

infiltration est plus exposée que l'hémorragie en foyer à être suivie d'inflammation, d'une inflammation, voulons-nous dire, étendue et grave.

D. M. Durand-Fardel conclut encore de l'analyse de ses observations que les points infiltrés peuvent conserver long-temps leurs apparences primitives. Mais pourtant, à la longue, qu'il y ait ou non travail inflammatoire, que le parenchyme cérébral soit demeuré intact dans sa consistance ou se soit ramolli, la matière colorante du sang imprègne petit à petit tout ce parenchyme, et le teint successivement en une infinité de nuances jaunâtres, que M. Lallemand a eu tort d'expliquer par la présence du pus : explication qui cadre assez mal avec la prodigieuse diversité de ces nuances.

E. Peut-on espérer d'établir jamais, d'après la nature, l'ensemble et la marche des symptômes, une symptomatologie qui appartienne en propre à l'infiltration sanguine du cerveau, et qui serve à la faire diagnostiquer sûrement au lit du malade? Toujours est-il que cette tâche n'est pas encore accomplie dans la science. Et, oserai-je l'ajouter, je crains bien, en vérité, qu'elle ne soit impossible. Assurément, il doit y avoir la plus grande variété de formes symptomatiques, suivant le nombre, le volume et le siège des points infiltrés, suivant l'étendue dans laquelle ces points se trouvent disséminés. Depuis les plus simples et les plus légers phénomènes d'hyperémie encéphalique, jusqu'aux terribles symptômes de paralysie et d'apoplexie, tout, ce me semble, doit se présenter, en combinaisons prodigieusement diversifiées, à l'observation du praticien. Y a-t-il rien de caractéristique au milieu d'un pareil dédale? rien qui, dans les cas d'intensité légère ou médiocre, permette d'affirmer que ce n'est pas à une simple hyperémie qu'on a affaire, et, dans les cas très graves, que ce n'est pas à une hémorragie en véritable foyer? N'était, peut-être, qu'en règle générale les symptômes de l'infiltration sanguine du cerveau sont, au début, moins fugaces que ceux de l'hyperémie, moins alarmans que ceux de l'hémorragie en foyer, pour aboutir plus souvent que cette dernière maladie aux symptômes spasmodiques et autres qui révèlent le développement d'une encéphalite. C'est donc la considération attentive de la marche que la maladie a suivie, qui seule peut servir de fondement aux conjectures.

262. *Etiologie.* — C'est toujours par l'intermédiaire de l'hyperémie que l'on conçoit l'invasion de l'hémorragie intra-encéphalique par infiltration, tout comme celle de l'hémorragie en foyer. Il n'y a donc qu'à se rappeler ici, encore une fois, toutes les causes de l'hyperémie encéphalique (188). Maintenant, pourquoi dans un cas l'hyperémie n'aboutit-elle pas à l'hémorragie? Dans un autre cas, pourquoi creuse-t-elle dans le parenchyme cérébral un large foyer hémorragique? Dans un troisième cas, enfin, pourquoi fait-elle extravaser le sang en une multitude de

points distincts? Mystère que cela, mystère qui gît dans la diversité des prédispositions individuelles, innées ou acquises, du parenchyme cérébral, et aussi, sans doute, des vaisseaux qui s'y ramifient. Mais, je le répète, tout cela est un mystère invisible, et à propos duquel nous ferons sagement de ne point nous égarer en inutiles hypothèses.

263. *Traitement.* — Peu importe, à cet égard, que le diagnostic de l'hémorragie intra-encéphalique par infiltration ne puisse guère, en aucun cas, être établi d'une façon certaine et positive (261. E). Peu importe; car il n'y a pas, contre cette maladie, d'autres moyens de traitement à conseiller que ceux-là mêmes qui conviennent contre l'hyperémie encéphalique et contre l'hémorragie en foyer (189 et 259). C'est par l'emploi opportun de ces moyens, suivant toutes les indications individuelles, que plus d'une fois, sans doute, il arrive aux praticiens de guérir des infiltrations sanguines du cerveau, sans avoir droit, il est vrai, de s'en targuer en toute sûreté de conscience, mais en se bornant à la certitude plus modeste d'avoir au moins guéri un molimen hyperémique.

