

ments consécutifs à une hémorrhagie ou à une dégénérescence graisseuse, conséquence d'une obstruction artérielle. La raison en est bien simple : ces diverses altérations ayant pour effet de détruire de plus ou moins grandes masses du tissu nerveux, doivent vraisemblablement affecter le cerveau de la même manière. Toutefois, il y a une différence dans leur mode de débiter. Ainsi, on peut dire en règle générale, que l'hémorrhagie est caractérisée par la soudaineté de l'attaque, tandis que la cérébrité chronique non compliquée, affecte graduellement les fonctions mentales et motrices, à des degrés et suivant des modes divers, selon la partie du cerveau intéressée. Cependant il ne faut pas oublier que des ramollissements inflammatoire, hémorrhagique et graisseux primitif, peuvent se rencontrer ensemble chez un même sujet, d'autant plus que les conditions favorables à l'une de ces formes le sont également aux autres. C'est pourquoi, je dois renvoyer le lecteur aux considérations qui seront développées plus loin à l'article *Hémorrhagie cérébrale*.

On a longtemps agité la question de savoir si un ramollissement inflammatoire chronique est susceptible de guérison. M. Durand-Fardel croit que la curabilité du ramollissement cérébral est un fait dont il n'est pas davantage permis de douter aujourd'hui, que de la curabilité de la tuberculose pulmonaire. Les observations de Rostan, de Cruveilhier, de Sims, de Dechambre et de Durand-Fardel ont pleinement établi la possibilité de la chose. Au reste, pourquoi le plasma sanguin exsudé et coagulé dans le cerveau, ne pourrait-il point, à la suite de changements qui le divisent et le désagrègent, s'absorber en fin de compte, dans cet organe, comme dans n'importe quel autre tissu ? J'ajouterai néanmoins, que les apparences anatomiques sur lesquelles les pathologistes se sont fondés pour démontrer la curabilité du ramollissement ne méritent guère de créance. M. Durand-Fardel signale le ramollissement semblable à du lait de chaux, comme un acheminement de la lésion vers la guérison, et le Dr Sims a décrit des cavités de couleur fauve comme établissant le même fait. J'ai vu des cas où le ramollissement gris laiteux était associé à une hémiplegie de date ancienne, mais il présentait sous le microscope l'aspect qu'on voit dans la fig. 446. Or, bien qu'il y ait là des signes manifestes d'une désagrégation avancée, on ne peut y voir un travail de guérison. J'ai observé les cavités à couleur fauve du Dr Sims, elles sont non seulement remplies de cellules granulaires en voie de formation, mais aussi associées avec la contraction intense récente, du côté opposé du corps (voir p. 459). Aucune de ces lésions ne me semble donc fournir la preuve anatomique de la guérison du ramollissement. Le Dr Todd aussi, croit à la cicatrisation des ramollissements chroniques, et même, considère la rigidité survenant parfois assez tard dans les muscles paralysés, comme imputable à l'irritation produite par le retrait cicatriciel dans la substance cérébrale saine du voisinage. Quant à dire que les taches jaunes ou fauves et indurées, observées très rarement dans la substance cérébrale, soient la trace d'un ramollissement guéri, il serait bien difficile

d'en établir la preuve. En effet, j'ai rencontré de ces indurations qui étaient comme farcies de cellules granulaires. (Voir obs. XVII.) L'anatomie pathologique des ramollissements cérébraux guéris est donc un sujet qui demande des recherches particulièrement attentives.

Le diagnostic général et le traitement de la cérébrité chronique seront exposés lorsque nous traiterons de l'hémorrhagie cérébrale, avec laquelle on la trouve souvent associée.

#### AFFECTIONS CÉRÉBRALES RÉSULTANT DE L'OBSTRUCTION DES ARTÈRES.

Obs. XV. — *Paralysie rapidement généralisée. — Ancien kyste apoplectique dans le corps strié, à droite. — Ramollissement de la protubérance annulaire. — Caillot obturant l'artère basilaire. — Pneumonie du côté gauche.*

COMMÉMORATIF. — Alexandre Walker, 50 ans, pensionné, entré le 3 décembre 1853. D'après ce que rapporte son frère, il y a longtemps qu'il était sujet à des vertiges, il en éprouvait déjà étant encore aux Indes. En vue de parer à cette indisposition, on l'a saigné quinze fois, ce qui lui procurait un soulagement temporaire. Il a toujours eu des habitudes de tempérance. Dernièrement il travaillait dans une imprimerie ou il portait habituellement de lourds fardeaux sur la tête. Hier, après s'être fatigué plus qu'à l'ordinaire, et à la suite du chagrin qu'il ressentit de la mort de sa sœur, il fut tout à coup, vers 4 heures après midi, saisi de picotements et d'engourdissement dans le bras gauche, commençant par les doigts. Peu après, la parole devint embarrassée et le mal s'aggrava rapidement. Dans la nuit, il devient incapable de proférer un mot, mais il s'exprime encore par des signes, et paraît conserver sa présence. Le matin on l'apporte à l'infirmerie.

