

## SECTION DEUXIÈME.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE L'ARACHNOÏDE  
ET DE LA PIE-MÈRE.

Il est peu de maladies dont les symptômes présentent autant de variétés, et, si l'on peut ainsi dire, autant de différences tout individuelles, que l'inflammation aiguë des méninges. Existe-t-il des signes bien tranchés à l'aide desquels on puisse facilement distinguer pendant la vie l'inflammation des méninges qui tapissent la face supérieure du cerveau, et l'inflammation des méninges qui se trouvent en rapport avec la face inférieure de cet organe? Existe-t-il quelques désordres fonctionnels spéciaux qui appartiennent à l'inflammation de la membrane qui se déploie sur les parois des ventricules? A quels signes peut-on reconnaître l'inflammation des méninges qui entourent la moelle épinière? Quel que soit son siège, la méningite aiguë peut-elle se distinguer par ses symptômes, soit des autres affections aiguës de l'encéphale dans lesquelles cet organe se trouve matériellement altéré, soit de ces cas si fréquents dans lesquels l'irritation du cerveau ou de ses enveloppes, purement sympathique de l'irritation d'un autre organe, ne laisse après elle sur le cadavre aucune trace de son existence? Enfin, sur le cadavre lui-même, quels sont les caractères anatomiques à l'aide desquels nous pourrions affirmer qu'il y a eu réellement méningite aiguë dans les cas où pendant la vie ont existé des symptômes qui semblaient lui appartenir? Telles sont les questions encore indéterminées dans la science, et à la solution desquelles nous croyons que les observations suivantes pourront contribuer.

## CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE L'ARACHNOÏDE ET DE LA  
PIE-MÈRE QUI RECOUVRENT LA FACE SUPÉRIEURE DU CERVEAU.III<sup>e</sup> OBSERVATION (1).

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Midi, âgé de soixante-treize ans, tempérament lymphatique sanguin, forte constitution, cocher, était tombé de son siège sur une borne à l'âge de soixante-quatre ans, et s'était fait une plaie profonde à la région temporale gauche. Il n'avait cependant pas perdu connaissance : il fut trépané à la Charité par suite de cet accident. Depuis cette époque, il avait toujours joui d'une parfaite santé.

Vers le 20 mars 1822, il ressentit, sans cause connue, dans le membre inférieur droit et dans le bras du même côté, un engourdissement avec difficulté dans les mouvements de ces membres, douleurs au coude et au talon. En même temps, vertiges, tintements d'oreille, céphalalgie, somnolence. Les jours suivants, augmentation graduelle de ces symptômes, et le huitième impossibilité de se livrer aux exercices de sa profession. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, les mouve-

(1) Cette observation et la suivante m'ont été communiquées par M. le docteur Thibert; elles ont été recueillies par lui à l'hôpital de la Charité.

ments du membre inférieur gauche commencent à devenir difficiles.

Entré à la Charité le seizième jour, le 6 avril 1822, il ne présenta, le 7 au matin, d'autres symptômes remarquables dans les fonctions de nutrition qu'une constipation opiniâtre; langue naturelle. Les deux membres droits pouvaient encore exécuter quelques mouvements, mais très-faibles. Le membre inférieur gauche était un peu moins faible que le droit; le pouls plein et fort, sans fréquence. (*Limonade de crème de tartre soluble; vingt sangsues au cou; frictions avec eau-de-vie camphrée sur les membres; deux soupes aux herbes; trois bouillons.*)

Le 8, diminution des vertiges, de la céphalalgie et de la somnolence. Deux selles en vingt-quatre heures. (*Dix-huit sangsues au cou; sinapismes aux jambes.*)

Dans la nuit du 8 au 9, délire. Le malade, croyant descendre de voiture, se jette en bas de son lit. Cependant, le 9 au matin, moins de céphalalgie; mais paralysie plus marquée. Les trois jours suivants, augmentation graduelle de celle-ci.

Le 13, face très-injectée, assoupissement, douleurs dans les légers mouvements du bras droit. Hémiplegie gauche incomplète; la droite est presque complète. Langue rouge et sèche, déjections alvines et urinaires involontaires. Pouls fort et fréquent; peau chaude et sèche.

(*Bourrache gommée; lavements; vingt sangsues au cou; deux vésicatoires aux jambes; cinq bouillons.*)

14, respiration stertoreuse, perte absolue de connaissance, état comateux. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE,

42 heures après la mort.