ARTICLE XI.

HÉMORRAGIE INTRA-RACHIDIENNE.

OLLIVIER (d'Angers). — (*Traité des maladies de la moelle épinière.* Paris, 1837, 2 vol. in-8°.) — T. II, chap. I^{er}, art. III, *Hématomyélie* ou *Apoplexie de la moelle épinière.*

264. *Notion sommaire.* — Les hémorragies à l'intérieur du canal vertébral sont extrêmement rares. Encore sont-elles le plus ordinairement dues à une cause vulnérante, à une violence extérieure qui a rompu les vertèbres, déchiré les méninges rachidiennes, lésé la moelle elle-même. Et, en pareil cas, l'épanchement de sang n'existe pas, notablement du moins, dans le parenchyme de la moelle, mais bien entre les vertèbres et la dure-mère, ou dans la cavité arachnoïdienne; et, d'ailleurs, ce n'est là qu'un symptôme d'affections traumatiques qu'il ne m'appartient pas d'étudier.

Sans doute, aussi, on conçoit *a priori* que l'arachnoïde rachidienne puisse tout aussi bien que la plèvre, le péricarde ou le péritoine, devenir le siège d'une exhalation de sang; on conçoit, dis-je, qu'il puisse survenir là une de ces hémorragies actives, dont, à tort ou à raison, l'histoire se confond avec celle des phlegmasies séreuses (205. C. γ). Mais je ne sache pas qu'aucun observateur, jusqu'à ce jour, en ait consigné, dans les fastes de l'art, un cas positivement, c'est-à-dire nécroscopiquement constaté. Toujours est-il, après tout, qu'en fait de symptômes et de traitement, nous n'aurions là-dessus rien à dire qui différât des symptômes et du traitement de la méningite rachidienne aiguë, à l'his-

toire de laquelle, par conséquent, je n'ai rien de mieux à faire que de renvoyer les lecteurs.

Quant à l'hémorragie spontanée de l'intérieur même de la moelle épinière, la science en possède une observation aussi intéressante qu'authentique, recueillie par M. Gaultier de Claubry, et que M. Ollivier d'Angers n'a pas manqué de consigner dans son excellente monographie (*loc. cit.*). Chez le sujet de cette observation, il s'opéra une hémorragie de la moelle dans une longueur considérable; depuis le haut de la région dorsale jusqu'à la queue de cheval, la moelle, à l'autopsie, se montra convertie en une bouillie rougeâtre et diffluite; la mort était survenue en quelques heures. Lorsque l'épanchement est plus circonscrit, lorsque la désorganisation de la moelle n'est pas portée aussi loin que dans le cas que je viens de citer, nul doute que la vie ne puisse encore continuer, que la guérison même ne puisse avoir lieu après le temps nécessaire à la résorption du sang épanché. Tel est, probablement, le cas de bon nombre de paraplégies qui surviennent subitement sans cause traumatique, et aussi sans symptômes inflammatoires; lesquelles paraplégies peuvent ensuite se guérir à la longue, ou bien persister indéfiniment sans autre altération de la santé générale. Il va sans dire qu'en pareil cas la perte du mouvement et du sentiment affectent toutes les parties dont les nerfs s'insèrent à la moelle au-dessous du point où a lieu l'épanchement sanguin. Pour ce qui est du traitement d'un épanchement sanguin de la moelle épinière, si tant est que, sur un individu donné, nous venions à diagnostiquer, ou plutôt à présumer l'existence d'une telle affection, ai-je besoin de dire que ce sont les mêmes moyens à mettre en œuvre que contre toutes les hémorragies (208)?

ARTICLE XII.

HÉMORRAGIE INTRA-PULMONAIRE (229).

265. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Traité de l'auscultation.* — T. I, p. 378-93.) Chap. *De l'Apoplexie pulmonaire.*

CRUVEILHIER. — (*Anatomie pathologique*, livraison III^e, pl. 4.) Apoplexie du poumon.

266. *Rapports de l'hémorragie intra-pulmonaire avec l'hémoptysie.* — L'hémorragie intra-pulmonaire et l'hémoptysie, telles que nous les avons plus haut définies et opposées nosographiquement l'une à l'autre (229), ont entre elles de tels rapports, que par l'histoire même que donne de l'hémoptysie l'article VI du chapitre courant, l'histoire de l'hémorragie intra-pulmonaire est déjà plus d'à moitié faite. Même étiologie (232). Par conséquent, mêmes distinctions relativement à l'essen-

tialité ou à la nature symptomatique de la maladie dans les divers cas (230) : avec cette différence, toutefois, que l'hémorragie intra-pulmonaire, fût-elle symptomatique d'affections aussi graves que le scorbut, un vice organique du cœur ou la tuberculisation pulmonaire, peut avoir par elle-même, plus souvent que la simple hémoptysie, une importance des plus majeures, au point d'être véritablement la maladie à considérer et à combattre. Dans le plus grand nombre des cas, ainsi que je l'ai dit (229), l'hémorragie intra-pulmonaire n'existe pas conjointement avec une hémoptysie : rien de plus naturel, en effet, que le sang exhalé dans les ramifications bronchiques soit rejeté en partie sous forme de crachemens ou de vomissemens (231. B), et en partie retenu et coagulé à l'intérieur du poumon, de manière à y former les engorgemens que nous allons tout-à-l'heure (268) étudier en détail. Qu'elle vienne avec ou sans l'hémoptysie, l'hémorragie intra-pulmonaire ne manque guère d'être précédée des mêmes phénomènes, des mêmes symptômes prodromiques (231. A) que celle-là. Enfin, la thérapeutique a les mêmes moyens à mettre en œuvre, les mêmes errements à suivre pour l'un comme pour l'autre genre d'hémorragie.

267. *Réalité de l'hémorragie intra-pulmonaire en tant qu'affection indépendante et pouvant exister seule.* — Il est avéré que dans certains cas l'hémorragie intra-pulmonaire peut exister sans le moindre crachement de sang, et d'une façon latente en quelque sorte, ou du moins, ce qui revient au même, sans autres troubles fonctionnels que ceux qui déclarent un état hyperémique des poumons. C'est même dans des cas de cette nature que Laënnec dit avoir fait ses premières observations d'engorgemens hémorragiques pulmonaires, altération anatomique qui, ajoute-t-il, le frappa d'autant plus qu'il n'en avait jamais lu aucune description, et qu'il ne sut point d'abord quelle maladie en accuser. Les cas ainsi latens ne peuvent, en général, avoir lieu qu'autant que l'engorgement hémorragique n'occupe dans le viscère qu'une étendue médiocre, tout au plus, par exemple, le volume d'un œuf de poule. Cependant, à en juger par les cas assez fréquens dans lesquels l'expectoration du sang est, par sa minime quantité, par son apparente insignifiance, hors de toute proportion avec l'énorme volume des engorgemens hémorragiques, il paraît fort possible que, même avec absence totale d'hémoptysie, l'hémorragie intra-pulmonaire, surtout si elle s'opère d'une manière un peu lente, vienne à envahir quelquefois une étendue très considérable au point de produire une oppression extrême, et autres symptômes des plus alarmans, et de commander impérieusement, pour ainsi dire, les investigations de percussion et d'auscultation, qui la feront diagnostiquer. Il est évident, d'ailleurs, qu'en pareil cas elle pourrait aussi, à elle seule, entraîner la mort du sujet. Heureusement, bien entendu, qu'à

vec ou sans hémoptysie, les engorgemens hémorragiques du poumon ne sont pas, tant s'en faut, ordinairement mortels, mais qu'ils sont susceptibles de se résorber peu à peu, de manière que la maladie aboutisse à parfaite guérison.

