

L'ouverture du corps nous offre de bien remarquables lésions. L'état des méninges de la convexité des hémisphères cérébraux nous rend compte du trouble des facultés intellectuelles observé pendant la vie; mais il ne nous explique pas les alternatives d'accroissement ou de décroissement du délire. Les lésions trouvées à la base du cerveau sont de la même nature que celles trouvées à sa face supérieure: mais à cette base il y a aussi d'autres altérations. Nous ne perdrons point de vue, en effet, ces ramollissements rouges qui parsemaient, comme des îlots, la substance grise de quelques circonvolutions, de celles précisément dont les membranes d'enveloppe étaient aussi malades. Est-ce dans cette partie du cerveau que fut le siège de l'apoplexie par laquelle débuta la maladie? Cela nous paraît d'autant plus vraisemblable, que la paralysie avait eu lieu à droite, et que c'était à la base de la partie moyenne de l'hémisphère gauche qu'existaient ces points ramollis. Mais pourquoi les symptômes d'apoplexie disparurent-ils? Pourquoi la paralysie cessa-t-elle? Sans doute, parce que la lésion cérébrale, d'abord légère, diminua rapidement elle-même. Mais, en raison de la disposition à la sécrétion tuberculeuse qui existait chez cet individu, des tubercules prirent la place du sang épanché en petits foyers isolés dans la substance cérébrale, en même temps qu'ils se déposèrent dans les membranes d'enveloppe, là où les avait frappées l'irritation. Plus tard, sans doute, un nouveau travail phlegmasique se développa autour de chaque tubercule cérébral, et de là, peut-être, la nouvelle attaque d'apoplexie qui enleva le malade.

Combien n'est pas remarquable d'ailleurs cette existence simultanée de la matière tuberculeuse dans le cerveau, dans la plè-mère, dans les poumons, dans les plèvres où elle existait au milieu d'un sang épanché, dans la rate, dans le foie,

dans les reins, dans le pancréas, dans un grand nombre de ganglions lymphatiques, dans l'épaisseur des parois du tube digestif. Nous noterons comme un fait rare la communication de l'intérieur de l'estomac avec les ganglions lymphatiques de sa grande courbure, devenus tuberculeux, et l'évacuation par l'estomac de la matière morbide formée dans ces ganglions.

Chaque jour, pendant long-temps, des sangsues furent appliquées au cou; un écoulement de sang presque continuuel avait lieu; il n'en résulta aucune amélioration.

## XXVI. OBSERVATION.

Céphalalgie très-ancienne. Tout-à-coup délire, puis coma, symptômes apoplectiques et mort. Épanchement purulent sur la convexité des hémisphères cérébraux, à la base de l'encéphale et dans les ventricules. Anciennes adhérences celluluses des deux feuillets de l'arachnoïde. Ossification de la rétine.

Un cordonnier, âgé de trente-huit ans, fortement constitué, privé de l'œil gauche depuis son enfance, a eu toute sa vie de fréquents maux de tête, dont il rapportait le plus souvent le siège au côté gauche du crâne. Il y a quatorze mois, il reçut, au milieu d'une rixe, plusieurs coups assez violents sur la tête. Depuis ce temps, ses maux de tête sont devenus plus fréquents et plus intenses; il éprouve souvent des étourdissements.

Le 13 juin, après s'être livré à ses occupations ordinaires, cet homme ressent un malaise général; il se plaint d'une céphalalgie plus violente que jamais dans tout le côté gauche du crâne; la nuit, il a une fièvre intense. Même état le 14.

Le 15, il est saigné. Le 16, ses idées, très-nettes jusqu'a-

lors, commencent à se troubler; il délire complètement par intervalles; puis il recouvre l'usage entier de sa raison. Les mouvements restent intacts; la céphalalgie persiste. Le 17, assoupissement continu. Ce jour-là, un vésicatoire est appliqué à la nuque.