*Crâne.* L'arachnoïde, épaissie et rouge, était détachée de la dure-mère de chaque côté par un épanchement de sang en partie fluide, en partie coagulé, qui avait complètement disséqué la membrane séreuse de haut en bas, depuis la partie voisine de la grande faux de la dure-mère jusqu'à la suture temporo-pariétale, et d'avant en arrière depuis la fosse coronale jusqu'au bout postérieur du pariétal. Le décollement et l'épanchement étaient plus considérables à gauche. La dépression des hémisphères était de près d'un pouce à gauche, d'un demi-pouce seulement à droite. Au-dessous des épanchements, la substance cérébrale était très-ferme et très-peu piquetée de sang; mais les sinus en contenaient une assez grande quantité.

*Abdomen.* Un peu de rougeur dans l'estomac et le jéjunum.

==

Cette observation présente un cas rare d'anatomie pathologique. Il est difficile de concevoir, en effet, comment une membrane mince et ténue comme l'arachnoïde peut être séparée de la dure-mère par du sang épanché, sans se déchirer et se rompre.

Les symptômes furent ici tout-à-fait en rapport avec le siège et la nature de la lésion. Les symptômes prédominants existèrent d'abord du côté du mouvement; il y eut paralysie double, comme il y avait double épanchement. Ce ne fut que plus tard que les facultés intellectuelles se troublèrent. Cette hémorragie, lentement produite, agit à la fois en comprimant le cerveau et en l'irritant.

IV<sup>e</sup> OBSERVATION.

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère. Paralyse graduelle du côté droit avec contracture.

Un vieillard, âgé de soixante-dix ans, tempérament lymphatique sanguin, constitution peu forte, éprouvait depuis deux mois au côté gauche de la tête, et particulièrement dans la fosse temporale, une céphalalgie continuelle, qui alla toujours en augmentant jusque vers le 4 mai. On n'a pu, d'ailleurs, obtenir aucun détail sur la nature de cette douleur et les symptômes qui l'accompagnaient. On sait seulement qu'à l'époque indiquée, le malade commença à balbutier, la langue s'embarrassa, l'intelligence parut s'affaiblir, et dans la matinée le côté droit du corps tomba en paralysie incomplète. Cette hémiplegie fit des progrès très-lents les jours suivants. Il s'y joignait une fièvre continue avec symptômes adynamiques. Apporté à la Charité le 14 mai, il offrit le 15 l'état suivant : prostration, décubitus sur le dos, pupilles également mobiles, face très-animée, traits affaissés à droite, lèvres sèches; langue rouge, sèche, fendillée, tremblotante, mais sans déviation; haleine fétide, ventre plat, selles et urines involontaires. Chaleur de la peau vive avec moiteur, pouls fort, plein et fréquent. Les extrémités droites offrent une paralysie de la motilité, mais non de la sensibilité. Il s'y joint dans la supérieure une forte contracture des muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. Le malade paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il n'y répond que d'une manière inintelligible et en balbutiant. Somnolence. (*Deux vésicatoires au membre inférieur droit, un à la cuisse, un à la jambe; cinq bouillons.*)

16 et 17, augmentation graduelle de l'hémiplegie; d'ailleurs, même état.

Jusqu'au 20, persistance de la raideur du membre supérieur.

20, assouplissement, ronflement, extinction des facultés intellectuelles. (*Vingt-cinq sangsues au cou; deux sinapismes aux pieds.*)

21, cessation de la raideur du bras droit, extinction complète de la motilité et de la sensibilité à droite, respiration ronflante, yeux ternes, chassieux et entr'ouverts, pupilles toujours également mobiles, pouls toujours plein et fort, peau chaude et humide. (*Seize sangsues au cou.*) La vie s'éteint peu à peu. Mort à dix heures du soir.

## OUVERTURE DU CADAVRE,

31 heures après la mort.