258. *Anatomie pathologique.* — A. Le vice anatomique produit par l'hémorragie intra-pulmonaire consiste en une induration très forte, très marquée, du parenchyme des poumons. Cette induration est toujours partielle, et n'occupe que très rarement une grande étendue du viscère; son volume varie, pour l'ordinaire, de la grosseur d'une noix à celle du poing. Elle est presque toujours très exactement circonscrite; et à sa périphérie elle ne va pas diminuant graduellement, mais se trouve, là même où elle est près de cesser, aussi considérable que vers son centre. Le tissu pulmonaire environnant est, dans la plupart des cas, parfaitement crépissant: souvent même il est très pâle; quelquefois cependant il est évidemment hyperémié, fortement rosé ou même rouge; infiltré d'une certaine quantité de sang vermeil, et les rameaux bronchiques qu'il contient ont leur muqueuse très rouge, gonflée, et un peu ramollie; mais, dans ce dernier cas même, la démarcation entre l'engorgement dur et l'infiltration sanguine dont il s'agit est presque toujours très tranchée, très nettement dessinée.

B. La partie indurée présente une couleur d'un rouge noir très foncé, comme si c'était un caillot de sang veineux. Les incisions qu'on y pratique offrent une surface granulée, qui, par cet aspect même, représente la forme des cellules ou vésicules pulmonaires, dans lesquels le sang se trouve épanché: c'est surtout en regardant à contre-jour que l'on peut bien voir les granulations. Du reste, la surface des incisions, avec sa coloration presque noire ou d'un brun rouge très foncé, ne laisse plus distinguer, ni les taches noires pulmonaires, ni les vaisseaux et les intersections celluleuses des lobules pulmonaires, mais seulement quelques rameaux bronchiques et les plus gros vaisseaux, dont les tuniques ont même perdu leur couleur blanche, et sont teintes et imbibées de sang. Si l'on racle avec le scalpel cette même surface, on en enlève un peu de sang très noir et à demi coagulé.

C. Quelquefois le centre de l'engorgement hémorragique, au lieu d'être induré, est ramolli, ou même rempli par un caillot de sang pur. On connaît quelques exemples de morts subites causées par une hémorragie pulmonaire très abondante, et à la suite desquelles on a trouvé, à l'autopsie, des caillots de sang plus ou moins considérables au milieu d'un poumon dilacéré, à peu près comme l'est le tissu cérébral en cas de caverne apoplectique. Corvisart rapporte un cas très remarquable de cette espèce, dans lequel l'éruption hémorragique avait été tellement forte que, du poumon déchiré, elle s'était fait jour dans la plèvre, et

y avait versé une grande quantité de sang (*Traclution d'Avenbrugger*, p. 227). Ces dilacérations du parenchyme pulmonaire ne sont, au fond, qu'un degré plus intense de l'affection qui produit les engorgemens que je viens de décrire.

D. On rencontre quelquefois deux ou trois engorgemens hémorragiques dans le même poumon, et assez souvent les deux poumons sont affectés à la fois.

E. Suivant Laënnec, ces engorgemens se trouvent ordinairement vers le centre du lobe inférieur, ou vers la partie postérieure moyenne du poumon; et c'est par conséquent dans le dos et au bas de la poitrine que l'illustre professeur conseille de les chercher dans l'exploration stéthoscopique.

F. L'engorgement hémorragique est facile à distinguer de l'engorgement sanguin cadavérique. En effet, l'engorgement cadavérique est toujours très humide; le sang qui le constitue est mêlé de sérosité souvent spumeuse, ruisselle abondamment sous le scalpel, et donne au tissu pulmonaire une couleur livide ou vineuse: cet engorgement n'est jamais circonscrit; soumis aux lois de la pesanteur, il est plus fort dans les parties les plus déclives du poumon: les parties les plus fortement engorgées offrent encore un reste de crépitation, et la surface des incisions n'est nullement granulée, lors même qu'on n'y peut plus distinguer la texture spongieuse du poumon; en pétrissant sous un filet d'eau ces mêmes parties, on exprime tout le sang qui y est contenu, et on réduit facilement le tissu pulmonaire à l'état de flaccidité qu'il présente dans un poumon comprimé par un épanchement pleurétique. L'engorgement hémorragique, au contraire, — pour en résumer ici tous les caractères, — est exactement circonscrit, très dense, d'un rouge noirâtre ou brun, présente à l'incision une surface grenue et à peine humide, pâlit un peu par le lavage, mais sans rien perdre de sa consistance.

