

malade. Ce souffle n'a pas tout à fait le même caractère à chaque révolution cardiaque.

15 janvier. — La malade va mieux; les étouffements diminuent. Elle quitte l'hôpital à la fin de janvier, ayant recouvré à peu près tous les mouvements de son bras et de sa jambe.

Remarque. — D'après M. Vulpian, l'hémiplégie, chez cette malade, aurait eu vraisemblablement pour cause une obstruction vasculaire, due sans doute à une thrombose. Une artère déjà fortement rétrécie par un travail d'endarterite hyperplastique, se serait oblitérée par un dépôt fibrineux sur la tunique interne altérée. Comme on le voit assez souvent dans ces cas, l'oblitération n'aurait été complète qu'après quelques arrêts momentanés de la circulation dans le vaisseau.

Quant au siège du foyer d'ischémie, puis du ramollissement, M. Vulpian le plaçait dans le noyau blanc de l'hémisphère droit, à une certaine distance du corps strié.

Obs. CXXVIII. — *Hémiplégie du côté gauche suivie de contracture et d'atrophie musculaire.* — *Lésions syphilitiques anciennes.*

La nommée R... Hortense-Jeanne, âgée de 26 ans, couturière.

Entrée le 3 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 23.

Renseignements. — La malade a une sœur qui est paralysée depuis le commencement de l'année 1877; sa mère est morte hémiplégique. Elle-même a été bien portante jusqu'en 1870.

Pendant les mois de juin et juillet 1870, la malade a eu des étourdissements qui la forçaient à s'asseoir pour ne point tomber.

Ces étourdissements ont duré pendant quelques années.

27 octobre 1876. — Au milieu d'une santé excellente,

étant en train de travailler, elle s'aperçut que ses forces l'abandonnaient. Elle laissa tomber subitement son ouvrage de la main gauche. Bientôt elle sentit le pied, du même côté, beaucoup plus faible; néanmoins elle put encore retourner chez elle. Elle n'eut, à ce moment, ni perte de connaissance, ni éblouissements, ni vertiges.

Lorsqu'elle fut rentrée chez elle, il survint une attaque apoplectique complète, avec perte de connaissance. La malade ne peut dire combien de temps a duré son attaque apoplectique. A son réveil, elle était complètement paralysée du côté gauche. — Depuis lors, elle est confinée au lit.

La malade était paralysée depuis six mois environ, lorsque se produisirent des douleurs vives dans la continuité du membre supérieur et du membre inférieur, du côté gauche. — Bientôt les masses musculaires diminuèrent de volume, et les bras et les jambes furent immobilisés par la contracture.

Etat actuel. — Femme brune, de taille moyenne, présentant toutes les apparences de la santé. L'appétit est bon, le sommeil conservé. La malade est obligée de garder le lit, par le fait d'une paralysie presque absolue de tout le côté gauche du corps.

La moitié gauche de la face est contracturée; les muscles sont tendus, un peu rigides; la commissure labiale gauche est abaissée. — Pas de troubles de la sensibilité.

Les muscles du côté droit de la face n'offrent rien de particulier à considérer.

Le bras gauche pend inerte le long du corps. Les doigts, fermés avec force dans la paume de la main, sont rigides; on ne peut les écarter les uns des autres qu'en déployant une très-grande force. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras se font avec difficulté; il en est de même

pour les mouvements de l'épaule. — Pas d'anesthésie. — Atrophie assez marquée des muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar, ainsi que des interosseux.

Le pied est dans l'extension forcée : les dernières phalanges sont fléchies et rigides dans leur situation forcée. Difficulté assez grande de l'extension ou de la flexion de la jambe sur la cuisse. Pas d'atrophie bien manifeste des muscles de la cuisse et de la jambe ; pas de perte de la sensibilité cutanée.

Les muscles intercostaux et abdominaux ne présentent rien de particulier à considérer.

Vers la partie moyenne et interne de la cuisse droite, au milieu et en bas de la face interne de la jambe droite, dans la même région de la jambe gauche, et enfin à la joue au-dessous de l'os malaire gauche, il existe des cicatrices plus ou moins larges, de diamètre variant entre celui d'une pièce de cinq francs et celui d'une pièce de deux francs. Ces cicatrices sont soulevées sur leurs bords, profondes, rayonnées, déprimées. La peau qui les entoure, est elle-même plissée. On dirait des régions où la peau a été enlevée comme à l'emporte-pièce.

Les cicatrices paraissent bien être produites par des gommages anciennes qui se sont ramollies et cicatrisées ensuite. La malade raconte, qu'en effet, les tumeurs sont survenues sans occasionner de douleurs. Elles se sont ramollies au centre, et elles ont laissé des surfaces saignantes, anfractueuses qui, petit à petit, se sont cicatrisées. La malade ne peut dire quel traitement elle a suivi à ce moment. On ne trouve pas d'autres manifestations syphilitiques.