SYMPTÔMES À L'ENTRÉE. — Le bras gauche est insensible. Quand on veut le fléchir on le trouve très raide, mais sans qu'il y ait de contracture. Si l'on stimule la jambe gauche on remarque qu'il ne lui reste qu'un peu de sensibilité et de faibles mouvements réflexes. Le bras droit remue lorsqu'on l'irrite, mais la jambe droite tout en étant un peu rétractée est en partie paralysée. La pupille est un peu plus contractée à gauche qu'à droite. La face est pâle mais sans distorsion des traits. Le malade est dans l'impossibilité de parler ou de faire sortir la langue, mais il a évidemment conscience de ce qui se passe autour de lui. On le voit écouter et surveiller tous les mouvements avec une expression d'inquiétude. On ne parvient pas à discerner les bruits cardiaque. Le pouls est à 88, suffisamment fort ; les inspirations sont profondes, l'expiration s'accompagne de râles ronflants. La peau est chaude et sèche. Il y a de la constipation et distension de la vessie. *Passer un lavement à la térébenthine. Évacuer l'urine au moyen du cathétérisme. Eau à la glace en permanence sur la tête (le sujet est chauve). Introduire le bol suivant jusque sur la base de la langue, afin d'en amener la déglutition : Pr. huile de croton 1 goutte. Poudre de jalap composée 1 gram. Confection de senné q. s. pour faire un bol.*

MARCHE DE LA MALADIE. — 4 Décembre. Le cathétérisme pratiqué hier, a donné issue à 950 gram. d'urine normale. Ce matin il y a eu des selles, ainsi que des urines involontaires. Les bras, de même que les jambes, sont maintenant paralysés et insensibles à de fortes stimulations. La respiration est plus difficile ; le pouls est

à 120 et faible; la connaissance persiste. *Nourrir le malade autant qu'on le peut par la bouche et au besoin par l'anus, au moyen de fort beef-tea.* — 5 Décembre. Respiration encore plus laborieuse, la poitrine ne se dilate plus. Un râle sonore à l'expiration, marque les bruits pulmonaires, et il n'est guère possible de changer la position du malade, qui est couché sur le dos, afin d'examiner ses poumons. Pour le reste, il se trouve dans le même état quoique plus faible; pouls à 120, faible. Il est immobile et sans parole, avec les lèvres un peu écartées. Quand on veut introduire de la nourriture par la bouche, on trouve les mâchoires fortement serrées et rien ne passe, bien que le malade cherche évidemment à s'aider. On a pratiqué régulièrement le cathétérisme et donné des lavements nutritifs, ainsi que de l'eau de vie. Le malade conserve évidemment la conscience. — 6 Décembre. Depuis hier, il a été s'affaissant de plus en plus. Les joues sont manifestement paralysées et se distendent lors de chaque expiration. Ce matin, la pupille gauche était beaucoup plus contractée que la droite, les cornées sont devenues troubles; il y a 40 respirations à la minute; le pouls oscille; bientôt viennent le coma, puis la mort, le lendemain à 2 heures de l'après midi.

*Autopsie.* — *Vingt-trois heures après la mort.*

**TÊTE.** — La surface de l'arachnoïde est humide, il y a un peu d'épanchement séreux dans les sillons des circonvolutions cérébrales. En incisant les hémisphères par tranches, on y remarque un plus grand nombre de points rouges qu'à l'ordinaire. Les deux côtés sont symétriques, mais le ventricule latéral droit est un peu plus petit que le gauche. Ils contiennent environ 12 grammes d'une sérosité transparente. La couche optique à droite est évidemment plus forte qu'à gauche, et sa base, près du corps strié, présente à la coupe un aspect cribriforme bien prononcé. Dans le quart postérieur du corps strié à gauche, est une masse diffuse de la grosseur d'un pois, elle est contenue dans une petite cavité à parois d'une teinte fauve. Les deux plexus choroïdes, mais surtout le gauche, présentent des kystes simples. La partie centrale de la protubérance annulaire est ramollie, de consistance pulpeuse, surtout vers la moitié supérieure et du côté droit. Cette substance ramollie se laisse enlever peu à peu, sous un mince filet d'eau et il reste une cavité irrégulière à bords distincts, du volume d'une noisette. L'artère basilaire est opaque dans toute son étendue, ses parois sont chargées de matière calcaire et athéromateuse et son calibre est obstrué par un caillot incolore, déjà transformé dans un endroit, en matière minérale.

