hémorragies du corps strié ont présenté ces trois cas singuliers d'une hémiplegie gauche, avec deux foyers, l'un au corps strié droit, et l'autre au corps strié gauche, celui-ci étant le plus volumineux (CDLXIX); d'une hémiplegie droite, avec deux foyers, l'un dans le corps strié gauche, l'autre en dehors du corps strié droit (CDLXXXI), et de deux paralysies successives, l'une du bras gauche, et l'autre des membres droits, avec deux foyers, l'un ancien dans le lobe postérieur droit, et l'autre récent dans le corps strié également du côté droit (DLXXX).

Dans deux cas d'hémiplegie gauche, on n'a trouvé du sang que dans le ventricule gauche (DCXI, DCXXXIV).

Ces faits exceptionnels ne sont pas les seuls; d'autres sont rapportés par Smetius<sup>(1)</sup>, Rostan<sup>(2)</sup>, M. Diday<sup>(3)</sup>, etc.

On a cherché à expliquer comment cette déviation de la voie ordinaire avait pu s'opérer, et Blandin avait cru résoudre le problème, en supposant que l'influx nerveux avait dû suivre les olives au lieu de passer par les pyramides<sup>(4)</sup>. Ce n'est qu'une conjecture.

On a prétendu que le cervelet était étranger à la loi du croisement<sup>(5)</sup>. C'est une erreur; dans dix-huit exemples, l'hémiplegie droite ou gauche accompagnait une lésion du lobe opposé du cervelet; plusieurs fois aussi, l'hémiplegie était du même côté que l'hémorragie du cervelet; mais il

(1) Bayle, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 38.

(2) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, obs. XXIX, p. 112.

(3) *Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 173.

(4) Blandin, Thèse, 1824, n° 216, p. 13.

(5) Rochoux, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. IX, p. 153.

existait, en outre, un foyer dans l'hémisphère opposé du cerveau (DCCXXI, DCCXXII, DCCXXIII). On a cru alors que le cerveau, ayant une puissance supérieure à celle du cervelet, et ces deux organes étant simultanément affectés, mais en des points opposés, le cervelet avait dû céder. C'est peut-être vrai; toutefois, cet antagonisme n'est nullement prouvé, car on voit ailleurs, l'hémiplégie se montrant à droite, la lésion du cerveau se trouver à droite aussi bien que celle du cervelet (DCCXXVI), ou l'hémiplégie, ayant été à gauche, les lésions cérébelleuse et cérébrale avoir existé encore du même côté (DCCXXVIII).

Ces variétés de direction et de propagation des effets suscités par les foyers siégeant dans le cervelet, déconcertent sans doute les explications. On s'efforce toujours néanmoins d'en donner.

Ainsi, on a dit que si l'hémiplégie est croisée quand un lobe du cervelet renferme une collection sanguine, ce n'est pas par l'action troublée du cervelet lui-même, mais par la pression que le foyer peut exercer sur le lobe cérébral postérieur contigu ou sur le côté du bulbe rachidien. Reste à savoir si un foyer limité, circonscrit, intérieur, peut se faire ainsi mécaniquement sentir. J'en doute.

On a insisté en disant que les fibres cérébelleuses sont à peu près étrangères à celles qui forment les pyramides antérieures. Cependant, le cervelet a sa part d'influence dans les actes locomoteurs. Ses lésions latérales, on vient de le voir, peuvent enchaîner le mouvement volontaire dans un sens direct ou croisé; rien n'est plus positif. Enfin, les anatomistes, de leur côté, constatent que des fibres émanées du faisceau des pyramides antérieures se portent obliquement en dehors vers les pédoncules cérébelleux moyens; que quelques autres connexions proviennent du faisceau moyen ou innominé, et que des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur s'étendent jusqu'à la couche optique pour former l'étage supérieur du pédoncule cérébral <sup>(1)</sup>. Au

(1) Hirschfeld et Leveillé, *Névrologie*, pl. XV, fig. 2; pl. XXII, figure et texte, p. 66.

milieu des ténèbres, un faible rayon de lumière réjouit, mais il ne satisfait pas, le but restant encore dans l'obscurité.

