

Ce que je dis de l'électricité et de la strychnine s'applique aux eaux salines et sulfureuses, comme Bourbonne, Balaruc, Luchon, Baréges, qu'on conseille aux paralytiques dont nous parlons, au risque de provoquer une nouvelle attaque. Tous ces moyens sont impuissants pour enlever, pour détruire l'épine qui existe dans le cerveau, pour réparer la perte de substance que celui-ci a subie. Il faut donc n'avoir foi qu'à l'hygiène, et, s'il est un service que le médecin puisse rendre encore à de pareils infirmes, c'est de les défendre contre les empiriques et les charlatans.

DE L'HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Les hémorrhagies de la moelle épinière sont très-rares. Jusqu'à présent on n'en connaît guère que six ou sept exemples, dont un a été recueilli par moi et publié en 1836 dans le *Journal hebdomadaire*.

Anatomie pathologique. — Dans les faits observés il y avait tantôt un, tantôt plusieurs foyers sanguins; toujours ils occupaient le centre de l'organe, c'est-à-dire, la substance grise. Dans quelques cas, le sang ayant déchiré la pulpe médullaire elle-même, on l'a trouvé épanché sous les méninges ou dans la cavité rachidienne. L'épanchement est tantôt circonscrit à une moitié latérale de moelle; mais le plus souvent il occupe toute l'épaisseur de l'organe. La moelle est plus ou moins ramollie autour du foyer; celle-ci suit la même marche et subit les mêmes transformations que les foyers du cerveau qui sont consécutifs à une hémorrhagie.

Symptômes. — Dans la plupart des cas l'hémorrhagie spinale offre un début presque sans prodromes; d'autres fois elle est précédée de douleurs vives dans un point du rachis, de fourmillements et de faiblesse dans les membres. L'épanchement sanguin a pour effet de produire instantanément la paralysie de toutes les parties situées au-dessous de lui. Lorsque l'hémorrhagie siège dans le renflement lombaire, la paralysie porte sur les membres pelviens, sur le rectum et sur la vessie; les membres thoraciques sont en outre paralysés, lorsque la lésion atteint le renflement cervical: alors les muscles destinés à mouvoir les parois thoraciques cessent bientôt de se contracter, et la dilatation de la poitrine ne se fait plus que par l'abaissement du diaphragme. Au milieu de ces désordres l'intelligence se conserve intacte. L'hémorrhagie simple du bulbe rachidien produit généralement une mort instantanée, car, le nerf phrénique étant lui-même paralysé, il en résulte une suspension de la respiration, et partant de l'hématose. Nous avons vu que l'épanchement pouvait n'occuper qu'une moitié de la moelle; dans ces cas la paralysie est limitée à une moitié du corps; elle peut même être bornée à un seul membre, mais toujours elle est directe; cependant, pour peu que la maladie se prolonge, la paralysie ne tarde pas à s'étendre aux membres qui d'abord avaient été épargnés, soit en raison de l'extension du foyer, ou bien à cause d'un ramollissement consécutif.

Marche. Durée. Terminaisons. — L'hémorrhagie spinale a une marche en général rapide. Un seul malade a vécu quarante jours; la plupart succombent au bout de quelques jours par la suspension de la respiration; chez d'autres, la mort est accélérée ou produite par le développement d'eschares sur les points qui supportent le poids du corps. Cependant l'hémorrhagie spinale n'est pas une affection nécessairement mortelle: c'est d'ailleurs ce que prouve un exemple de guérison rapporté par M. Cruveilhier dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique; ce fait est le seul que l'on connaisse jusqu'à présent.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard comment on pourra distinguer l'hémorrhagie spinale du ramollissement de la moelle, seule maladie avec laquelle on puisse la confondre. La paraplégie, qu'on observe rarement dans l'hémorrhagie cérébrale, et la conservation des facultés intellectuelles, feront distinguer l'apoplexie de la moelle de celle du cerveau. Le diagnostic pourtant offrirait quelques difficultés dans le cas où la paralysie serait limitée à une moitié du corps. Toutefois, si l'on considère que la paralysie n'affecte ni la face ni la langue, que l'intelligence n'a jamais été altérée, que la paralysie n'a pas été précédée de phénomènes qui indiquent une congestion crânienne, on sera alors autorisé à rattacher les accidents que l'on observe à une lésion de la moelle épinière.

