

VII. OBSERVATION.

Méningite bornée à l'extrémité antérieure de chaque hémisphère cérébral.
Teinte rosée et ramollissement léger de la substance grise subjacente.
Entérite folliculeuse marchant vers la guérison. Symptômes de fièvre ataxique.

Un jeune homme de dix-sept ans entra à la Charité le 18 février 1824, avec les symptômes d'une fièvre continue légère : céphalalgie ; langue blanche, humide, légèrement rouge à la pointe et sur les bords ; soif assez vive ; ventre souple et indolent ; constipation. Pendant les cinq ou six jours suivants, aucun changement ne survint ; dans cet intervalle , une saignée fut pratiquée, et vingt sangsues furent appliquées à l'anus. Le 24 février, nous fûmes frappés de l'air de distraction qui était empreint sur la physionomie du malade ; il répondait avec peine aux questions, semblait penser à quelque chose qui absorbait son attention.

Le 25 février, le malade était plongé dans un état de stupeur ; il ne savait pas où il était, et ne répondait pas lorsqu'on lui parlait. Les pupilles étaient notablement dilatées ; la langue avait un aspect naturel ; le ventre conservait sa souplesse ; il n'y avait pas de diarrhée ; le pouls était petit et fréquent ; la peau chaude. Vingt sangsues furent appliquées au cou.

Les deux jours suivants, l'air de stupeur persista ; les autres symptômes restèrent les mêmes.

Le 28 février, le malade était sorti de l'état de stupeur des jours précédents ; il s'agitait beaucoup dans son lit, et parlait continuellement.

Le 1^{er} mars, la stupeur prédominait de nouveau ; la dila-

tation des pupilles était extrême ; la langue avait toujours l'aspect le plus naturel ; le pouls était très-petit et fréquent ; il n'y avait pas de soubresauts de tendons ; mais un nouveau phénomène avait apparu ; malgré l'état de torpeur du malade, il y avait une vive exaltation de la sensibilité de toute la périphérie cutanée ; lorsqu'on touchait la peau, surtout celle de l'abdomen et des parois thoraciques, le malade se plaignait, il écartait la main qui le touchait, et sa figure prenait l'expression d'une forte douleur. On tenta encore l'application de quelques sangsues au cou, et l'on plaça des vésicatoires aux jambes. Mort la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Plénitude des veines qui rampent sur la convexité des hémisphères cérébraux ; vive injection de la portion de la pie-mère qui tapisse l'extrémité antérieure de chacun des hémisphères ; teinte rosée, avec légère diminution de consistance de la substance corticale qui est en contact avec la pie-mère dans cet endroit du cerveau. Aucune autre altération appréciable dans les centres nerveux et dans leurs enveloppes.

Thorax. Les poumons contiennent un certain nombre de petites granulations, qui ne ressemblent pas aux granulations ordinaires : ce sont des vésicules à parois transparentes, et qui laissent échapper, lorsqu'on les incise, une petite quantité de sérosité limpide. Entre ces vésicules, le parenchyme pulmonaire ne présente aucune altération ; le cœur, sain, contient du sang coagulé.

Abdomen. La surface interne de l'estomac est d'une remarquable blancheur, excepté en un seul point, large comme un centime, qu'occupe une tache rouge, formée par l'agglomération de petits vaisseaux finement injectés. L'intestin grêle,

dans toute son étendue, offre aussi une teinte très-pâle ; mais à sa surface interne on trouve un grand nombre de follicules plus développés que de coutume ; les uns sont isolés, les autres agglomérés, et constituent par leur assemblage les *plaques dites de Peyer*. Ces plaques, pointillées de noir, et pâles comme le reste de la muqueuse, font au-dessus du niveau de celle-ci une légère saillie. Le cœcum est blanc, ainsi que le reste du gros intestin.