Le malade entre à la Charité le 18 juin, et le 19 (7<sup>e</sup> jour de sa maladie) il présenta l'état suivant :

Face pâle, yeux fermés, apparence d'un sommeil paisible. On imprime d'abord des mouvements assez violents au malade, sans qu'il se réveille; puis il ouvre les yeux, et regarde autour de lui d'un air comme hébété. Interrogé à très-haute voix, il semble impatienté du bruit qui frappe ses oreilles; mais il ne profère aucune parole. Il remue facilement ses membres; mais la sensibilité y paraît obtuse: la peau est sans chaleur; le pouls peu fréquent; la langue est pâle et humide. Le malade lâche sous lui. (*Une once de sulfate de soude dans une tasse de bouillon aux herbes; sinapismes.*)

Le 20, même état; mouvements parfaitement libres.

Le 21 (9<sup>e</sup> jour), le pouls s'est accéléré, et la température de la peau s'est notablement élevée depuis la veille. L'état comateux persiste; des soubresauts de tendons existent dans les deux bras; la langue conserve son état naturel. Une saignée est pratiquée; le sang se couvre d'une épaisse couenne.

Dans la matinée du 22, nous observâmes de nouveaux symptômes. La paupière gauche restait abaissée sur l'œil; l'œil droit, au contraire, était largement ouvert, fixe et terne; et la pupille, de ce côté, était large et immobile. La droite n'offrait rien d'insolite; à chaque mouvement expiratoire, la joue gauche était poussée en dehors, ce qui annonçait un commencement de paralysie des muscles de ce côté de la face. Le bras droit, soulevé, retombait de son propre poids comme une masse inerte; tandis que le gauche se soutenait quel-

ques secondes en l'air, et ne s'abaissait que lentement. Dans les deux avant-bras existaient des soubresauts de tendons. Partout la peau pouvait être pincée sans que le malade donnât le moindre signe de sensibilité. La respiration était devenue stertoreuse; le pouls était fréquent et fort; une sueur abondante ruisselait de toute la surface de la peau. La langue, humide, était d'une pâleur extrême. Dans la journée, le coma devint de plus en plus profond; l'embarras de la respiration alla en augmentant, et le malade succomba à cinq heures du soir (10<sup>e</sup> jour).

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

*Crâne.* Des adhérences celluleuses, semblables à celles qui unissent souvent les deux surfaces de la plèvre, s'étendaient en grand nombre de l'arachnoïde qui recouvre les hémisphères cérébraux, à l'autre portion de cette membrane qui tapisse la dure-mère.

La pie-mère étendue sur la surface supérieure du cerveau était vivement injectée.

Vers la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche, et tout-à-fait à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, l'arachnoïde était soulevée par un liquide purulent, d'un blanc opaque, et d'une assez grande consistance.

A peine eut-on enlevé quelques tranches de la substance des hémisphères cérébraux qu'on vit s'écouler en énorme quantité un liquide semblable à du petit-lait non clarifié. Ce liquide sortait des ventricules latéraux, prodigieusement distendus par lui. Chaque cavité ancyroïde était remplie par des flocons albumineux, tout-à-fait semblables à ceux que l'on trouve accumulés sur les parties latérales de la colonne vertébrale dans certains cas d'épanchements pleurétiques.

Les parois des ventricules ne présentèrent rien autre chose qu'une assez grande quantité de petites veines gorgées de sang noir.

Les méninges de la base du cerveau étaient généralement injectées. Une couche purulente épaisse, qui avait son siège dans la pie-mère, recouvrait le pédoncule cérébral gauche, la moitié gauche du mésocéphale, la portion gauche du bulbe rachidien; et elle s'étendait comme une gaine sur les nerfs qui partent de ce bulbe.

La substance nerveuse elle-même, examinée partout avec soin, ne présenta nulle part de lésion appréciable.

Les méninges spinales étaient saines, ainsi que la moelle.

*Thorax.* État parfaitement sain des organes contenus dans cette cavité.