Dans quelques cas particuliers, l'hémiplégie a été bornée à la face. A quelles circonstances pouvait-on attribuer cette localisation restreinte? Deux observations en donnent des motifs assez faciles à saisir; ainsi, chez un sujet, le foyer hémorragique était dans le lobe postérieur gauche; mais le rocher du même côté était profondément altéré, et probablement le nerf facial était compris dans la sphère morbide (CCCLXVI). Chez un autre sujet, le pédoncule cérébral était le siège de la lésion, et c'était du même côté que la paupière supérieure gauche et l'angle des lèvres étaient privés de mouvement (DCLXXXVI). Deux autres cas d'hémiplégie purement faciale peuvent s'expliquer par le peu d'étendue de la lésion, occupant, chez un sujet, le lobe antérieur gauche (CCCLXXX), chez l'autre le corps strié et la couche optique (DXLI); mais un individu pleinement aphasique, que j'ai moi-même observé, et qui n'avait eu d'autre paralysie qu'une légère déviation de la bouche, présentait un large foyer dans le corps strié gauche (CDXXIV); enfin, chez un dernier, le ventricule gauche était le siège principal de l'épanchement sanguin (DCXLIX).

L'hémiplégie *alterne* s'est montrée dans des conditions qu'il est nécessaire de rappeler.

Le premier exemple offre une résolution des membres droits et de la moitié gauche de la face. Il y avait un épanchement de sang dans l'arachnoïde déprimant l'hémisphère gauche, le droit étant demeuré sain (XVII). Ce fait est dû aux frères Wenzel, c'est dire qu'il fut observé avec le dernier degré de l'exactitude.

Un deuxième consiste dans la paralysie des membres droits et de la moitié gauche de la face. Il existait plusieurs foyers dans les deux lobes moyens du cerveau (CCLXXXVII).

Le troisième offre une paralysie du bras gauche et du côté droit de la face. Épanchement de sang dans le ven-

tricule latéral gauche; le droit contenant de la sérosité (DCXXXIV).

Chez un quatrième individu, l'hémiplégie s'était emparée des membres gauches et du côté droit de la face. Lésions nombreuses; foyers hémorragiques dans le lobe postérieur droit du cerveau, le corps strié, le lobe droit du cervelet; en outre, déformation du grand trou occipital, hypertrophie de l'odontoïde, atrophie du nerf facial droit et de la sixième paire, compression de la moelle et de l'hypoglosse gauche (DCCXXV). Il est difficile de saisir, dans ces désordres variés, ceux qui ont un rapport déterminé avec tel ou tel phénomène.

Dans ces quatre cas, l'hémiplégie alterne ne dépendait nullement d'une lésion du mésocéphale, tandis que, dans les suivants, c'est à cet organe qu'elle va surtout se rapporter; mais ce siège est loin d'offrir une disposition uniforme et constante. C'est, au contraire, sous des modes assez différents qu'il se présente.

1° Le foyer hémorragique occupe un des côtés de la protubérance annulaire, qui, dans ce point, a augmenté de volume. Les nerfs trifacial, facial, acoustique du même côté peuvent en avoir été comprimés (DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLV);

2° Le mésocéphale est affecté dans sa région centrale, et le foyer s'est rompu dans le quatrième ventricule (DCCLXVIII, DCCLXXVII);

3° L'hémorragie s'est effectuée dans l'un des pédoncules cérébraux, comprimant ou déviant plus ou moins le nerf de la troisième paire, oculo-musculaire commun (DCCLXXXVII, DCCLXXXIX);

4° Le foyer hémorragique situé dans le mésocéphale s'étendait dans l'un des pédoncules cérébraux (DCCXCV) ou dans l'un des pédoncules cérébelleux (DCCXCVI);

5° Avec l'hémorragie du mésocéphale en petits foyers distincts, ou avec un épanchement dans le quatrième ventricule, coïncidait un foyer soit dans l'un des lobes cérébraux (DCCCXXI), soit dans l'un des corps striés (DCCCXXIII, DCCCXXVIII).

Dans ces diverses formes ou variétés, la paralysie des membres est toujours en rapport croisé avec le siège du foyer cérébral, pédonculaire ou mésocéphalique, lorsque ce foyer est situé d'un côté, et la paralysie de la face résulte de l'action directe du foyer sur les nerfs qui l'avoisinent. Aussi cette hémiplégie faciale est-elle différente, selon que la compression s'exerce sur le moteur commun, comme dans l'hémorragie d'un pédoncule cérébral, ou sur le facial, comme dans celle de la partie inférieure et latérale du mésocéphale. Il y a lieu, en effet, dans la paralysie latérale de la face, de distinguer : la perte du mouvement de la paupière supérieure avec abduction de l'œil; et la déviation de la bouche.

Tels sont les documents positifs que l'observation a pu recueillir concernant l'hémiplégie alterne, phénomène morbide sur lequel l'attention a été, dans ces dernières années, appelée par M. Millard <sup>(1)</sup>, par M. Gubler <sup>(2)</sup>, par M. Vulpian <sup>(3)</sup>, par M. Édouard Cruveilhier <sup>(4)</sup>.