G. D'après les occasions en petit nombre, il est vrai, dans lesquelles il avait pu examiner des sujets morts pendant que s'opérait la résolution d'un engorgement hémorragique, Laënnec professait que l'engorgement passe successivement du rouge noir au brun et au rougeâtre pâle; et qu'à mesure que la couleur pâlit, la partie engorgée perd de sa texture granulée et de sa densité. Ce qui nous paraît être parfaitement exact.

269. *Diagnostic.* — A. Y a-t-il expectoration de sang en quantité excessive, énorme; y a-t-il, par exemple, comme dans le cas mortel vu et cité par Laënnec, cinq kilogrammes de sang rendus en quarante-huit heures, ou, comme dans certains cas moins aigus qui ont encore pour garant ce grand observateur, environ quinze kilogrammes d'expectorés en quinze jours de temps: alors, en pareille circonstance, et surtout lorsque c'est malgré le déploiement immédiat des moyens théra-

peutiques les plus généralement efficaces que l'hémorragie est et reste si grave, alors, dis-je, il est infiniment probable qu'il n'y a pas simple hémoptysie, mais qu'il existe en même temps un ou plusieurs épanchemens sanguins à l'intérieur du poumon. Mais ce n'est pas là, tant s'en faut, une règle infallible; car, d'une part, l'hémoptysie pure et simple est quelquefois extrêmement abondante, et, d'autre part, un engorgement hémorragique du poumon peut être assez étendu, encore bien que le malade ne crache qu'une petite quantité de sang, cinquante à cent grammes, par exemple, dans les vingt-quatre heures, — encore bien même qu'il n'en crache pas du tout.

B. Les signes de percussion et d'auscultation peuvent souvent fournir au diagnostic une certitude que la seule étude des symptômes fonctionnels ne saurait atteindre. C'est ce que vont établir les propositions ci-après.

C. A l'inverse de la sonorité toujours parfaite et normale du thorax en cas de simple hémoptysie (231. C.), la percussion, quand l'engorgement hémorragique est un peu étendu, constate une évidente matité de la part de la surface thoracique correspondante. Ainsi que Laënnec, j'ai, quant à moi, rencontré des cas dans lesquels le tiers d'un côté de la poitrine était extrêmement mat. Mais avouons-le tout de suite, le signe plessimétrique est ici l'exception, et non la règle. D'ordinaire, l'engorgement hémorragique a trop peu d'étendue pour que la percussion puisse le déceler.

D. L'auscultation fournit le meilleur, le plus sûr de tous les signes: c'est l'absence du bruit respiratoire dans une partie peu étendue du poumon. Encore faut-il néanmoins que l'engorgement hémorragique ne soit ni profondément situé ni de dimensions par trop exigües: autrement l'auscultation, elle aussi, est et reste vaine. Si c'est au début même de l'engorgement hémorragique que Poreille en poursuit la découverte, alors, aux environs de l'endroit même où la respiration ne s'entend pas, on constate toujours un râle sous-crêpitant plus ou moins fin, qui tient certainement à la présence d'un sang encore liquide, non concrété, tout frais exhalé dans les ramifications les plus déliées de l'arbre bronchique: plus tard, ce râle sous-crêpitant cesse de se faire entendre, par cela même que la diapédèse hémorragique vient enfin à cesser. En résumé, dirons-nous, expectoration de sang, défaut de bruit respiratoire en quelque point du poumon, râle sous-crêpitant alentour, voilà de quoi diagnostiquer affirmativement l'hémorragie intra-pulmonaire, si toutefois, bien entendu, ni les symptômes actuels ni les circonstances commémoratives ne permettent d'admettre l'existence d'une pneumonie ou d'un engorgement tuberculeux; et une telle négation est presque tou-

jours facile à établir pour quiconque aura étudié, comme nous devons le faire dans le courant de cet ouvrage, l'histoire de la phthisie pulmonaire et celle de la pneumonie.