*Abdomen.* La membrane muqueuse de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, quelques petites plaques rouges, qui, réunies, auraient à peine égalé le diamètre d'une pièce de 5 fr. Là où existait cette rougeur, la membrane était un peu ramollie; ailleurs elle avait sa consistance accoutumée. (L'ouverture du corps avait été faite quinze heures seulement après la mort.)

Le reste du tube digestif et les autres viscères abdominaux nous parurent être dans leur état physiologique.

*Examen de l'œil gauche.* La cornée transparente était épaisse et complètement opaque; l'ouverture de l'iris était entièrement oblitérée par une membrane blanche, épaisse de plusieurs lignes, dont le pourtour adhérait à la petite circonférence de l'iris: il n'y avait plus de trace de cristallin. Le corps vitré existait, mais il avait une teinte laiteuse; il était d'une densité remarquable; et son intérieur était traversé par quelques intersections fibreuses qui semblaient appartenir à la membrane hyaloïde. On ne trouvait plus aucune trace de rétine;

mais à la place de cette membrane existait une petite coque osseuse percée à son centre d'un petit trou. La surface concave de cette production osseuse était appliquée sur le corps vitré; on n'y découvrait aucun vestige des ramifications du nerf optique. Sa surface convexe était recouverte, comme de coutume, par la choroïde, qui avait conservé son aspect ordinaire.

Le nerf optique gauche était plus petit que l'autre et d'une couleur grise, depuis la selle turcique jusqu'à son entrée dans l'œil. Il se terminait au trou central de la coque osseuse ci-dessus décrite par un bouton d'apparence fibreuse, assez semblable au renflement que l'on trouve à l'extrémité des nerfs dans les membres amputés. Depuis leur origine encéphalique, jusqu'à leur entrecroisement, les deux nerfs optiques étaient parfaitement semblables.

Chez l'individu qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, deux espèces d'altérations furent trouvées à l'intérieur du crâne, et toutes deux eurent leur part dans la production des symptômes. L'une de ces altérations existait depuis long-temps: c'étaient ces adhérences celluleuses qui unissaient l'une à l'autre les deux feuillets de l'arachnoïde. Une telle altération est fort rare, et très-vraisemblablement c'était d'elle que dépendaient les anciens maux de tête dont se plaignait le malade. Mais pourquoi la céphalalgie était-elle habituellement plus intense à gauche qu'à droite? L'anatomie ne nous l'apprit pas. L'exaspération de cette ancienne céphalalgie marqua le début de la maladie aiguë pour laquelle cet individu entra à la Charité, et qu'expliquèrent suffisamment les épanchements purulents qu'on trouva à la face supérieure du cerveau, à sa base, et dans l'intérieur des ventricules latéraux. Nous

ferons remarquer la disposition de la couche purulente de la base, limitée à un seul des pédoncules cérébraux, au gauche, ainsi qu'à la moitié gauche seulement du mésocéphale et du bulbe rachidien; nous ferons remarquer aussi cette sorte de gaine purulente qui entourait les nerfs émanés du côté gauche de ce bulbe. Est-ce en raison de ces circonstances anatomiques que dans les derniers temps la paupière gauche et la joue du même côté furent frappées de paralysie, en même temps que toute espèce de mouvement sembla perdu dans le bras droit? Au milieu de ces graves altérations des méninges, voyez comme la substance cérébrale reste parfaitement intacte!

Une violente céphalalgie, une fièvre, un malaise général, voilà tout ce qu'on observa pendant les premiers jours de la maladie. Du délire commença à se manifester le quatrième jour; et le cinquième ce délire fut remplacé par un état comateux qui alla en augmentant jusqu'au dixième jour, époque à laquelle succomba le malade, peu de temps après que se furent montrés des symptômes de paralysie. Disons-nous, pour expliquer cette succession de phénomènes, que les méninges de la convexité des hémisphères s'irritèrent d'abord, et que ce fut alors qu'apparut le délire? Disons-nous que l'état comateux qui succéda à ce délire annonça la propagation de la méningite vers la base de l'encéphale, et dans les ventricules? Mais plusieurs des observations précédemment citées nous ont appris qu'il n'est pas toujours possible d'établir, d'après les symptômes prédominants, quelle portion des méninges est spécialement affectée.