On a supposé que cette hémiplégie bi-latérale tenait à une position spéciale du siège de l'hémorragie dans le mésocéphale, affectant les nerfs faciaux après leur décussation, c'est à dire du côté de leur émergence. Mais de nombreux faits échappent à cette théorie trop étroite. On vient de voir combien sont variés les sièges occupés par les foyers hémorragiques dans les cas d'hémiplégie alterne. Plusieurs fois il a été possible de reconnaître le point ou la lésion directe des nerfs destinés pour la face a pu se produire; mais souvent ces nerfs sont restés en dehors de la sphère d'action des foyers.

Indépendamment des exemples rapportés, je pourrais en citer encore un dans lequel l'hémorragie très circonscrite était située à la partie supérieure de la moelle épinière dans

<sup>(1)</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 217.

<sup>(2)</sup> *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 749. etc.; 1858, p. 721, etc.

<sup>(3)</sup> *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1858, p. 172.

<sup>(4)</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 321.

sa région cervicale, et n'avait aucun rapport avec le mésocéphale et le cerveau (DCCCLVI).

On a remarqué que dans l'hémiplégie ordinaire, en même temps que la face se dévie du côté sain, la *langue dirige sa pointe du côté paralysé*. Est-ce que là se trouverait quelque chose d'analogue à la paralysie alterne? Mais la déviation se fait, par suite de l'action isolée du muscle genio-glosse du côté sain, le muscle opposé étant compris dans l'hémiplégie. Cette explication, donnée par Lallemand <sup>(1)</sup>, est assez plausible; mais lorsque la langue se détourne du côté sain, ainsi que j'en ai cité huit exemples, comment rendre raison de ce résultat opposé?

Il est très rare de voir les *deux membres supérieurs* paralysés isolément. Dans l'un des deux cas rapportés, la couche corticale présentait plusieurs petits foyers sur l'hémisphère droit, sur l'hémisphère gauche et même sur le cervelet (CLXXXIII), et, dans l'autre, il existait un foyer dans le centre de l'hémisphère gauche (CCXXII).

Quant à la *paralysie des deux membres inférieurs*, c'est à dire la *paraplégie*, c'est un symptôme fréquent dans les maladies de la moelle épinière. On l'a vue aussi chez un petit nombre de sujets atteints d'hémorragie méningée ou corticale, ou ventriculaire.

La *paralysie des quatre membres* s'observe dans les hémorragies méningées, lobaires, ventriculaires, cérébelleuses, spinales, mais surtout dans les hémorragies du mésocéphale.

(Spasmes cloniques et toniques.) Le spasme est un phénomène diamétralement opposé à la paralysie, et cependant le même membre peut être à la fois paralysé et rigide, contracturé ou même agité de mouvements convulsifs. La perte de la motilité volontaire n'entraîne pas la perte de la contractilité organique, ou irritabilité nerveuse et fibrillaire. Les actions réflexes témoignent le plus souvent de la conservation de cette propriété.

(1) Lebidois, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 167, p. 35.

L'influence exercée par les centres nerveux dans la production des spasmes cloniques suit des directions diverses, selon les circonstances, qu'il est souvent difficile d'apprécier. Je constate seulement les rapports suivants :

1° Les convulsions sans coïncidence de paralysie peuvent se produire d'un côté, alors que la lésion se trouve du côté opposé. C'est ce qu'on a remarqué dans un petit nombre de cas d'apoplexie méningée (XLI, XLII, LXXXIX).

2° Je trouve un cas où les convulsions d'un côté, sans aucune paralysie, répondaient à un foyer du même côté (CCLVI).

3° Quelquefois, les convulsions se sont produites du même côté que la paralysie; le foyer apoplectique étant du côté opposé (CCXLII, CCLIV, CCLXI, CCLXXI, CCGXXXIV).

4° Il a été plus fréquent d'observer les convulsions d'un côté et l'hémiplégie de l'autre. Le foyer hémorragique était alors du même côté que les convulsions (I, LXV, LXXV, CLXXXIV, CXCIX, CCXVIII, CCXXXII, CCXXXVIII, CCXXXIX, CCXLVII, CCCXI, CCCLXXXIII, CCCLXXXVII, CDLXVIII, CDXC, CDLXVIII). Je ne connais qu'une exception : c'est même l'une de celles déjà citées, dans laquelle l'hémorragie et la paralysie étaient du même côté (CDXCIII).

(Sensibilité.) On sait que tantôt les parties privées de mouvement conservent leur sensibilité, tantôt la perdent; que la sensibilité s'altère quelquefois sans que la motilité soit notablement modifiée. En quoi l'anatomie pathologique peut-elle expliquer ces différences?