*Crâne.* Les vaisseaux qui unissent les os à la dure-mère paraissaient très-injectés à gauche. Lorsqu'on incisa cette membrane on trouva, entre elle et l'arachnoïde, dans l'étendue des trois quarts postérieurs de la paroi latérale du crâne, et depuis sa base jusqu'à la faux de la dure-mère, un épanchement de sang en partie liquide, en partie coagulé, noir, déprimant la membrane séreuse de près d'un pouce au centre, diminuant graduellement en épaisseur jusqu'à la circonférence, et qui avait communiqué aux deux membranes une couleur brunâtre. Les deux feuillets de l'arachnoïde étaient d'ailleurs rouges et épaissis. La substance cérébrale des deux hémisphères était piquetée de sang; un peu de sérosité dans les ventricules; cœur très-mou, flasque; couleur brunâtre de la muqueuse gastrique, vers la grande courbure.

Une des circonstances les plus curieuses de cette observation, c'est que les symptômes qui s'y trouvent relatés ont la plus grande ressemblance avec ceux auxquels donne lieu, dans les cas les plus ordinaires, le ramollissement du cerveau. Ainsi, la maladie débute par une céphalalgie fixe en un point de la tête ; puis l'intelligence devient obtuse ; plus tard les membres opposés au côté douloureux du crâne s'affaiblissent graduellement, et enfin il arrive un moment où les membres paralysés offrent en même temps une contracture très-marquée. Ne sont-ce pas là tous les signes du ramollissement du cerveau ? Cependant il n'y avait pas la moindre trace de cette altération, et tout ce qui fut trouvé, c'était une collection de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde. Celle-ci paraissait, en outre, épaissie et malade. Tout cela s'était sans doute formé lentement, comme le prouve la marche de la maladie. Il semble, d'ailleurs, que toujours il doive en être ainsi en raison de la manière très-serrée dont l'arachnoïde est unie à la dure-mère. Ce n'est que peu à peu que le sang qui s'épanche doit opérer le décollement de ces deux membranes et s'amasser entre elles en assez grande quantité pour pouvoir comprimer le cerveau.

Les deux cas que nous venons de citer se rapprochent un peu de deux autres cas cités par M. le professeur Rostan (1), dans lesquels une quantité considérable de sang était épanchée entre le feuillet séreux qui tapisse la dure-mère et celui qui recouvre les hémisphères cérébraux. Il y avait eu aussi dans ces deux cas plusieurs des signes qui appartiennent au ramollissement du cerveau.

(1) *Recherches sur le Ramollissement du Cerveau*, p. 398.

V<sup>e</sup> OBSERVATION.

Méningite partielle. Phlegmon érysipélateux du cou survenu à la suite d'une contusion sur cette partie. Signes d'arachnitis pendant les dernières heures de la vie seulement.

Un homme de trente-trois ans, postillon aux diligences, d'une forte constitution, cheveux noirs, peau brune, reçut, le 2 février 1822, sur la partie latérale droite du cou, un sac d'avoine très-pesant qui tomba sur lui de plusieurs pieds de hauteur. Cependant il continua à se livrer à ses occupations ordinaires jusqu'au 7 février. Il ressentait au côté droit du cou une tension douloureuse. Le 7, la peau de cette partie devint érysipélateuse, la fièvre s'alluma, l'appétit se perdit, le malade cessa ses occupations et garda la chambre. Le 8, le 9 et le 10, la fièvre persista, l'érysipèle s'étendit à la partie postérieure du cou, et au moignon de l'épaule. Le 11, il entra à la Charité; il avait alors un mouvement fébrile intense. Le cou fut couvert de sangsues. La désquamation commençait à se faire en plusieurs points de la peau du cou. Mais à droite, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, on sentait une fluctuation obscure; ce muscle lui-même paraissait un peu plus saillant que celui du côté opposé. L'intelligence était intacte, la respiration libre, la langue humide; aucune évacuation alvine n'avait eu lieu depuis trois jours. A une heure du matin, le malade se mit tout-à-coup à délirer. Le reste de la nuit, propos incohérents, vociférations continuelles.

Le 12, à huit heures du matin, persistance du délire, yeux hagards, agités d'un mouvement continuel; pupilles fortement contractées; cris violents; mouvements libres des membres;

pouls fréquent, et d'une faiblesse remarquable; langue humide et vermeille; soif ardente; ventre souple; pas de selle; quelques-unes des sangsues appliquées la veille coulent encore. M. Lermnier fait la prescription suivante: *vésicatoire à une cuisse; sinapismes aux jambes; lavement d'infusion de camomille, avec addition d'une demi-once de sulfate de soude et de dix grains d'émétique; tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux.* Mort trois heures après la visite.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

*Crâne.* L'arachnoïde et la pie-mère étaient partout incolores, minces et parfaitement transparentes, excepté dans l'étendue de trois travers de doigt en longueur sur deux en largeur, près de l'extrémité antérieure de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Là, les méninges, manifestement plus épaisses qu'ailleurs, présentaient une rougeur intense, qui contrastait d'une manière frappante avec la blancheur des autres portions de ces membranes. La substance cérébrale était partout de bonne consistance, et sans injection. Une petite quantité de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux, sur les parois desquels se manifestaient de grosses veines.