Voilà encore un cas où l'inflammation des méninges n'existe que dans une très-petite étendue de la surface extérieure du cerveau. La pie-mère est injectée seulement vers la partie antérieure et supérieure de chaque hémisphère ; et dans cette même partie, la substance grise des circonvolutions a un peu participé à l'irritation de la membrane qui la recouvre. Voilà tout ce qu'on trouve pour expliquer les graves désordres nerveux qui apparurent pendant les derniers jours de la maladie. Nul doute, cependant, que cet individu n'ait succombé par une lésion des centres nerveux ; mais dans ces centres ne résida pas toute la maladie. A l'époque où le malade entra à la Charité, rien n'annonçait qu'ils fussent atteints ; il existait seulement à cette époque une fièvre continue, sans symptômes local bien tranché : alors l'intestin était malade. Nous ne doutons pas, en effet, que dans ce cas il n'y ait eu d'abord une entérite folliculeuse ; l'état dans lequel nous trouvâmes l'intestin nous démontra que cette entérite était en voie de guérison, lorsque survint la méningite partielle qui, toute légère qu'elle était, fut suffisante pour donner rapidement à une maladie assez bénigne jusqu'alors, le caractère le plus sérieux. Ainsi, comme maintes fois nous l'avons déjà vu dans cet ouvrage, il s'en faut que ce soit toujours l'intensité des lésions qui décide de la gravité des symptômes.

VIII^e OBSERVATION.

Fausses membranes de formation récente sur l'arachnoïde qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau. Aucune autre lésion appréciable dans les méninges. Céphalalgie au début. Délire. Tubercules dans les poumons et dans la rate.

Un homme âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital de la Pitié au commencement du mois d'avril 1831, présentait les symptômes ordinaires de la phthisie pulmonaire, et dépérissait chaque jour, lorsque le 19 mai il accusa une vive douleur qui avait son siège à la région temporale gauche ; cette douleur, que la pression n'augmentait pas, s'exaspérait de temps en temps d'une manière insupportable pour le malade, et alors elle s'irradiait vers les régions pariétale et orbitaire du même côté de la tête. C'était la première fois que cet individu éprouvait une semblable douleur ; elle avait paru la veille, et toute la nuit elle avait été assez vive pour l'empêcher de goûter un seul instant de sommeil. Il n'y avait d'ailleurs rien de changé dans l'état du malade ; la fréquence du pouls était celle que nous constatons chaque matin (76 à 80 pulsations). Il n'y avait aucun trouble appréciable dans la sensibilité et dans la motilité. Ainsi isolée de tout autre symptôme, cette douleur nous sembla appartenir à une simple névralgie temporale, et rien de particulier ne fut prescrit. Cependant, la journée et la nuit suivantes, le malade souffrit cruellement de la région temporale. A la visite du 20 mai, nous ne trouvâmes aucun motif pour changer notre diagnostic ; toutefois nous fîmes pratiquer une saignée du bras de douze onces. Le sang, examiné le lendemain, était constitué par un caillot peu considérable, assez noir, sans aucune trace de couenne, et en-

touré de beaucoup de sérosité. La douleur de la tempe gauche n'avait pas diminué; aucun nouveau symptôme ne s'était d'ailleurs manifesté.

Le 21 mai, persistance de la céphalalgie, aucun changement dans l'état du malade. Vingt-quatre sangsues sont appliquées à l'apophyse mastoïde gauche; leurs piqûres rendent beaucoup de sang. Cependant la céphalalgie persiste, et dans la matinée du 22 mai, nous la trouvons aussi intense que les jours précédents. Il nous semble alors que les moyens anti-phlogistiques sont épuisés contre ce que nous croyons encore être une névralgie, et nous essayons de lui opposer une autre médication. Un emplâtre d'opium est appliqué sur la tempe gauche, et un grain d'extrait de jusquiame est donné à l'intérieur.

Le 23, le 24 et le 25 mai, l'état du malade reste exactement le même; la douleur de la tempe ne cesse pas un instant; l'emplâtre d'opium est renouvelé, et l'extrait de jusquiame est continué à dose plus élevée.

Le 26 mai, nous remarquons, pour la première fois, que la peau des deux paupières, ainsi que celle des joues, est soulevée par de la sérosité accumulée dans le tissu cellulaire; cette peau a d'ailleurs conservé sa couleur naturelle. La céphalalgie est toujours aussi intense; le pouls bat, comme les jours précédents, quatre-vingts fois par minute. Un vésicatoire est appliqué à un des membres inférieurs.

Le 27, même état que la veille. Dans la nuit du 27 au 28 mai, l'intelligence se trouble pour la première fois. Le malade se lève, court dans la salle, il trouble le sommeil des autres malades, dans le lit desquels il veut entrer. Avec le jour le délire cesse, et à la visite du 28 nous le retrouvons dans le même état que la veille; seulement il se plaint moins de la tempe.

Dans la soirée du 28 mai, le trouble de l'intelligence recom-

mence; la nuit, le délire est complet; et lorsque, dans la matinée du 29, nous revoyons le malade, il ne répond plus à nos questions que de la manière la plus incohérente; il nous assure d'ailleurs qu'il ne souffre plus; il se trouve très-bien. L'œdème de la face est augmenté, sans que la peau ait rougi; le pouls bat quatre-vingt-huit fois par minute, et la température de la peau est élevée.