**CORDE SPINALE.** — La corde spinale est examinée avec soin, mais elle est saine dans toute son étendue.

**POITRINE.** — Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé, d'un gris sale; le lobe supérieur contient deux noyaux de condensation pneumonique, chacun de la grosseur d'une noix. Les bords des deux poumons sont emphysémateux, les autres organes pectoraux sont sains.

**EXAMEN MICROSCOPIQUE.** — Le contenu de l'ancien kyste apoplectique dans le corps strié droit a disparu, mais les parois indurées sont formées par un agrégat condensé de molécules opaques, brunâtres, dont le nombre diminue vers l'extérieur et qui vont se perdant jusque dans la substance tubulaire et granulaire constituant le corps strié. La partie ramollie du pont de Varole se compose entièrement du tissu tubulaire et cellulaire désagrégé de cette portion de l'encéphale. On n'y trouve ni cellules ni masses granulaires, comme on en rencontre dans les ramollissements d'origine exsudative. Cependant les cellules nerveuses renferment un nombre inaccoutumé de petits granules brunâtres et flottant isolément dans la substance ramollie, comme on le voit dans la fig. 442. Le caillot de l'artère basilaire contient des masses irrégulières de phosphate de chaux qui, dans un endroit, sont si étroitement agrégées qu'à elles seules elles auraient suffi à obstruer la lumière du vaisseau.

L'hépatisation du poumon gauche représente tous les degrés de la pneumonie, depuis la congestion et l'exsudation, jusqu'à la suppuration. Cela se remarque surtout dans les deux noyaux du lobe supérieur; à gauche, le centre de ces noyaux est ramolli et en suppuration; les vésicules aériennes y sont remplies de pus, la masse environnante est indurée et présente les divers degrés de transformation d'un exsudat amorphe en cellules (voir fig. 191, p. 250; le dessin en a été fait d'après une préparation d'un de ces noyaux).

*Commentaire.* — A la suite des vertiges et des autres symptômes cérébraux qui tourmentaient cet homme depuis beaucoup d'années, et pour lesquels il était dans l'habitude d'être saigné, consécutivement surtout à un travail plus rude que de coutume et à des chagrins, il fut saisi de paralysie dans le bras droit, sans perte de connaissance. Vinrent ensuite la paralysie de la langue, des membres, celle de la vessie et de l'intestin, en même temps que le serrement spasmodique des mâchoires. Ces phénomènes étaient l'indice d'une lésion des parties centrales du cerveau, laquelle, à raison de sa soudaineté, j'avais cru pouvoir attribuer à une hémorrhagie dans la substance ou dans le voisinage du pont de Varole ainsi comprimé. Cependant, l'examen que nous venons de faire, vient de nous révéler un kyste apoplectique ancien dans le corps strié du côté gauche; mais ce kyste ne nous a amené aucun symptôme et ne correspond à aucun point de l'histoire de la maladie. La paralysie générale est due évidemment au ramollissement du pont de Varole et ce ramollissement, à son tour, n'était certainement point sous la dépendance d'un exsudat sorti des vaisseaux sanguins, ce dont nous nous sommes assurés au moyen de patientes et longues investigations microscopiques. Je ne puis donc m'empêcher de conclure que la désorganisation de la substance nerveuse est attribuable à l'obstruction de l'artère basilaire ainsi qu'à une dégénérescence graisseuse particulière commençant à se manifester dans les cellules nerveuses. Nous pourrions nous faire une meilleure idée de cette lésion, lorsque nous aurons examiné les faits de l'observation suivante.

**Obs. XVI.** — *Apoplexie.* — *Hémiplégie du côté gauche.* — *Accès convulsifs.* — *Affection cardiaque et rénale.* — *Caillot ancien dans l'hémisphère cérébral droit, avec ramollissement tout autour de lui.*