La circulation ne présenta pas ici la lenteur qu'elle nous a offerte dans d'autres cas. Naturel à l'époque où le malade entra à la Charité, le pouls devint fréquent et fébrile, à mesure que l'état comateux se prononça de plus en plus. C'est le contraire de ce que nous avons observé chez d'autres malades.

XXVII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Délire au début; plus tard état comateux. Persistance de ces symptômes pendant un mois. Épanchement séreux considérable dans la pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux et dans les ventricules. Aqueduc de Sylvius dilaté par de la sérosité. Plaques osseuses au fond de l'œil.

Un charretier, âgé de soixante-dix ans, borgne, entra à la Charité le 1<sup>er</sup> mars 1826, dans un état de délire qui portait spécialement sur ses occupations habituelles. Ainsi, il était continuellement occupé à appeler, à exciter ses chevaux à haute voix. Mais, lorsqu'on l'interrogeait, on n'obtenait quelques réponses de lui que très-difficilement. Le pouls était d'une remarquable irrégularité. Huit à dix jours se passèrent dans cet état; puis il cessa de parler, et tomba dans le coma: yeux fermés, immobilité des traits, apparence de sommeil. Lorsque plusieurs fois on l'a interrogé à haute voix, en le secouant un peu fortement, il ouvre les yeux, balbutie quelques mots, et s'assoupit de nouveau. De temps en temps les joues se gonflent passivement à chaque expiration. La langue, qu'on parvient parfois à lui faire tirer, est couverte d'un enduit glaireux, ainsi que les dents. La peau a peu de chaleur; le pouls conserve son irrégularité; on sent l'artère radiale ossifiée; l'oreille, appliquée sur la région précordiale, n'y reconnaît rien d'insolite. Cet homme reste pendant trois semaines dans l'état que nous venons de décrire; seulement il s'affaiblit chaque jour, et succombe sans présenter, le jour de sa mort, d'autres symptômes que les jours précédents.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

*Crâne.* Sur toute l'étendue de la face supérieure et latérale des hémisphères cérébraux, la pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité limpide qui s'écoule en nappe, au moment où l'on incise l'arachnoïde; celle-ci est soulevée de plusieurs lignes par cette sérosité. De nombreuses granulations blanches (glandes de Pacchioni) existent sur les deux côtés de la faux cérébrale; on en trouve aussi plusieurs disséminées en divers points de l'arachnoïde de la convexité des hémisphères, loin de la faux. Les ventricules latéraux sont notablement distendus par une grande quantité de sérosité limpide. Il en est de même du troisième ventricule, ainsi que de l'aqueduc de communication avec le quatrième; cet aqueduc présente une cavité beaucoup plus grande que de coutume.

La substance cérébrale ne présente nulle part de lésion appréciable; elle contient fort peu de sang; les plèvres choroides sont pâles. Les artères carotides internes et vertébrales présentent de nombreux points d'ossification.

*Thorax.* Plusieurs lobules du sommet du poumon droit sont convertis en un tissu dur, noir, imperméable à l'air. Ce sommet adhère à la plèvre par des adhérences celluleuses intimes.