Dans la journée, le malade tombe dans un état comateux, et il succombe le 29.

OUVERTURE DU CADAVRE,

29 heures après la mort.

Crâne. La boîte crânienne étant enlevée, et la dure-mère étant incisée, on trouve étendue sur l'arachnoïde qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, au point de réunion des lobes moyen et antérieur de cet hémisphère, une fausse membrane blanchâtre, molle, ne présentant encore aucun caractère d'organisation, et simplement apposée sur l'arachnoïde, à laquelle elle n'adhère par aucun lien. Cette fausse membrane a un peu plus de la largeur d'une pièce de cinq francs. Sur d'autres points de l'arachnoïde, du même côté, sont déposées comme des gouttelettes d'un pus blanc, épais, qu'on enlève avec le dos du scalpel. On en trouve deux ou trois semblables sur la portion d'arachnoïde qui tapisse la face gauche de la grande faux cérébrale. Au-dessous de la fausse membrane, au-dessous des gouttelettes de pus, ainsi que dans l'intervalle de ces produits morbides, l'arachnoïde ne présente aucune altération appréciable; elle a partout sa blancheur, sa transparence, sa consistance accoutumée. Aucun liquide séreux n'est épanché dans sa cavité. La pie-mère, qui la sépare de la substance cérébrale, n'est ni injectée ni infil-

trée d'aucun liquide. A droite, et partout ailleurs, l'arachnoïde et la pie-mère n'offrent aucune altération appréciable, et aucun produit morbide, à leur surface ou dans leur tissu. Les ventricules ne contiennent autre chose qu'une fort petite quantité de sérosité limpide. La substance nerveuse suivie dans les diverses parties des hémisphères, dans les parties blanches centrales, dans le mésocéphale, dans le cervelet, etc., a partout l'aspect le plus naturel.

Thorax. De nombreuses masses tuberculeuses, dont quelques-unes ramollies, sont disséminées dans le parenchyme des deux poumons. Le cœur, dont la surface interne présente une légère rougeur en rapport avec le temps écoulé depuis la mort et l'élévation de la température, contient, dans ses cavités droites surtout, un sang noir semblable à une gelée de groseille épaisse.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présente à peu près dans toute son étendue une teinte ardoisée, avec épaissement mamelonné de la membrane muqueuse le long de la grande courbure. Nulle part cette membrane n'est ramollie. Il n'y a point d'ulcération dans les intestins, dont les parois sont généralement décolorées.

Une grosse masse tuberculeuse occupe environ un quart de la rate.

Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

Ce cas est du petit nombre de ceux dans lesquels l'arachnoïde proprement dite est le siège de la maladie. C'est effectivement dans sa cavité qu'existent les produits morbides : en un point on trouve une fausse membrane, ailleurs du pus, et tout cela n'existe que d'un côté ; à droite, tout est resté à l'état le plus normal. Comme le péritoine, comme les plèvres, elle ne se

montre nullement altérée dans son tissu, bien que les produits anormaux qu'elle a séparés du sang attestent qu'elle n'est plus dans les conditions de son état physiologique. Ce cas est donc un exemple de véritable arachnitis, comparable en tous points à l'inflammation des membranes séreuses des autres cavités splanchniques. Par cette phlegmasie de l'arachnoïde peuvent facilement s'expliquer les différents symptômes nerveux observés pendant la vie. Ainsi, ce n'était point simplement une névralgie que cette douleur qui, avant tout autre symptôme, frappa la région temporale gauche, et qui fut aussi remarquable par sa persistance que par son intensité. Cette douleur marqua le début de l'inflammation de l'arachnoïde ; elle en marqua aussi le siège d'une manière beaucoup plus précise que dans la plupart de nos autres observations : long-temps elle exista seule, et ce ne fut que vers la fin qu'apparurent des symptômes plus tranchés d'arachnitis, du délire d'abord, puis un état comateux qui fut bientôt suivi de la mort. Ainsi, à son début, une inflammation de l'arachnoïde peut simuler une simple névralgie. Pourquoi d'abord cette seule douleur sans autre symptôme ? Dira-t-on que le délire ne survint que parce que plus tard l'irritation de la méninge se communiqua au cerveau ? Sans doute, on ne peut concevoir de délire sans affection de celui-ci, mais toujours est-il que sur le cadavre cette affection ne put être appréciée. Pourquoi cet œdème de la face qui précéda le délire, et qui suivit de près l'invasion de la céphalalgie ? De toutes nos observations, c'est la seule où nous rencontrions ce phénomène.