*Thorax.* La partie postérieure des deux poumons était fortement engouée.

*Abdomen.* La membrane muqueuse de l'estomac présentait, dans la portion pylorique, une légère teinte brunâtre. Le reste du tube digestif ne nous offrit aucune lésion appréciable.

Le tissu de la rate était d'une mollesse remarquable; par le lavage, on en exprimait une bouillie rougeâtre, et on la réduisait à son tissu filamenteux.

Une grande quantité de pus infiltrait le tissu cellulaire subjacent au muscle sterno-mastoïdien du côté droit.

La marche de cette maladie nous paraît digne de remarque. A la suite d'une forte contusion du cou, un phlegmon érysipélateux se déclare, et il s'accompagne de ses symptômes ordinaires: il y a de la fièvre; mais les voies digestives restent intactes, et les centres nerveux ne s'affectent pas. Tout-à-coup, le cinquième jour de l'apparition de la fièvre, et le neuvième depuis l'accident, un délire violent se déclare, et peu d'heures après son invasion le malade succombe. La veille, rien sans doute n'aurait pu faire présager une mort aussi prochaine. L'arachnitis partielle, dont nous constatâmes l'existence sur le cadavre, n'avait très-vraisemblablement commencé qu'avec le délire; ainsi elle était d'existence bien récente, et nous ne pensons pas qu'on ait vu souvent l'inflammation des membranes cérébrales à une époque aussi peu éloignée de celle de son invasion. Le trouble de l'intelligence, et un remarquable resserrement des pupilles, tels furent les deux seuls phénomènes auxquels cette inflammation donna lieu. Il faut donc parfois une lésion bien légère des méninges pour troubler les facultés intellectuelles. Notez, d'ailleurs, que dans ce cas la phlegmasie avait son siège à la partie tout-à-fait antérieure et supérieure de l'un des hémisphères cérébraux, c'est-à-dire là où plusieurs physiologistes placent plus spécialement le siège de l'intelligence. Mais pourquoi cette contraction des pupilles? Quel rapport y a-t-il entre cette irritation si légère, si bien circonscrite, d'une très-petite portion des méninges, et les mouvements de l'iris? Les centres nerveux peuvent donc être lésés dans leurs fonctions, hors des points où l'anatomiste y découvre des altérations.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans faire remarquer le ramollissement considérable qu'avait subi la rate. Dans ce cas, il n'y avait cependant aucun des symptômes que nous avons vus, dans le premier volume de cet ouvrage, coïncider si souvent avec la liquéfaction de la matière contenue dans les cellules de la rate.

#### VI. OBSERVATION.

Méningite aiguë bornée à la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau. Délire. Mouvements convulsifs de la face et des membres du côté droit.

Un tailleur, âgé de trente-sept ans, était malade depuis quatre ou cinq jours, lorsqu'il entra à la Charité le 17 juillet 1821. Le 15 du même mois, sans cause à lui connue, il avait été pris d'un violent mal de tête, qui avait surtout son siège à la région frontale. Le lendemain 16, ce mal de tête persistait, et les douleurs étaient devenues plus générales; elles n'existaient plus seulement vers le front, mais encore dans toute l'étendue des régions pariétale et occipitale. Ce même jour il perdit l'appétit, et il vomit l'eau sucrée qu'on lui fit boire. Dans la soirée, apparurent des nausées continuelles, suivies de temps en temps du rejet de quelque peu de matière jaune et amère. Le 17, persistance de la céphalalgie; cessation des vomissements; encore quelques nausées. Entré à l'hôpital dans l'après-midi, il nous offrit, à la visite du lendemain matin, l'état suivant :

Pâleur remarquable de la face; douleurs de tête, dont le siège précis ne peut être indiqué par le malade, qui par intervalles deviennent assez vives pour lui arracher des cris perçants; yeux cernés et languissants; légers mouvements invo-

lontaires des muscles qui meuvent les commissures des lèvres; réponses nettes et précises; le malade rend un compte parfait de son état, et de tout ce qui lui est arrivé depuis le commencement de sa maladie; le pouls est médiocrement fréquent et régulier; la peau est sans chaleur; la langue a son aspect naturel; il n'y a pas de soif, et les nausées ont disparu; l'abdomen est dans tous ses points souple et indolent; aucune selle n'a eu lieu depuis trois jours.