Toutes les fonctions s'exécutent bien. Aucune lésion du cœur. Urine normale.

Il est difficile de formuler un diagnostic précis relativement à la nature de la lésion (hémorragie ou ramollissement) qui s'est produite chez cette malade.

Les renseignements qu'elle fournit ne sont pas assez certains pour qu'on puisse les prendre pour base d'une hypothèse ayant quelque solidité. L'âge de la malade, l'existence d'une affection analogue chez sa sœur, la mort de la mère par suite d'accidents analogues aussi, sont des circonstances qui parlent plutôt dans le sens d'une hémorragie cérébrale et ce sont les considérations qui avaient porté M. Vulpian à poser ce diagnostic.

Il s'était même demandé si la production de l'hémorragie n'avait pas eu pour cause provocatrice le développement d'une tumeur intra-crânienne d'un syphilôme ; mais ici, faute de renseignements suffisamment détaillés, il était resté complètement dans le doute.

Quelle qu'ait été d'ailleurs la cause de l'hémiplégie, la lésion cérébrale avait eu évidemment pour conséquence une atrophie descendante (avec sclérose) de l'isthme de l'encéphale et de la moitié de la moelle du côté opposé au siège de la lésion primitive du cerveau. D'où les phénomènes névralgiques précurseurs, les contractures tardives, l'atrophie musculaire concomitante. Il s'agissait en réalité d'une maladie incurable ; aussi a-t-on fait des démarches pour la faire entrer à la Salpêtrière.

OBS. CXXIX. — *Hémiplégie ancienne du côté droit, avec contracture consécutive. — Léger degré d'atrophie musculaire. — Aphasie. — Mort par affaiblissement progressif. — Plaques jaunes au niveau de la circonvolution marginale postérieure gauche et du lobe pariétal inférieur. — Foyer de ramollissement ayant détruit le noyau intra-ventriculaire du corps strié. — Dégénérescence secondaire de la protubérance, du bulbe et de la moelle épinière.*

La nommée P., âgée de 65 ans.

Entrée le 5 janvier 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 18.

Les personnes qui ont amené la malade à l'hôpital ne

peuvent donner sur elle aucun renseignement. Il s'agit d'une femme très-âgée, paraissant beaucoup plus vieille encore que son âge. La figure est pâle, ridée. — Expression constante d'hébétude. Pleurs incessants aux moindres paroles que l'on adresse à la malade. — Elle a un vocabulaire extrêmement restreint. — A chaque interrogatoire, à chaque question qu'on lui adresse, elle répond : *Ma tante*. Ces deux mots sont les seuls que possède la malade. — Cependant elle paraît comprendre assez nettement. — Par gestes, elle dit ce dont elle a besoin. — Pas de déviation de la langue. Tous les mouvements de cet organe sont possibles.

Il n'existe pas de paralysie faciale. — Hémiplégie du côté droit, avec contracture.

Le bras ne peut effectuer aucune espèce de mouvement. Le membre tout entier est comme collé contre le tronc. L'avant-bras, demi-fléchi sur le bras, ne peut être étendu. Les doigts, recourbés dans la paume de la main, sont fortement contracturés. On ne peut les étendre. L'épaule paraît soudée. Légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que des interosseux. — Sensibilité intacte.

La jambe, rigide, est demi-fléchie sur la cuisse; le membre inférieur tout entier est immobile; les orteils, recourbés en bas, sont contracturés. Pas d'anesthésie, ni d'atrophie musculaire. Tout mouvement est impossible.

La malade a peu d'appétit. Constipation opiniâtre. — Sommeil assez bon. — Urine normale.

Rien de particulier à signaler du côté des organes.

— Pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, on lui fait prendre du vin de quinquina et on cherche à lui faire suivre un régime fortifiant. Cependant elle va en s'affaiblissant sans cesse; bientôt elle refuse toute nourriture, et elle meurt le 20 février 1877.

Autopsie. — Cavité crânienne. — Le cerveau est relativement petit.

Les artères de la base sont peu athéromateuses. Cependant l'artère sylvienne gauche, avant ses divisions terminales, présente quelques plaques athéromateuses. Il existe aussi de petites plaques sur l'artère sylvienne droite. Les méninges sont normales.

Lobe gauche du cerveau. — Les circonvolutions frontales et la circonvolution marginale antérieure ne présentent d'altérations, ni à la surface extérieure, ni dans leur profondeur. On s'assure de ce fait à l'aide d'un très-grand nombre de coupes.