IX^e OBSERVATION.

Méningite partielle. Tubercules dans la pie-mère et dans d'autres organes. Adhérences de deux circonvolutions. Céphalalgie au début : plus tard délire ; contraction des muscles du cou ; paralysie de quelques muscles de la face.

Un jeune homme de dix-neuf ans accuse, en entrant à la Charité, une forte céphalalgie qui a son siège principal vers la tempe droite, et qui existe, dit-il, depuis douze jours. Il a toute sa raison ; mais dès qu'on cesse de lui parler, il se couche sur le côté gauche, et s'y tient immobile, dans la position d'un homme qui aurait froid, en ramenant ses couvertures sur ses épaules. Le pouls est lent (soixante battements par minute) ; les pupilles sont un peu dilatées ; la figure exprime un air d'indifférence sur son sort comme sur tout ce qu'on lui dit ; la langue a son aspect naturel ; le ventre est souple et indolent ; les selles sont rares et de bonne nature ; le malade ne rend ses urines qu'avec une certaine difficulté. Cet ensemble de symptômes nous fait redouter le développement d'une affection cérébrale : on pratique une saignée du pied, et quarante sangsues sont appliquées au cou.

Le lendemain, 14 mars, l'état du malade est bien changé ; à cet air d'indifférence de la veille a succédé un délire complet ; la tête reste constamment inclinée à droite ; le pouls présente par minute douze battements de plus que la veille (soixante-douze pulsations). Une saignée du bras est pratiquée.

Dans la soirée, le malade peut un peu répondre aux questions, ce qu'il ne faisait pas le matin. Lorsqu'on veut porter la tête à gauche, il témoigne de la douleur ; le côté droit de la

bouche s'ouvre alors ; la moitié gauche de cet orifice reste immobile.

15 mars. Regard fixe, persistance de l'inclinaison de la tête à droite, continuation du délire, air de stupeur, pouls beaucoup plus fréquent que les jours précédents (cent vingt-quatre battements), langue naturelle, ventre non ballonné et indolent, pas de selles. (*Trente sangsues au cou ; lavement de décoction de séné*).

Pendant que les piqûres de sangsues coulent, les pupilles, qui jusqu'alors étaient restées dilatées, se contractent d'une manière remarquable ; le pouls devient d'une fréquence extrême, irrégulier, très-petit ; la bouche se remplit d'écume ; le râle trachéal s'établit, et le malade succombe à une heure de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère, qui tapisse la surface supérieure des hémisphères cérébraux, contient une douzaine de petites granulations blanchâtres du volume d'une lentille, et de consistance cartilagineuse ; ces corps existent entre les circonvolutions. Sur la partie latérale moyenne de l'hémisphère droit, se montre une injection vive et fixe de la pie-mère dans un espace que pourraient occuper deux pièces de cinq francs réunies. Entre deux circonvolutions de la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche, existe un tubercule blanc du volume d'un gros pois, ramolli à son centre. Les deux circonvolutions entre lesquelles s'est développé ce tubercule ont contracté d'intimes adhérences, et sont si bien confondues, que d'abord on aurait pu croire le tubercule développé dans la substance même du cerveau, ce qui n'est pas.

Dans le reste de leur étendue, les centres nerveux, non plus que leurs enveloppes, ne présentent rien de remarquable.

Thorax. D'assez nombreux tubercules, à l'état de crudité, parsèment les deux poumons, dont le parenchyme est d'ailleurs parfaitement sain.

Les ganglions lymphatiques du médiastin postérieur sont tuberculeux.

Abdomen. L'estomac est blanc à sa surface interne; sa membrane muqueuse est partout de bonne consistance; elle présente de nombreuses rides. Tout le tube digestif est blanc comme l'estomac.

La rate contient trois petits tubercules.