Il était difficile d'assigner un siège bien déterminé à cet ensemble de symptômes; cependant les premiers accidents avaient eu lieu du côté de la tête; les vomissements qui avaient apparu pouvaient être considérés comme liés à une affection cérébrale commençante, et la forte céphalalgie qui persistait semblait indiquer que vers la tête était encore le foyer principal de la maladie. L'absence de tout phénomène morbide appréciable du côté des voies digestives éloignait d'ailleurs l'idée que la céphalalgie fût l'effet sympathique d'une nuance quelconque d'irritation gastro-intestinale. Cette maladie n'aurait pas pu même être appelée une fièvre continue, puisqu'il n'y avait pas réellement de mouvement fébrile. Cependant l'état du malade nous paraissait grave; l'aspect de sa face était mauvais; et, au milieu de cette absence de symptômes locaux, l'altération déjà profonde de ses traits devait nous faire porter un pronostic assez fâcheux. Soupçonnant un état de congestion de l'encéphale, M. Lerminier fit appliquer, malgré l'extrême pâleur de la face, vingt sangsues sur le trajet de chaque veine jugulaire; il prescrivit la tisane d'orge pour boisson, et des sinapismes aux extrémités inférieures.

Les piqûres de sangsues coulèrent abondamment une grande partie de la journée. Quelques nausées eurent lieu.

Le lendemain matin 19, l'état du malade n'avait subi aucun changement. (*Tisane d'orge miellée; lavement purgatif.*)

Le 20, à huit heures du matin, le malade était triste, abattu; il répondait avec peine, et d'un air comme préoccupé, aux questions qu'on lui adressait : l'impression de la lumière semblait lui être pénible; il tenait les yeux fermés, et cachait sa tête sous ses couvertures; la face était toujours très-pâle. Le mal de tête ne paraissait plus être considérable; les mouvements convulsifs des lèvres étaient plus fréquents et plus prononcés; le pouls était sans fréquence, et la peau sans chaleur. (*Un vésicatoire à la nuque.*)

Même état dans la journée : le soir, le malade sortit de l'étape de torpeur dans laquelle il était resté plongé depuis douze heures. Il se leva tout à coup sur son séant, et sortit de son lit brusquement, disant que des hommes qui lui voulaient beaucoup de mal le poursuivaient. Cette idée l'abandonna bientôt; mais toute la nuit il tint les propos les plus incohérents, qu'il interrompait par intervalles, pour pousser de suite plusieurs cris perçants.

A la visite du 21, nous le trouvâmes retenu dans son lit par la camisole. La face, si pâle jusqu'alors, avait rougi; la tête était agitée par un mouvement continuel, qui la portait alternativement de droite à gauche, et de gauche à droite. Les différents muscles qui meuvent les lèvres, les ailes du nez, et les paupières, étaient dans un état d'agitation convulsive portée au plus haut degré. Une salive abondante, légèrement écumeuse, sortait de la bouche. Le malade parlait sans cesse, et avec beaucoup de force : on ne pouvait saisir aucun sens dans les mots qu'il articulait. Il y avait beaucoup de soubresauts de tendons, qui empêchaient de bien sentir le pouls : il ne nous parut que très-médiocrement fréquent. (*Saignée du bras; vingt sangsues au cou; compresse d'oxyerat froid sur la tête.*)

Dans la journée, l'état du malade resta le même.

Le 22, dans la matinée, violent délire; mouvements convulsifs des muscles de la face; rire sardonique; agitation continue du bras droit; soubresauts de tendons de plus en plus multipliés; pouls plus fréquent que les jours précédents; langue humide et vermeille. (*Deux vésicatoires aux cuisses; glace sur la tête; tisane d'orge.*)

Le 23, renversement de la tête en arrière et à droite; forte contraction du bras droit; respiration d'une irrégularité remarquable; de temps en temps elle s'accélère singulièrement; puis elle devient beaucoup plus lente que dans l'état normal. Le malade ne parle plus et ne s'agite plus comme les jours précédents; ses yeux restent fixes, sans expression; sa bouche est béante et immobile; les pupilles ne sont ni contractées ni dilatées. Interrogé, il ne répond pas : il ne paraît pas même entendre. La face a repris sa première pâleur; le pouls bat à peine soixante fois par minute; il est régulier; l'abdomen conserve sa souplesse; les selles sont toujours fort rares; la langue ne peut être vue; les dents ne sont pas sèches.