La circonvolution marginale postérieure gauche est atrophiée, au niveau des plis de passage qui se dirigent vers la scissure de Rolando. La surface de la circonvolution est déprimée, indurée, jaunâtre, sur une étendue, en hauteur, de deux centimètres, et en largeur, d'un centimètre environ. C'est une véritable plaque jaune, conséquence d'un ramollissement ancien.

Sur les circonvolutions du lobe pariétal gauche inférieur, au point de jonction de ce lobe avec le lobe sphénoïdal, on trouve une autre plaque jaune, large comme une pièce de 5 centimes. Dans cette étendue, la plaque jaune remplace la substance grise des circonvolutions. Cette plaque a une épaisseur de quelques millimètres et se prolonge sur les plis de passage, jusqu'à la jonction avec le lobe occipital gauche.

En pratiquant des coupes transversales méthodiques, coupes espacées de deux centimètres en deux centimètres, on note, d'avant en arrière, à l'extrémité antérieure du ventricule gauche, l'existence d'un foyer de ramollissement situé dans l'épaisseur du noyau extra-ventriculaire (lenticulaire) du corps strié. Ce foyer, qui est linéaire, occupe presque toute l'épaisseur du noyau. Il a coupé une

partie de la capsule externe jusqu'à l'avant-mur, en laissant intact le noyau intra-ventriculaire, la couche optique. Il a détruit également la partie antérieure de la capsule interne.

Le foyer a deux centimètres de longueur, un de hauteur et trois ou quatre millimètres d'épaisseur (on dirait qu'il a décollé la capsule externe du noyau intra-ventriculaire).

Toutes ces lésions occupent le lobe cérébral gauche; il n'y a rien d'anormal dans le lobe cérébral droit, ni dans le cervelet.

On constate une atrophie considérable de la moitié gauche de la protubérance. Cette atrophie se poursuit dans la pyramide antérieure gauche du bulbe et, sur les coupes transversales de la moelle, on la retrouve, du haut en bas du centre nerveux, dans la région postérieure du cordon latéral droit de la moelle.

Cavité thoracique. Cœur. — Ventricule gauche très-hypertrophié; tissu du myocarde mou et jaunâtre. La valvule mitrale est un peu athéromateuse.

Pas de lésions d'orifices. Crosse aortique normale.

Le lobe inférieur du poumon droit est comme carnifié; il est le siège d'une congestion hypostatique très-accentuée. Pas d'autres lésions des poumons; il n'y a ni granulations tuberculeuses, ni foyers de pneumonie chronique.

Cavité abdominale. Foie. — Normal. Il est peut-être un peu diminué de volume.

Reins. — Normaux.

Rate. — Elle est petite. Sur un des points du bord antérieur se montre une dépression dans laquelle est un infarctus calcaire. Plaques de périssplénite.

OBS. CXXX. — *Tumeur cérébrale.* — *Hémiplégie avec phénomènes spasmodiques.* — *Amaurose double.* — *Attaques épileptiformes.* — *Coma continu.* — *Mort.*

La nommée B...., Mathilde, âgée de 27 ans, institutrice. Entrée le 5 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 11.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 27 ans, a été réglée à l'âge de 15 ans et demi.

Quelques jours après sa naissance, elle eut une kérato-conjonctivite des deux yeux. Elle conserva, à la suite de cette affection, sur les deux cornées, une taie très-nette et large de 3 millimètres environ. Cette taie occupe, sur chaque œil, la partie inférieure de la cornée et empiète sur le champ pupillaire. Ce champ est moins couvert du côté droit que du côté gauche; la malade voyait encore assez bien de l'œil droit. Jusqu'à ce jour, les opacités se sont conservées telles qu'elles étaient après l'inflammation qui les a produites. Jamais la malade n'aurait présenté d'autres affections permettant de reconnaître chez elle la diathèse strumeuse. Elle ne paraît pas avoir eu la syphilis. Il n'y a rien d'important à signaler au point de vue des antécédents héréditaires.

Jusqu'en 1872 elle s'est toujours très-bien portée. A cette époque, elle fut prise d'attaques d'épilepsie, qui se répétèrent, depuis lors, très-souvent. Elle ne sait à quelle cause attribuer ces attaques.

Pendant cinq mois, elle en a eu cinquante environ.

Ces attaques étaient toutes caractérisées par les phénomènes suivants : cris, perte de connaissance avec chute à terre, puis convulsions toniques, suivies de convulsions cloniques, enfin coma. Ces attaques ont complètement disparu aujourd'hui.

Six mois après ces attaques, la malade eut une affection mentale, pour laquelle elle fut envoyée à Sainte-Anne. La malade ne peut dire l'époque de son entrée dans cet asile, ni la date de sa sortie.

Il y a 20 mois, elle était dans le service de M. Bourdon, pour y faire ses couches.