Parmi les altérations trouvées à l'ouverture du corps de cet individu, les unes dataient d'une époque de beaucoup antérieure à l'invasion de la maladie à laquelle il succomba. Tels étaient ces tubercules disséminés dans la pie-mère, dans le poumon, dans les ganglions lymphatiques du médiastin postérieur, dans la rate. L'adhérence intime par laquelle nous trouvâmes réunies et véritablement confondues deux circonvolutions de l'hémisphère gauche était aussi une lésion ancienne, et d'une existence antérieure à celle de la maladie observée par nous. Reste donc, pour expliquer cette dernière, l'injection de la pie-mère dans une très-petite partie de son étendue, sans autre altération de cette membrane, non plus que du reste de l'encéphale. En présence de lésions si légères et de si graves symptômes, qui oserait affirmer que ces lésions représentent tout ce qui a existé, et que l'anatomie nous a montré tout ce qu'il y a eu de matériellement altéré dans ces centres nerveux? Quoi qu'il en soit, toujours est-il que la seule altération appréciable de formation récente que nous révéla l'ouverture du corps fut trouvée dans ces centres, et que ce fut aussi dans ces centres que, pendant la vie, parut résider toute

la maladie. Long-temps elle parut sans gravité: une céphalalgie opiniâtre, et qui avait son siège vers le point où, après la mort, nous trouvâmes la pie-mère injectée, fut, pendant les douze premiers jours de la maladie, le symptôme prédominant. Lorsque nous vîmes le malade, son intelligence était parfaite, ses facultés locomotrices et sensoriales étaient intactes, et il n'avait pas de fièvre. Toutefois, dès ce premier instant, nous fûmes frappé de la position du malade dans son lit, et ce phénomène, joint à l'air d'indifférence qu'exprimait sa physionomie, porta notre attention du côté du cerveau.

Les jours suivants, cette maladie, qui d'abord était restée bénigne, s'accompagna des accidents nerveux les plus prononcés et les plus graves. Le délire, la paralysie partielle des muscles labiaux, la contraction douloureuse des muscles d'un côté du cou, fixèrent surtout notre attention.

Pendant que ces phénomènes se développèrent, le pouls s'accéléra; la langue conserva l'aspect le plus naturel.

Dans ce cas, un traitement antiphlogistique des plus actifs fut mis en usage. Pendant les trois jours que le malade resta à l'hôpital, la veine fut ouverte deux fois, et soixante-dix sangsues furent appliquées au cou. Cependant des symptômes de plus en plus graves ne survinrent pas moins chaque jour, et nous noterons même, au moins comme une simple coïncidence, que ce fut immédiatement après l'application des dernières sangsues que commença l'agonie. La perte de sang eut-elle sa part dans les symptômes qui apparurent pendant les dernières heures de la vie? Nous serions très-porté à le penser.

N^o OBSERVATION.

Infiltration lactescente de la pie-mère de la surface supérieure des hémisphères cérébraux. Sérosité trouble dans la grande cavité de l'arachnoïde. Suppuration de la glande pituitaire. Végétations sur les valvules aortiques, avec production de matière encéphaloïde à leur base. Délire. Accélération de la respiration. Pleurosthotonos.

Un scieur de long, âgé de soixante-quatre ans, fut apporté à l'hôpital de la Charité le 27 mai 1820. Ceux qui l'amènèrent dirent seulement qu'il était malade depuis quatorze jours; ils ne donnèrent aucun autre renseignement.

Le lendemain, 28 mai, il nous présenta l'état suivant :

Face très-pâle, abattue; décubitus sur le dos; œdème autour des malléoles; délire; plaintes continuelles; voix tremblante, incertaine; respiration haute, accélérée, très-pénible, comme si un obstacle s'opposait à la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; cependant l'auscultation ne révèle aucune lésion dans le parenchyme pulmonaire. Partout l'air paraît y pénétrer librement. Le pouls contraste, par sa grande petitesse, avec l'énergie des battements du cœur; ces battements sont accompagnés d'un bruit de soufflet très-prononcé. La langue a un aspect naturel; le ventre est souple. (*Tisanes délayantes; sinapismes.*)

Le 29, tout le corps était fortement incliné à droite; les muscles du cou et ceux du tronc du même côté, spasmodiquement contractés, empêchaient de ramener la tête et le cou dans la position droite, encore moins pouvait-on les faire dévier à gauche. A ces symptômes de *pleurosthotonos* se joignaient du délire, une grande dyspnée, une extrême fréquence du pouls qui était en même temps filiforme. Mort à midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cadavre parvenu au dernier degré de marasme. OEdème des membres inférieurs.

Crâne. La grande cavité de l'arachnoïde contenait une quantité assez notable de sérosité lactescente. La pie-mère qui tapisse les surfaces supérieure et latérale des hémisphères cérébraux était infiltrée par un liquide semblable à une crème épaisse.

La selle turcique ne présentait plus aucune trace de la glande pituitaire; à sa place existait une collection de pus, semblable au pus d'un phlegmon.