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est, comme on le voit, extrêmement grave.

Étiologie. — Les causes de l'hémorrhagie de la moelle sont encore complètement inconnues.

Traitement. — Le traitement repose sur les mêmes bases que celui de l'hémorrhagie cérébrale; on devra surtout appliquer un grand nombre de ventouses sur le trajet du rachis, afin de dégorger directement les vaisseaux de la moelle. Il faudra aussi, par des soins hygiéniques convenables, tâcher de prévenir les eschares qu'on voit se former très-rapidement sur le sacrum à la suite de toutes les maladies aiguës de la moelle épinière.

DE L'APOPLEXIE PULMONAIRE.

Les poumons peuvent devenir spontanément le siège d'épanchements sanguins qui offrent une grande analogie avec ceux du cerveau. Latour a donné à cette affection le nom d'*apoplexie*, et cette expression est justifiée non-seulement par les lésions anatomiques, mais encore par le mode d'invasion de la maladie, qui est souvent brusque, instantané, ainsi que par sa marche rapide; toutes circonstances qui doivent la rapprocher de l'apoplexie du cerveau. MM. Andral et Gendrin préférèrent le mot de *pneumo-hémorrhagie*.

Historique. — L'apoplexie pulmonaire était une maladie à peu près inconnue avant Laënnec; ce fut ce grand médecin qui, le premier, en donna une description exacte, mais seulement au point de vue anatomique; ses successeurs n'y ont presque rien ajouté. Il serait injuste cependant de ne pas rappeler les travaux de MM. Bouillaud (1), Cruveilhier (2), Rokitansky (3), ainsi que la thèse remarquable de M. Henri Gueneau de Mussy (4).

Caractères anatomiques. — L'apoplexie pulmonaire est anatomiquement caractérisée par une induration plus ou moins circonscrite du poumon, offrant les caractères suivants. Le tissu de l'organe infiltré de sang a une coloration d'un noir plus ou moins foncé; à l'incision, il a un aspect homogène, et l'on n'y reconnaît plus de la texture du poumon que les bronches et les gros vaisseaux, dont les tuniques sont elles-mêmes imbibées de sang. La surface des incisions est grenue comme l'est celle du poumon dans l'hépatation rouge, ce qui prouve que le sang n'infiltré pas seulement le tissu cellulaire, mais qu'il remplit et distend aussi les vésicules pulmonaires. Si l'on racle avec le scalpel la partie ainsi

(1) *Archives de médecine*, année 1825.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. APOPLEXIE.

(3) *Handbuch der pathologischen Anatomie*, t. II, p. 72.

(4) Thèse de Paris, année 1844.

térée, ou si on la presse entre les doigts, on en fait suinter un peu de sang noir, en partie coagulé. Cette coloration n'est pas une preuve certaine, comme on l'a dit, que l'apoplexie pulmonaire soit formée aux dépens du sang des veines, attendu qu'on sait à présent, depuis les expériences de Hunter, que le sang artériel lui-même, du moment qu'il est privé de mouvement, ne tarde pas à acquérir les propriétés du sang veineux. Nous venons de parler des cas les plus communs; mais il arrive quelquefois qu'au lieu de former un noyau uniformément induré, on trouve creusée au centre une petite cavité occupée par du sang coagulé et noirâtre: le noyau, dans ce cas, au lieu d'être dur extérieurement, est au contraire mou et même plus ou moins fluctuant.