**COMMÉMORATIF.** — Elisabeth Ross, 26 ans, mariée, entrée le 25 mai 1855. Elle rapporte qu'il y a quatre ans, elle eut une attaque de rhumatisme, à la suite de laquelle il lui resta de fréquentes palpitations. Depuis 18 mois, elle a eu souvent des épistaxis précédées de vertige, de trouble de la vue et de mouches volantes. En janvier dernier étant assise tranquillement sur une chaise, tout à coup, elle s'affaissa sur le sol dans un état complet d'insensibilité où elle resta plongée pendant 48 heures. Lorsqu'elle eut recouvré la connaissance, elle se trouva incapable de parler, et la moitié du corps ainsi que de la face, étaient complètement privées de sensibilité et de mouvement. Au bout de cinq semaines elle commença à recouvrer la parole ainsi que l'usage de la jambe et du bras. Mais elle remarqua en même temps aux pieds et aux jambes, un certain œdème, lequel s'étendit bientôt à tout le reste du corps. Il y a trois semaines, elle perdit de nouveau tout à coup connaissance et resta dans cet état environ une heure et demie;

en même temps elle avait de fortes convulsions. Dans l'espace de dix jours, elle eut trois attaques semblables, lesquelles étaient précédées d'une sensation d'étranglement dans la gorge, de palpitations et de malaise dans la région précordiale.

**SYMPTÔMES A L'ENTRÉE.** — Il reste encore une paralysie partielle du côté gauche du corps, où la température est aussi beaucoup moins élevée qu'à droite. Lorsqu'on fait marcher la malade, elle ne parvient pas à lever le pied gauche mais elle le traîne sur le sol. Elle est incapable de plier le poignet ou le bras, et ne parvient point à les élever avec autant de facilité que de l'autre côté. La bouche est un peu tirée à droite, tandis que la langue, quand elle la pousse, s'écarte un peu à gauche de la ligne médiane. La sensibilité est légèrement diminuée dans tout le côté gauche. La malade se plaint de malaise à la région précordiale. Le cœur se contracte énergiquement et suivant un rythme régulier. On sent la pointe qui bat entre la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> côte et à environ deux centimètres et demi en dehors du mamelon. La matité cardiaque transversale est de 7 centimètres. On perçoit un bruit de souffle au sommet, accompagnant le premier bruit ainsi qu'un double bruit de souffle à la base; le souffle qui accompagne le second bruit, est le plus prolongé et on l'entend distinctement jusque dans les deux espaces sous-claviculaires. Immédiatement au dessus de l'articulation sterno-claviculaire à droite, il existe de fortes pulsations qui sont très visibles, mais le palper n'y fait reconnaître aucune tumeur. A cet endroit, on entend un bruit de souffle, rude, simple, et le doigt y perçoit un frémissement très sensible. Point de pulsations veineuses. Le pouls est à 87, fort, dur, et communique au doigt une sensation de rebondissement. La voix est faible et l'articulation des mots est difficile et mal distincte. La respiration est irrégulière, spasmodique et se fait 20 fois à la minute. Point de dyspnée, toux brève, expectoration rare. Poitrine partout sonore à la percussion. Le seul bruit anormal qui y soit perceptible, c'est un fin râle humide qui accompagne l'inspiration et siège aux deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon gauche. La langue est rouge et sèche, l'appétit très mauvais et la dysphagie est telle que les liquides seuls et encore en petite quantité parviennent à passer. Il existe un peu de sensibilité à l'épigastre; constipation; micturition difficile, douloureuse et fréquente. Urines pâles, à réaction neutre, pesanteur spécifique 1010 déposant par le refroidissement du phosphate tribasique. La quantité rendue est petite et quand on chauffe, il s'y fait un coagulum considérable. Toute la surface du corps est infiltrée, mais surtout les extrémités inférieures. *Pr. Pilules de scille et de digitale N° 6. En prendre deux par jour. Donner, vers le soir, une pilule d'opium, de 0,06 centigr. Donner tout de suite une électuaire laxatif de 8 gr. et rendre la même dose six heures heures après s'il le faut.*

**MARCHE DE LA MALADIE.** — 25 mai. Sommeil meilleur; la constipation a cédé, l'œdème de la partie supérieure du corps est diminué. Urines toujours en petite quantité, très coagulables et contenant des moules cireux et grassex des tubuli. La contraction cardiaque n'est plus aussi forte. — 6 juin. L'état de la malade a été s'améliorant peu à peu; elle se sert plus librement des membres du côté gauche et la sensibilité y est également un peu plus fine. Elle se lève et rentre dans son lit, sans avoir besoin d'assistance. La parole est plus distincte. Les battements de même que les murmures sus-sternaux ont considérablement diminué. L'impulsion du cœur est plus faible et les bruits de souffle ne sont plus aussi forts. Le pouls est à 90, toujours rebondissant. La malade se plaint de douleur à la région lombaire droite, mais le palper n'y développe aucune sensibilité. L'œdème des membres inférieurs est encore considérable, bien qu'il y ait diminution. Les fonctions digestives sont redevenues normales. Les symptômes du côté des reins sont les mêmes. *On a donné 0,05 centigrammes de proto-iodure de mercure tous les soirs; de légers diurétiques et quelques laxatifs.* — 7 juin. Hier, à 4 heures après midi, la malade éprouva des vertiges et tomba sans connaissance, agitée de