Le cœur est normal sous le rapport de l'épaisseur de ses parois, et de la grandeur de ses cavités. Un sang noirâtre, ayant la consistance d'une gelée de groseilles molle, remplit les cavités droites. Leur surface interne est d'un rouge interne. Les cavités gauches sont vides et blanches. Les valvules aortiques sont ossifiées à leur base; il y a une autre ossification en un point du bord adhérent de la valvule mitrale. L'aorte est très-dilatée jusqu'à sa bifurcation; cependant sa texture est à peine altérée; on remarque à peine à sa surface interne quelques

taches blanches qui n'en altèrent pas le poli; on n'en trouve une plaque osseuse qu'immédiatement au-dessus de la bifurcation. Le point d'origine des deux iliaques primitives est séparé par une sorte de crête osseuse qui fait saillie à l'intérieur du vaisseau. L'ossification devient tout-à-coup très-considérable dans chaque artère fémorale. Cette ossification occupe toute la circonférence de l'artère, et la transforme en une sorte de conduit inflexible. Une couche épaisse de matière ossiforme, interposée entre la membrane interne et la moyenne, produit un épaissement très-notable des parois de l'artère, et en même temps un rétrécissement de sa cavité. Les artères des membres supérieurs présentent le même genre d'ossification. Enfin, ce qui est plus rare que les lésions précédentes, une tache blanche, de la largeur d'une pièce de dix sous, formée par un dépôt de substance osseuse, apparaît à la surface interne de l'artère pulmonaire, un peu au-delà des valvules tricuspides.

Cinq tumeurs, ayant chacune le volume d'un gros pois, noires et molles, soulèvent la membrane muqueuse de l'œsophage, à quelques lignes au-dessus de l'orifice cardiaque de l'estomac. Ces tumeurs sont constituées par des renflements de veines; ce sont de véritables varices.

*Abdomen.* La membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac s'enlève en pulpe vers le grand cul-de-sac; elle offre quelques bandes rougeâtres peu considérables. Le reste du tube digestif est exempt de toute altération appréciable.

*Examen de l'œil droit et des nerfs optiques.*

La place de la cornée transparente était occupée par la sclérotique, qui, dans ce point, présentait un froncement notable. Au centre de ce froncement on n'observait plus qu'un très-pe-

tit espace occupé par un débris de la cornée. A l'intérieur du globe de l'œil, qui était beaucoup moins volumineux que l'autre, on ne trouvait plus ni cristallin ni corps vitré; on n'y découvrait rien autre chose que la choroïde, noire comme de coutume, et au-devant d'elle quelques petits fragments de matière osseuse, isolés les uns des autres, qui ne tenaient à rien. Il n'y avait pas d'apparence de rétine.

Le nerf optique droit, depuis la selle turcique jusqu'à son entrée dans le globe de l'œil, était des deux tiers moins volumineux que le gauche, et il offrait une teinte grisâtre. Derrière la commissure, aucun des deux nerfs ne présentait d'altération appréciable.

---

La lésion trouvée ici dans les méninges diffère de celle que nous ont offerte les observations précédentes. Ces membranes ne présentent nulle part la moindre trace d'injection; nulle part non plus on n'y rencontre de pus épanché: seulement une sérosité limpide très-abondante infiltre la pie-mère de la périphérie du cerveau, et remplit ses diverses cavités. Les symptômes observés pendant la vie ont aussi quelque chose qui différencie cette observation des précédentes; enfin la durée de la maladie est fort remarquable: pendant un mois, cet individu reste à l'hôpital, huit jours dans un état d'excitation et de délire, trois semaines entières dans le coma.

Voilà deux observations de suite qui nous présentent des cas d'ossification des membranes qui tapissent le fond du globe oculaire chez deux individus privés depuis long-temps d'un des yeux. Cette ossification n'avait pas la même forme dans chacun de ces cas; la première forme a déjà été décrite; nous ne sachions pas qu'on ait signalé la seconde. Nous ferons aussi remarquer dans le premier cas l'oblitération de la pupille par une

membrane accidentelle, et l'existence des lames fibreuses disposées comme des cloisons à l'intérieur du corps vitré. Enfin nous rappellerons que dans les deux cas la portion des nerfs optiques située entre les commissures et le globe oculaire malade était la seule partie de ces nerfs qui présentât quelque altération; c'était une diminution de volume, avec couleur grise de leur substance.

BIBLIOTHÈQUE  
MUSÉE DE MÉDECINE