L'apoplexie occupe rarement d'une manière uniforme la totalité ou la plus grande partie d'un lobe; mais le plus ordinairement elle est disséminée sous forme de noyaux, dont le nombre varie d'un à trente, et qui ont, les uns le volume d'une noisette ou d'une noix, les autres celui d'une pomme d'api ou d'un œuf. Ils sont, pour la plupart, voisins de la surface de l'organe; ils occupent le plus souvent le lobe inférieur et existent en général simultanément dans les deux poumons. Ces noyaux d'induration, qu'on distingue par leur couleur noirâtre quand ils sont superficiels, et que l'on sent quand ils sont profonds, en pressant les poumons entre les doigts, sont presque toujours exactement circonscrits. L'induration qui les caractérise est aussi marquée à la périphérie qu'au centre; le tissu pulmonaire qui les entoure est mou, crépissant, et en général sans aucune altération de texture; parfois pourtant on le trouve infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente. Ajoutons que, si la mort est arrivée peu après le début des accidents, il peut se faire que la délimitation ne soit pas brusque, mais qu'elle ait lieu insensiblement, c'est-à-dire qu'une partie de l'épanchement soit coagulée, tandis que l'autre ne l'est pas encore: MM. Hope, Rokitansky et Gueneau de Mussy ont surtout insisté sur cette particularité. Dans quelques cas rares, le sang n'est pas seulement infiltré, il ne s'est pas seulement borné à déchirer quelques cloisons; mais le parenchyme pulmonaire est lui-même lacéré, détruit dans une plus ou moins grande étendue; on a même vu alors la plèvre elle-même, rompue, livrer passage au sang qui s'épanche dans la cavité de cette séreuse en quantité plus ou moins considérable. Des faits de ce genre ont été observés par Corvisart, par Latour, Bayle, Bricheteau, par MM. Andral, Gendrin, Ferguson, Rokitansky, Carswell, etc. Un cas beaucoup plus rare est celui où la plèvre est soulevée, décollée dans une grande étendue sans être déchirée; Allan Burns et M. Gueneau de Mussy rapportent chacun un exemple de cette disposition remarquable. Enfin, les veines qui entourent les noyaux indurés contiennent souvent du sang fortement concrété et à demi sec (Laënnec, Bouillaud).

La lésion dont je viens de tracer les caractères est due évidemment à une extravasation de sang dans les vésicules et dans le tissu cellulaire intervésiculaire. Les granulations qu'on remarque à la surface des incisions ne sont autres, en effet, que les vésicules elles-mêmes dont la cavité est remplie et distendue par un petit caillot. Dans l'apoplexie pulmonaire, il paraît que le sang ne provient pas généralement d'un vaisseau rompu: ce liquide n'est peut-être qu'exhalé, et il est probable qu'il est fourni spécialement, sinon exclusivement, par les veines pulmonaires.

D'après la description précédente, on voit que l'apoplexie du poumon diffère de celle du cerveau: car dans celle-ci il y a une cavité plus ou moins spacieuse remplie par un caillot; dans la première, au contraire, il est rare qu'une excavation soit produite; le sang y est plutôt infiltré qu'épanché, ce qui s'ex-

plique par la résistance que le tissu pulmonaire oppose, tandis que la pulpe cérébrale, molle et friable, cède facilement à l'impulsion du sang.

Nous ne savons encore rien de bien précis sur les modifications successives qu'éprouve l'induration apoplectique des poumons, lorsque l'engorgement vient à se terminer par résolution. Il paraît pourtant que la partie indurée passe successivement du rouge noir au brun et au rouge pâle; puis, à mesure que la couleur pâlit, on voit reparaitre la texture propre de l'organe. Quelques observateurs, notamment MM. Bouillaud et Robert Law, ont vu alors une fausse membrane épaisse, grisâtre, circonscrite de toutes parts, en manière de kyste, le foyer apoplectique; ce cas est excessivement rare. On ignore encore le temps nécessaire pour que l'absorption fasse disparaître les noyaux. Carswell croit que quelques semaines suffisent, tandis que le docteur Graves prétend avoir trouvé des restes d'induration hémorrhagique sept ans après le début de la maladie (Gueneau de Mussy). Quelques personnes ont prétendu aussi que les noyaux sanguins pouvaient se ramollir, suppurer, être ensuite évacués et laisser à leur place une excavation qui pouvait finir par se cicatriser; mais jusqu'à présent je ne connais en faveur de cette opinion qu'un fait observé et figuré par Carswell. On a rencontré plus souvent des débris gangréneux autour du foyer sanguin: cependant quelques personnes, notamment M. Gueneau de Mussy, ont contesté qu'il y eût alors réellement gangrène; ils ont avancé que le plus souvent c'était non une mortification des tissus, mais seulement une putréfaction du sang épanché, qui serait produite par le contact de l'air; ce ne serait là, par conséquent, qu'un phénomène purement chimique et absolument indépendant de toute action vitale. Mais nous ne saurions encore partager cette opinion, qui, d'ailleurs, est en opposition avec les observations que Genest a publiées dans la *Gazette médicale* de 1836. Quelques personnes ont voulu rapporter à une apoplexie guérie les cicatrices et les transformations cartilagineuses du sommet des poumons; d'autres ont rattaché à la même origine les masses mélaniques qui se forment dans ces organes; mais aucune de ces opinions ne nous paraît fondée: c'est ce qu'on verra dans le volume suivant (articles *Mélanose* et *Phthisie pulmonaire*).