Le reste du cerveau et la moelle épinière ne présentèrent rien autre chose à noter.

Thorax. État sain des poumons et des plèvres; un peu de sérosité dans le péricarde; cavités droites du cœur distendues par un énorme caillot de sang.

L'une des valvules aortiques portait sur sa face ventriculaire une végétation grisâtre, comme chagrinée, et que le scalpel détachait facilement du tissu sur lequel elle reposait. Une autre valvule aortique avait entièrement perdu son aspect accoutumé. Elle était transformée en une masse rougeâtre, amorphe, et vers son point d'union avec la membrane interne des vaisseaux, celle-ci présentait une fluctuation évidente. Une légère incision fut pratiquée sur le point où existait cette fluctuation, et l'on vit s'échapper entre les lèvres de l'incision une matière couleur chocolat, de consistance de bouillie, semblable à un mélange de sang et de matière cérébrale. Était-ce là un produit de sécrétion morbide? N'était-ce pas plutôt du sang épanché et altéré?

Abdomen. L'estomac, resserré sur lui-même, égalait à

peine le volume du cœcum ; sa surface interne était légèrement injectée. Cette même injection reparaisait dans le gros intestin.

Quelque incomplète que soit cette observation sous le rapport des symptômes, en raison de l'époque avancée à laquelle nous vîmes le malade pour la première fois, elle nous a paru digne d'intérêt à plus d'un égard.

Ici les méninges sont plus gravement affectées que dans aucun des cas précédents. D'abord elles sont malades dans une beaucoup plus grande étendue, et de plus il n'y a pas seulement dans ce cas simple hyperémie, mais encore sécrétion d'une matière puriforme sur les deux faces de l'arachnoïde. Ce n'est pas tout : avec ces lésions des membranes du cerveau (lésions encore bornées à la partie de ces membranes qui recouvre sa face supérieure), on trouve une altération dont, à notre connaissance, les annales de la science ne présentent pas d'exemple ; c'est un état de suppuration complet de la glande pituitaire (1).

Les symptômes que présenta le malade la première fois que nous le vîmes, étaient ceux qui accompagnent ordinairement la méningite de la convexité des hémisphères. Mais à quelle lésion rapporter le pleurosthotonos du dernier jour ? Pourquoi cette contraction permanente et douloureuse des muscles d'un seul côté, tandis qu'à droite et à gauche la lésion des méninges était la même ? Rapportera-t-on ce tétanos latéral à l'affection de la glande pituitaire ? Mais ici la même difficulté se représente, et d'ailleurs nul doute que cette affection n'ait commencé long-temps avant l'apparition du pleurosthotonos.

Aucun symptôme spécial n'annonça donc la suppuration du

(1) Un cas de cancer du corps pituitaire a été publié par M. Rayer.

corps pituitaire. Toutefois nous noterons, comme ayant coïncidé avec elle, une gêne notable de la respiration que n'explique aucune lésion des voies aériennes, mais qui reconnaît peut-être comme principale cause l'altération remarquable qui avait frappé deux des valvules sigmoïdes de l'aorte. Il est vraisemblable que cette altération fut la cause du bruit de soufflet qui accompagnait pendant la vie chaque contraction du cœur.

XI. OBSERVATION.

Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface supérieure et interne des deux hémisphères cérébraux. Injection vive et circonscrite à la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche. Tubercule dans le cerveau. Céphalalgie ; hémiplegie droite ; assoupissement ; vomissement ; rareté du pouls.

Un garçon limonadier, âgé de dix-sept ans, ressentait depuis quinze jours de fortes douleurs de tête, et éprouvait depuis deux jours seulement un commencement d'affaiblissement du membre abdominal droit, lorsqu'il entra à la Charité, le 24 juillet 1822. Son état était alors le suivant :

Face très-pâle, légèrement bouffie. Pupilles mobiles, n'étant ni contractées ni dilatées outre mesure. Vision intacte. Intelligence nette. Parole libre. Le membre abdominal droit paraît au malade beaucoup plus lourd que le gauche. Depuis la nuit dernière seulement, il ne peut qu'avec beaucoup de peine soulever le membre thoracique droit, et il lui semble aussi qu'il est plus pesant que l'autre. Sans ces deux membres, d'ailleurs, la sensibilité est intacte. La douleur de tête est très-vive, et arrache des temps de cris au malade. Le pouls est irrégulier, mais sans fréquence. La respiration est haute et chaque mou-