Dans la journée, le malade a eu encore de temps en temps de l'agitation; mais en général il est resté assoupi.

Pendant la nuit, un violent délire a reparu; le malade a jeté continuellement des cris qui annonçaient encore chez lui une grande énergie.

A la visite du 24, cet état d'excitation n'existait plus; un coma profond lui avait succédé; les extrémités étaient froides; une sueur visqueuse couvrait le visage; la respiration était râlante. Mort dans la journée.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

*Crâne.* A leur surface supérieure, les deux hémisphères cérébraux diffèrent notablement par leur couleur. Le droit est

assez pâle, le gauche, au contraire, offre une teinte rouge très-prononcée. Cette teinte réside tout entière dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien que parcourt d'innombrables vaisseaux; on ne trouve d'ailleurs dans ce tissu ni sérosité ni pus épanché. La substance grise qui constitue la partie la plus superficielle des circonvolutions de l'hémisphère gauche participe à l'injection de la pie-mère qui la recouvre. Les ventricules contiennent à peine deux cuillerées à café de sérosité. Le reste de la masse encéphalique n'offre rien de remarquable.

*Thorax.* Les poumons sont engoués à leur partie postérieure. Le cœur, pâle et de consistance normale, contient dans ses cavités droites un gros caillot fibrineux dépouillé de matière colorante.

*Abdomen.* La membrane muqueuse de l'estomac, pâle dans toute son étendue, est très-mince vers le grand cul-de-sac. D'espace en espace, la surface interne de l'intestin grêle présente une injection nerveuse assez vive. Le gros intestin est blanc.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

---

Cette observation nous offre un exemple de méningite aiguë plus étendue que celle qui fait le sujet de l'observation v, mais encore partielle; elle n'occupe en effet qu'un des côtés du cerveau; la ligne médiane la limite d'une manière rigoureuse. Peu de cas de ce genre, à notre connaissance, ont encore été publiés. C'est ainsi que bien souvent l'érysipèle s'arrête aussi à cette même ligne médiane.

Le premier symptôme qui apparut fut ici la céphalalgie; elle fut de longue durée, d'une intensité remarquable; et, peu de temps après son début, elle se compliqua d'accidents gastriques

qui semblaient être le résultat tout sympathique de l'affection cérébrale. Les nausées, les vomissements furent donc ici le produit du trouble de l'innervation; mais ces phénomènes de sympathie disparurent promptement: aucun autre désordre fonctionnel n'apparut du côté des voies digestives; et de plus en plus, au contraire, les accidents cérébraux devinrent prédominants; chaque jour ils se montrèrent et plus multipliés et plus graves. L'intelligence, si nette encore à l'époque de l'entrée du malade, se troubla peu à peu: d'abord ce trouble n'était annoncé que par l'air distrait et comme préoccupé de l'individu, puis un délire des plus violents prit naissance. A quelques légers mouvements convulsifs des lèvres succédèrent bientôt des convulsions de toute la face et du membre thoracique droit; et en dernier lieu, on observa la contraction de ce membre. La prédominance du trouble de la motilité dans le bras droit pouvait faire présumer que c'était dans le côté opposé du cerveau que résidait la maladie; son siège, d'ailleurs, n'était en aucune façon annoncé par la céphalalgie, qui fut loin d'être bornée à la partie malade des enveloppes cérébrales.

Une saignée, deux applications de sangsues, l'apposition de la glace sur la tête, des révulsifs, soit rubéfiants, soit vésicants, portés à la nuque et aux extrémités inférieures, n'exercèrent sur la marche de la maladie aucune influence appréciable: elle ne cessa de s'aggraver depuis l'époque de l'entrée du malade jusqu'à la mort. Un peu plus de sang que de coutume, accumulé dans une portion circonscrite de la pie-mère, suffit pour bouleverser les fonctions nerveuses, et amener enfin la cessation de la vie.