E. Supposez maintenant une hémorragie intra-pulmonaire, même existant toute seule et sans hémoptysie, mais tellement grave, tellement étendue, qu'elle produise une oppression terrible, une suffocation imminente: eh bien, en pareil cas, la matité, l'absence de bruit respiratoire, le râle sous-crêpitant, tout cela dans une partie du thorax, et tout cela, encore un coup, joint à la négation d'une pneumonie ou d'un endurcissement tuberculeux du poumon, donnera lieu au clinicien expérimenté d'asseoir un diagnostic aussi juste que ferme, eu égard surtout encore à l'invasion subite du mal, à l'existence antécédente de préludes hémorragiques et à l'existence actuelle des signes généraux d'hémorragie interne.

270. *Pronostic.* — Dès que le diagnostic a reconnu l'existence d'une hémorragie intra-pulmonaire, le cas doit être considéré comme plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, que s'il n'y avait qu'une pure et simple hémoptysie. Car, sans compter qu'on a beaucoup plus à craindre la prolongation opiniâtre d'une abondante perte de sang, il est évident que, à égalité d'effets anémiques par hémoptysie simple et par hémoptysie compliquée d'hémorragie intra-pulmonaire, ce second cas a pour surcroît de mal de restreindre plus ou moins dangereusement le champ de l'hématose selon le plus ou moins d'étendue de l'engorgement hémorragique, et d'entraîner à sa suite un travail de résorption, qui peut ne pas toujours être sans inconvéniens.

271. *Traitement.* — Je l'ai déjà dit en commençant cet article, il n'y a, pour combattre l'hémorragie intra-pulmonaire, qu'à choisir parmi les moyens thérapeutiques qui ont été mis en ligne contre l'hémoptysie (235. A—H.). Seulement, à raison même de la gravité plus grande qui appartient à l'hémorragie intra-pulmonaire, il convient, toutes choses égales d'ailleurs, de mettre en œuvre ces moyens avec encore plus d'énergie.

Et surtout, au début de la maladie, il ne faut pas craindre de pratiquer des saignées copieuses. Une saignée de cinq à six palettes, faite le premier ou le second jour, arrêtera l'hémorragie plus efficacement que si l'on tire plusieurs kilogrammes de sang en quinze jours. Il est même utile, en général, que la première saignée soit poussée jusqu'à produire un commencement de lipothymie. La crainte d'exténuer le malade serait mal fondée dans ce cas; car elle doit céder devant le danger autrement redoutable de la formation d'un engorgement hémorragique très volumineux à l'intérieur du poumon.

ARTICLE XIII.

HÉMORRAGIE INTRA-HÉPATIQUE.

HEYFELDER. — *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft*, Stuttgart, 1835, in-8°. (Études dans le domaine de la médecine.) — Là, entre autres recherches intéressantes, le savant praticien wurtembergeois a recueilli les exemples d'hémorragie du foie qu'il a trouvés dans les auteurs, et il y a ajouté de son propre fonds d'observation un exemple nouveau.

272. *Aperçu sommaire.* — Après le cerveau et le poumon, le foie est, des divers viscères du corps humain, celui qu'on doit peut-être regarder comme le plus sujet à laisser produire, à l'intérieur de son parenchyme, des hémorragies graves, mortelles, foudroyantes. La possibilité de ces hémorragies doit être signalée particulièrement, d'autant plus que, dans les cas assez rares où elles surviennent, elles ne font guère naître de symptômes qui les caractérisent. Et c'est là pourtant une source de morts subites à l'égard desquelles il ne convient pas que le praticien soit pris entièrement au dépourvu, et n'ait, devant les familles, devant le magistrat, rien dit, absolument rien de ce que peut révéler la nécroscopie.