convulsions aussi prononcées d'un côté que de l'autre. Elle poussait des cris et des gémissements. Les pupilles étaient dilatées et les globes tournés en dehors et en haut. Il n'y avait pas d'écume à la bouche, mais elle se fermait de temps en temps avec grande violence, de sorte qu'il fallut se donner beaucoup de peine pour empêcher la langue d'être mordue. Cet accès dura dix minutes, mais le soir il reparut encore à quatre reprises. A la suite de chacun de ces accès la malade restait assoupie pendant quelques instants et ne répondait qu'imparfaitement aux questions. Après la première attaque, on avait appliqué six sangsues aux tempes et administré un lavement à la térébenthine. Le soir on appliqua un vésicatoire sur la tête. Aujourd'hui, il y a beaucoup de mieux. — 9 juin. Il y eut un nouvel accès hier soir, puis un autre la nuit. La paralysie n'a point fait de progrès; les autres symptômes sont les mêmes. — 19 juin. La malade n'a pas désisté de se plaindre de douleurs erratiques diverses, principalement dans l'hypochondre droit. Le 14, les gencives devenant un peu sensibles, on avait suspendu l'iodure de mercure. Depuis le 10 il y a eu constamment de la diarrhée et six ou sept selles par jour, malgré l'emploi de divers astringents et de l'opium, tant par la bouche que par l'anus. Aujourd'hui, vers quatre heures après-midi, sans aucun symptôme précurseur, la malade perdit tout à coup connaissance et eut des convulsions. Elle faisait des efforts et se débattit violemment pendant un quart d'heure. Les convulsions, d'abord également prononcées des deux côtés, finirent par se localiser uniquement dans le côté gauche. La bouche était tirée à droite et la mâchoire inférieure constamment portée d'un côté à l'autre, avec une sorte de mouvement de semi-rotation, comme dans l'acte de broyer. Les paupières restent ouvertes; les globes oculaires sont portés en haut et en dehors et conservent cette position pendant toute la durée de l'accès. La respiration est lente, parfois interrompue et irrégulière, s'accompagnant d'un ronflement à l'inspiration et d'un gonflement des joues par l'effet de l'expiration. Il y a aussi de l'écume à la bouche. Tous ces phénomènes ne tardent pas à se dissiper et la malade reste plongée dans un état comateux. Dans l'espace des deux heures qui suivirent ce premier accès, il s'en montra encore deux autres, mais sans que la malade reprit le moins du monde connaissance, durant les intervalles. Les matières fécales, ainsi que les urines, s'échappent involontairement. Dans le dernier accès on a essayé l'inhalation de chloroforme, mais la respiration devenant stertoreuse et plus rapide, le pouls intermittent et presque imperceptible, on se hâta d'abandonner ce moyen. *Raser le cuir chevelu et y appliquer un emplâtre vésicatoire de cantharides, de 0<sup>m</sup>10 × 0<sup>m</sup>15.* — 20 juin. La connaissance est revenue cette nuit et vers 8 heures la malade répondait aux questions, mais avec lenteur et comme en articulant séparément chaque syllabe. Lorsqu'on l'interroge elle se plaint d'une grande faiblesse et d'un violent mal de tête à la région frontale. La diarrhée persiste et les selles sont involontaires. Le pouls est à 90, faible et presque imperceptible. Il y a de la stupeur par moments. *Donner 60 gram. de vin.* — 21 juin. Il n'y a plus eu de convulsions, les selles ont cessé d'être involontaires. Le mal de tête a disparu et la malade dit qu'elle ne souffre de nulle part. Il y a un air d'hébétude et de stupeur dans les traits; les pupilles sont normales; l'expression de l'œil est languissante. La respiration se fait lentement et d'une manière bruyante. On entend de gros râles humides à la partie antérieure, des deux côtés de la poitrine. Le pouls est à 90, très faible. Les autres symptômes restent les mêmes. *Donner 120 gram. de vin dans la journée. Boissons et aliments nutritifs.* — Vers le soir, le râle muqueux de la poitrine devient plus prononcé, la respiration ronflante et parfois interrompue. Il n'y a de souffrance dans aucune partie du corps, mais ce n'est qu'avec difficulté qu'on obtient une réponse. Enfin la malade meurt à 1 1/2 heures du matin.