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Les symptômes de l'apoplexie pulmonaire varient beaucoup. Dans un grand nombre de cas, la maladie est tout à fait latente. C'est ainsi qu'il arrive souvent que, chez des sujets emportés par des maladies étrangères aux poumons, on trouve dans ces organes un ou plusieurs noyaux apoplectiques dont la formation et la présence ne sont révélées pendant la vie par aucun phénomène morbide. Cependant, pour peu que l'altération pulmonaire ait une certaine étendue, les malades se plaignent d'oppression, d'étouffement, de dyspnée, et parfois de douleurs plus ou moins vives dans la poitrine; ils toussent et rejettent du sang.

Laënnec a signalé l'hémoptysie comme étant le symptôme le plus constant et le plus grave; il l'indique comme étant ordinairement abondante, comme revenant par intervalles avec toux quinteuse, oppression et anxiété; quelquefois même le sang est rejeté en si grande quantité, qu'il semble être vomé; il sort à la fois par la bouche et par les narines. Ces graves hémorrhagies n'ont guère lieu que lorsque le poumon est désorganisé dans une grande étendue. Dans ces cas, la maladie débute en général brusquement; les malades vomissent des flots de sang et succombent en quelques instants dans un état asphyxique: on dit alors que l'apoplexie est foudroyante; mais les faits de ce genre sont heureusement fort rares. Il résulte de l'analyse de mes observations que l'hémoptysie est un symptôme beaucoup moins fréquent que Laënnec n'a prétendu: elle n'exis-

terait en effet, suivant moi, que sur le sixième à peine des individus, et je ne l'ai jamais vue très-abondante, même lorsque l'altération avait envahi tout un lobe. Mes résultats sont conformes à ceux de M. Louis, qui, ayant observé fréquemment l'apoplexie pulmonaire pendant l'épidémie de fièvre jaune qui régnait à Gibraltar en 1828, ne constata néanmoins, pendant la vie, aucun cas d'hémoptysie. Chez tous mes malades, le sang rejeté après des quintes de toux plus ou moins prolongées était d'un noir parfois très-foncé; jamais je ne l'ai vu rutilant, ainsi que cela a si généralement lieu dans les hémoptysies essentielles et symptomatiques. La quantité de sang rejetée dans les vingt-quatre heures n'est guère que de 10 à 100 grammes. J'ai vu cette hémorrhagie continuer avec les mêmes caractères pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, et c'est cette continuité de l'hémorrhagie, comme la qualité du sang rendu, qui constituent pour moi les meilleurs signes, je crois presque les seuls signes un peu certains de l'apoplexie des poumons.

L'exploration de la poitrine ne fournit généralement que des résultats négatifs, c'est aussi ce que M. Cruveilhier a reconnu. Lorsque, en effet (et ce sont les cas les plus ordinaires), il n'existe que quelques noyaux disséminés dans les deux poumons, à une profondeur plus ou moins considérable, la percussion, de quelque manière qu'elle soit faite, ne saurait circonscrire l'altération : l'auscultation est tout aussi impuissante. Laënnec a pourtant prétendu que, dans l'engorgement hémoptysique, il y avait absence du bruit respiratoire dans une partie peu étendue du poumon, tandis que tout autour de cet espace on apercevait du râle crépitant. Mais il est certain que Laënnec a raisonné ici *à priori*, et nullement d'après les faits; il est incontestable que lorsque les noyaux apoplectiques ont, par exemple, le volume même d'une grosse noix, fussent-ils tout à fait à la surface des poumons, ils ne sauraient être diagnostiqués avec le secours de l'auscultation; car les parties voisines, étant perméables à l'air, empêchent qu'on ne puisse circonscrire avec l'oreille l'altération pulmonaire. Dans ces cas pourtant on distingue le plus communément diverses espèces de râles, notamment des râles sibilants, ronflants, et plus souvent encore des râles sous-crépitants plus ou moins nombreux, ce qui se rattache plutôt à une lésion des dernières ramifications bronchiques qu'à la présence des noyaux d'apoplexie. Lorsque, au contraire, l'induration pulmonaire occupe une certaine surface, c'est-à-dire lorsqu'elle a une étendue de 6 à 9 centimètres pour le moins, la percussion donnera alors un son complètement mat, et l'auscultation faite dans le même point fera reconnaître l'absence de tout bruit: quelquefois pourtant il existe un peu de souffle à l'expiration, de la bronchophonie et des râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue de la matité.