Afin de diminuer les difficultés de la solution, il est bien d'écartier les cas complexes, et de s'adresser à ceux peu communs dans lesquels la sensibilité a été seule ou presque seule lésée.

Dans quelques cas où la sensibilité était notablement infirmée dans les membres, on a trouvé un épanchement plus ou moins large ayant envahi la périphérie de l'encéphale (CXXVI, CXXXVIII, CCXV). Chez un sujet dont le bras droit était insensible, sans paralysie, le lobe gauche du cervelet était comprimé par un kyste sanguin (CXXXV); deux fois,

l'insensibilité portant sur les membres gauches, la couche optique gauche était le siège de l'hémorragie (DI, DXVIII). Dans un autre cas, avec l'insensibilité du côté droit, coïncidait une lésion complexe de la substance corticale, des deux hémisphères et des corps striés (CXCI).

Avec une hyperesthésie cutanée générale et très prononcée, il existait un large caillot sur l'hémisphère droit du cerveau (LXXIV); une autre fois, avec l'hyperesthésie du côté gauche, se trouvait un épanchement sanguin sur les deux lobes postérieurs du cerveau, pénétrant dans les anfractuosités (CXXVII); dans un autre cas de sensibilité exagérée du côté gauche et de paralysie du côté droit, le corps strié gauche recélait le foyer hémorragique (CDXXVI).

Dans deux cas d'aberration de la sensibilité, il y avait chez un individu, dont la jambe droite ressentait quand on la touchait une impression de glace, une cavité hémorragique entre le corps strié et la couche optique gauches; et chez l'autre sujet atteint de démangeaison fatigante de la joue gauche, un épanchement dans les deux ventricules latéraux (DXXVIII, DCV).

Ces exemples montrent qu'il n'y a rien de fixe dans les relations des troubles de la sensibilité et du siège des hémorragies; que, cependant, la périphérie du cerveau et celle du cervelet, les corps striés et les couches optiques, paraissent entretenir quelques rapports assez étroits avec les lésions de cette propriété.

(Vomissement.) Le vomissement qui a lieu au début ou dans le cours de l'apoplexie peut se montrer dans toutes les localisations des hémorragies; mais c'est surtout dans celles du cervelet et du mésocéphale qu'on le voit se produire le plus souvent.

(Dysphagie.) C'est encore un symptôme assez fréquent et d'une grande importance. On le rencontre dans toutes les localisations, excepté dans les hémorragies de la substance corticale; mais on l'a observé dans celles des méninges, surtout quand le sang était largement répandu; dans les

hémorragies lobaires et dans celles des corps striés et des couches optiques, principalement quand le foyer s'était ouvert dans les ventricules; mais il est moins commun lorsque les ventricules sont affectés par eux-mêmes. La dysphagie a été notée dans quelques hémorragies du cervelet, spécialement quand cet organe était lésé au centre et que le foyer s'était rompu; enfin, on l'a vu également dans quelques hémorragies mésocéphaliques, et surtout quand le foyer s'étendait dans les pédoncules.

(Troubles de la respiration.) Dans toutes les séries de faits, on rencontre à chaque pas des indices d'un trouble de la respiration. A la fin de la maladie, la gêne est extrême, les voies aériennes s'embarrassent de plus en plus; mais une dyspnée précoce accompagne d'une manière particulière les hémorragies du mésocéphale et de la partie supérieure du prolongement rachidien. La respiration alors est lente ou saccadée, haute, irrégulière, suspicieuse, anxieuse, stertoreuse; quelquefois, les mouvements du thorax s'arrêtent; l'asphyxie est imminente, ou même elle fait plus que menacer, elle tue. Il y a donc entre ce symptôme et les sièges hémorragiques un certain rapport.

(Excitation génitale.) Il y a eu excitation plus ou moins vive des organes génitaux dans les hémorragies du cervelet; mais il faut remarquer que c'est principalement dans les lésions du centre de l'organe que ce phénomène s'est produit; il ne s'est manifesté que dans un seul cas d'affection d'un lobe, et encore momentanément (DCLXVIII); tandis que chez sept individus, dont le cervelet était lésé au centre, il y a eu érection et même parfois émission spermatique (DCXCIV, DCXCVII, DCXCIX, DCC, DCCII, DCCV, DCCVII). On a trouvé aussi chez des femmes, atteintes d'hémorragies du cervelet, les ovaires tuméfiés et l'utérus plus ou moins gorgé de sang (DCLXXXIX, DCXCI, DCCIII). Dans un cas d'hémorragie spinale, il y a eu un priapisme intense pendant vingt-quatre heures. L'hémorragie correspondait à l'origine des deuxième et troisième paires dorsales (DCCCLXIX).