L'hémorragie intra-hépatique peut avoir lieu, soit qu'il y ait eu ou non, à titre de maladie prodromique, une hyperémie hépatique (190) avec symptômes plus ou moins prononcés de fraîche ou ancienne date.

La *Clinique médicale* de M. Andral (1^{re} éd., t. IV, p. 13) nous fournit un cas remarquable sans symptômes hépatiques antécédents. Voici ce cas textuellement reproduit : « M. S..., l'un des administrateurs de la » Monnaie, jouissait d'une assez bonne santé, et n'avait jamais présenté » en particulier aucun symptôme qui pût déceler chez lui l'existence » d'une maladie de foie, lorsqu'un matin, en se réveillant, il sentit un peu » de malaise et quelques douleurs abdominales ; il manifesta le désir de » rester couché, et on le laissa seul dans sa chambre. On y entra au bout » de quelques heures, il n'était plus. Je fis (c'est M. Andral qui parle) » l'ouverture du cadavre en présence de MM. Double, Brunet et Sédillot » fils. Les organes du crâne et du thorax, dans lesquels on pouvait s'at- » tendre à trouver la cause de la mort subite de M. S..., ne présentèrent » aucune altération. Le péritoine fut trouvé rempli d'une grande quantité » de sang noir coagulé en partie ; beaucoup de caillots étaient surtout » accumulés entre le diaphragme et la face convexe du foie. Vers la partie » moyenne du lobe droit, sur cette même face convexe, on décou- » vrit une ouverture assez large pour permettre l'introduction de l'ex- » trémité du petit doigt. Cette ouverture était l'orifice d'une cavité

» creusée dans le parenchyme du foie, assez ample pour admettre un » œuf de poule, et remplie par du sang. Un gros vaisseau déchiré s'ou- » vrait en un point de cette cavité : un stylet ayant été introduit, péné- » tra dans le tronc de la veine porte hépatique, dont ce vaisseau était » une des principales divisions. La cause de la mort et la source de l'hé- » morragie furent dès lors manifestes. Autour de la cavité accidentelle » qui contenait le sang, le parenchyme du foie avait conservé son état » sain. »

Dans l'observation due à M. Heyfelder, il y avait, au contraire, une hyperémie hépatique dont les symptômes s'étaient manifestés depuis long-temps. L'individu qui fait le sujet de cette observation, âgé d'environ soixante ans, et hémorroïdaire d'ancienne date, présentait un état de souffrance liée non seulement aux hémorroïdes, mais aussi à une tuméfaction évidente du foie. Il tomba tout-à-coup en défaillance, en rentrant d'une promenade, et mourut au bout d'une demi-heure. A l'autopsie, on trouva sur la face convexe du lobe droit du foie une large déchirure par où l'on entra dans une cavité grande comme le poing et pleine de sang : cette cavité communiquait par une sorte de canal avec la veine porte.

Ailleurs (190), en faisant l'histoire de l'hyperémie hépatique, j'ai déjà cité le cas d'hémorragie intra-hépatique multiple dont M. Honoré mit la pièce anatomique sous les yeux de l'Académie de médecine.

Citons encore, d'après M. Louis (*Mémoires ou recherches anatomico-path.*, p. 381), le cas d'un individu dont le foie était creusé d'une cavité intérieure grosse comme une noix, et remplie d'un caillot sanguin noir et disposé par couches concentriques. Chez cet individu, on ne constata l'existence d'aucune déchirure dans les vaisseaux sanguins. Était-ce donc là, dans le foie, un exemple de ce qu'on doit considérer comme une diapédèse, comme une exhalation hémorragique ?

CHAPITRE IV.

INFLAMMATIONS.

273. *Bibliographie générale.* — (Voir n° 171.)

HUNTER (John). *A treatise on the blood, inflammation and gunshot wounds.* Londres, 1795, in-8°. — Traduit par M. Richelot.