En même temps que ces accidents ont lieu, l'oppression continue et augmente. Si l'affection est simple, il n'y a pas de fièvre; les symptômes généraux, d'ailleurs, varient suivant la quantité de sang rejetée. Si celle-ci est considérable, on observe tous les accidents qui accompagnent les hémorrhagies graves: la mort même peut en être le résultat, et elle a lieu tantôt par syncope, tantôt par asphyxie, lorsque le sang, ayant fait irruption dans les bronches et les obstruant entièrement, s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons.

Lorsque la maladie a une heureuse issue, la quantité de sang excrété diminue de jour en jour, et finit par disparaître au bout d'un temps variable. Dans quelques cas, vers le sixième ou le huitième jour, les crachats prennent une teinte rouillée, la fièvre s'allume, et l'on constate tous les autres signes de la pneumonie au premier ou au deuxième degré. Celle-ci siège tantôt au niveau

de l'engorgement apoplectique, d'autres fois c'est au pourtour. Cependant, à en juger par les faits que j'ai recueillis, la pneumonie me paraît être une suite fort rare de l'apoplexie pulmonaire; il est plus rare encore d'observer consécutivement une pleurésie. Cet accident n'arrive guère que lorsque le sang s'est épanché dans la plèvre; mais, comme cela ne peut avoir eu lieu qu'autant que la surface du poumon est déchirée, on voit alors se développer en même temps que la pleurésie aiguë tous les signes d'un hydro-pneumothorax. M. Gendrin paraît avoir observé un exemple de ce genre (1). Si le foyer ramolli communique largement avec les bronches, on entendra du gargouillement, et l'on aura tous les signes des cavernes; c'est ce que MM. Rousset et Gueneau de Mussy ont observé. Enfin, les parois deviennent-elles gangréneuses, on notera tous les signes caractérisant la mortification pulmonaire. (Voy. *Gangrène du poumon*.)

Diagnostic. — Le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire est difficile, ou plutôt il est impossible de l'établir lorsque, les noyaux étant petits et disséminés, il n'y a d'autres symptômes de la maladie que l'oppression et la toux. Mais le crachement de sang a une plus grande importance. C'est bien moins l'abondance du sang rendu qui a une valeur diagnostique, que les qualités du liquide et la persistance de l'hémorrhagie. En effet, lorsque le sang expectoré est d'un noir plus ou moins foncé et qu'il est rejeté sans interruption pendant un septénaire et plus, je n'hésite guère à diagnostiquer des noyaux apoplectiques, et je ne crois pas que ce diagnostic ait jamais été démenti par l'examen cadavérique. Si, concurremment à ce signe, l'exploration de la poitrine fait constater de la matité dans une certaine étendue; si l'oreille perçoit des râles humides ou du souffle; si cette lésion est survenue rapidement, on aura un nouvel élément de diagnostic. Suivant Billard, l'oppression, l'étouffement, la suffocation avec matité plus ou moins étendue, et l'expulsion des mucosités sanguinolentes, sont des symptômes qui, lorsqu'ils existent chez les nouveau-nés, devraient faire soupçonner chez eux l'existence de la même altération. Enfin, on suppose que le sang a déchiré largement le poumon, et qu'il s'est épanché dans la plèvre lorsque, dans le cours d'une hémoptysie, on voit survenir brusquement, dans un côté du thorax, une matité plus ou moins étendue, avec absence du bruit respiratoire, et lorsqu'on observe en même temps tous les symptômes qui accompagnent les hémorrhagies graves, et qui le plus souvent ne pourraient être expliqués par la petite quantité de sang qui est rejetée par les malades. Il peut enfin se faire que, indépendamment des signes d'épanchement qui existent à la base de la poitrine, on constate, en outre, à la partie supérieure de cette cavité, un son tympanique avec affaiblissement du murmure vésiculaire; ce phénomène peut dépendre d'une extravasation d'air dans la plèvre, consécutivement à la déchirure du poumon.

D'après tout ce que nous venons de dire, il est évident que l'apoplexie pulmonaire ne saurait jamais être confondue avec une pneumonie ni avec les épanchements pleurétiques. La pneumonie s'en distingue surtout par la fièvre, par la nature de l'expectoration, par la crépitation fine et sèche. Si une partie ou la totalité d'un lobe était envahie, il y aurait de la matité, absence du bruit respiratoire ou un souffle qui pourraient faire croire à l'existence d'un épanchement pleurétique; mais il n'y a jamais dans l'apoplexie la douleur vive de côté qui accompagne la plupart des pleurésies; l'égophonie fait probablement défaut; les résultats d'auscultation et de percussion sont fixes et ne

(1) *Traité de médecine pratique*, t. 1^{er}.

peuvent se déplacer en variant la position des malades; enfin le rejet du sang enlève tous les doutes qu'on pourrait avoir.

Pronostic. — L'apoplexie pulmonaire est une affection toujours grave : on a vu qu'elle pouvait produire la mort presque subitement. La gravité du pronostic sera en rapport avec l'abondance de l'hémorrhagie. La rupture de la plèvre avec épanchement de sang dans cette séreuse est un accident des plus graves : la mort a presque toujours lieu en peu d'instants; un des malades a survécu plusieurs jours à ces désordres; on cite un seul cas de guérison, qui a été rapporté par M. Gendrin, mais peut-être ici le diagnostic n'était pas tout à fait certain.

Étiologie. — La pléthore, l'impression du froid, la suppression des hémorrhagies constitutionnelles, sont regardées comme les causes ordinaires des apoplexies pulmonaires; le plus souvent, pourtant, cette maladie est symptomatique d'un obstacle au cours du sang, obstacle qui réside presque toujours dans le cœur. C'est ainsi que tous les cas d'apoplexie pulmonaire que j'ai observés, en grand nombre, ont été vus chez des sujets ayant diverses maladies organiques du cœur, spécialement un rétrécissement d'un des orifices des cavités gauches. On a supposé que l'hypertrophie du ventricule droit était une cause très-active d'apoplexie pulmonaire, en raison de la violence avec laquelle le sang était projeté du côté des poumons. Mais c'est à tort, car sur vingt-sept cas d'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit, dont M. Louis a recueilli l'histoire, il n'y eut jamais d'apoplexie pulmonaire, quoique chez six il existât une hypertrophie avec dilatation de l'artère pulmonaire et de ses divisions principales, preuve que le sang avait été projeté avec une certaine violence. Ainsi l'apoplexie symptomatique d'une maladie du cœur n'est pas produite activement par suite de l'impulsion insolite du sang, mais elle a lieu passivement, et lorsqu'un obstacle existant du côté des orifices gauches, surtout à la valvule mitrale, le sang stagne dans l'organe, et consécutivement dans les poumons. L'apoplexie pulmonaire est encore une lésion assez commune dans certaines maladies générales caractérisées par une grande tendance aux hémorrhagies : c'est ce qui a lieu, par exemple, fréquemment dans le purpura et dans la fièvre jaune.

Traitement. — L'apoplexie pulmonaire sera combattue par les moyens qu'on oppose ordinairement aux hémoptysies graves. On insistera surtout sur les saignées générales et sur les révulsifs : notamment sur les purgatifs énergiques, sur les ventouses sèches appliquées sur le thorax, sur les lombes et aux membres inférieurs, sur les sinapismes enfin, moyens auxquels on associera les diurétiques, et notamment la digitale et le nitre. Lorsque l'hémorrhagie est opiniâtre, on a aussi recours aux vomitifs; on donne la préférence à l'ipécacuanha, qu'on administre à doses fractionnées, de manière à exciter plutôt des nausées que des vomissements. Chez le nouveau-né il y a aussi indication de tirer du sang; on le fait en appliquant une ou deux sangsues dans chaque aisselle, où les plexus veineux qui s'y trouvent communiquent largement avec les vaisseaux de la cavité thoracique. L'enfant ne sera pas serré par un maillot; car, en gênant la dilatation du thorax, on pourrait augmenter la congestion pulmonaire. Chez l'adulte, l'administration du tartre stibié à haute dose, qui a été plusieurs fois tentée, n'a produit aucun résultat avantageux et qui puisse nous décider à y recourir.

Lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on a donné, dit-on, avec avantage, des affusions froides, moyen perturbateur dont l'emploi ne peut être justifié que par le danger dans lequel les malades se trouvent, et parce que des moyens plus rationnels ont complètement échoué. (Voyez, comme complément, le traitement de l'hémoptysie.)

DE QUELQUES AUTRES APOPLEXIES.

Je viens de décrire avec quelques détails les apoplexies qui sont les plus communes et qui ont des symptômes spéciaux. Il me reste maintenant à faire connaître quelques autres hémorrhagies interstitielles qui, quoique moins importantes sous le rapport symptomatique, méritent pourtant d'être connues, car plusieurs d'entre elles peuvent être la cause de graves accidents.

Apoplexie des viscères abdominaux. — Je ne dirai rien de l'apoplexie de la rate et du foie, altération qui paraît avoir été quelquefois observée chez les individus qui ont succombé à des accès de fièvres pernicieuses ou au purpura.

Le docteur Kiwisch dit aussi avoir rencontré fréquemment l'apoplexie du foie chez les nouveau-nés; dans deux cas même on a pu la regarder comme étant la cause de la mort. Cependant, jusqu'à ce jour, on ne connaît nullement la marche que ces épanchements suivent, et leur diagnostic est absolument impossible. Ceci s'applique également aux collections sanguines que, dans quelques cas rares, on a vues se former spontanément dans le pancréas, dans les reins, dans les capsules surrénales, dans les ovaires et jusque dans l'utérus, organe qui, d'après M. Cruveilhier, serait fréquemment le siège de collections sanguines chez les femmes âgées. Cette opinion, qui contrarie toutes nos idées théoriques, n'ayant été appuyée d'aucun relevé numérique, et M. Cruveilhier paraissant ne l'avoir émise que d'après ses souvenirs, il importe d'attendre de nouvelles recherches.

Apoplexie du placenta. — Le placenta est un des organes dans lesquels les apoplexies se forment avec le plus de facilité. Cette altération a été bien étudiée dans ces dernières années par M. Cruveilhier, ainsi que par MM. Gendrin et Jacquemier. Le nombre des foyers sanguins qu'on trouve dans le placenta peut être considérable; il est rare qu'il n'y en ait qu'un ou deux. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon; on en a même vu de plus considérables. En général arrondis, ils sont d'autant plus rapprochés de la face utérine qu'on s'éloigne davantage du moment de la conception. Le sang extravasé passe successivement du noir au brun, au rougeâtre, au jaune; enfin il finit par se décolorer. En général, il altère et atrophie la portion correspondante du placenta; si les épanchements sont multiples, cet organe tout entier peut être atrophié. Enfin, d'autres fois le caillot subit diverses transformations et prend des aspects différents. D'après M. Jacquemier, on devrait rapporter au sang maternel épanché dans le placenta et diversement transformé toutes les tumeurs d'aspect cartilagineux, tuberculeux, encéphaloïdes, et jusqu'aux concrétions osseuses et crétacées qui s'y forment. Cette opinion est peut-être trop exclusive; néanmoins elle est exacte pour le plus grand nombre de cas. Le diagnostic des apoplexies placentaires est impossible. Il est inutile de faire remarquer que c'est là une altération grave qui devient la cause d'un grand nombre d'avortements; d'autres fois le fœtus arrive à terme, mais il naît faible, chétif, amaigri, à cause de l'atrophie partielle que le placenta a subie. Nous renvoyons, pour plus amples détails, à l'excellent *Traité d'accouchements* du docteur Jacquemier (tome I, page 408).

Apoplexies musculaires. — Des épanchements sanguins quelquefois considérables peuvent se former spontanément dans la plupart des muscles de la vie