

les hémorrhagies cérébrales, puisque dans la première la pulpe nerveuse a été respectée. Des kystes sanguins à parois plus ou moins épaisses dans la grande cavité de l'arachnoïde, sont les vestiges que laisse après elle l'hémorrhagie méningée. Rien de semblable n'ayant jamais été vu, d'après Prus, dans la cavité sous-arachnoïdienne, il est douteux, d'après cet auteur, que l'épanchement qui a ce siège puisse se terminer heureusement comme le premier.

Étiologie. — L'hémorrhagie méningée, fréquente chez les aliénés, surtout chez les déments paralytiques, affecte l'homme à tous les âges de la vie. Elle n'est pas rare chez le nouveau-né; elle paraît être une des causes qui produisent ce qu'on nomme l'*asphyxie des nouveau-nés*. Il résulte des recherches de Boudet que l'hémorrhagie méningée est plus commune, chez l'adulte et surtout chez les vieillards, chez l'homme que chez la femme, au printemps que dans les autres saisons. La fréquence des congestions y prédispose; un obstacle au cours du sang veineux, comme lorsque les sinus principaux de la dure-mère ou la veine jugulaire interne sont obstrués par des caillots ou comprimés par des tumeurs, explique le développement des hémorrhagies méningées. Dans la plupart des cas pourtant celles-ci surviennent sans cause déterminante appréciable.

Traitement. — Il est le même que celui que nous exposerons bientôt pour l'hémorrhagie cérébrale.

DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES SPINALES.

Les enveloppes de la moelle sont très-rarement le siège d'hémorrhagies spontanées. C'est à peine si M. Boscredon a pu en retenir douze exemples dans sa thèse inaugurale (1). Ces matériaux, d'ailleurs, outre leur petit nombre, sont très-incomplets, et ne sauraient fournir des éléments suffisants pour tracer de la maladie une histoire un peu satisfaisante.

Anatomie pathologique. — Sur les douze cas réunis par M. Boscredon, six fois l'hémorrhagie s'était faite entre la dure-mère et les parois du canal osseux, plutôt du côté des lames vertébrales que vers le corps des os; chez quatre le sang était infiltré dans la pie-mère; enfin, deux fois seulement le liquide était épanché dans la cavité arachnoïdienne, siège ordinaire des hémorrhagies qui se font dans les méninges cérébrales.

L'hémorrhagie a-t-elle une prédominance dans telle ou telle région du rachis? On l'ignore encore. On ne sait pas non plus les conditions organiques qui la provoquent, les changements que le sang subit et les modifications que son contact peut apporter dans les tissus environnants.

Symptômes. Durée. Terminaisons. — L'hémorrhagie méningée spinale paraît débiter *soudainement*, sans prodromes, par une douleur vive, subite, ressentie sur le trajet du rachis et dans le point même qui est le siège de l'épanchement. Bientôt apparaissent des troubles dans la motilité: ce sont des contractures ou des attaques convulsives; la contracture porte spécialement sur les muscles du tronc; elle est en rapport avec le siège de l'hémorrhagie. Le sang occupe-t-il la région cervicale, on observe une roideur du cou et le renversement de la tête en arrière; le liquide est-il épanché dans les régions dorsale ou lombaire, le tronc est renversé comme il l'est dans l'opisthotonos.

Au milieu de ces troubles, la sensibilité cutanée reste intacte, ou bien elle

(1) Thèse de Paris, année 1855, n° 325.

est à peine émoussée, et les facultés intellectuelles ne subissent aucune atteinte, à moins qu'une complication n'ait lieu du côté du cerveau ou des méninges encéphaliques. La respiration et la circulation sont au contraire profondément troublées, moins peut-être directement par la lésion de la moelle que par les attaques convulsives, par la roideur tétanique des muscles, qui fait que quelques malades meurent asphyxiés.

Il est une forme d'hémorrhagie des méninges rachidiennes encore moins connue que la précédente, qui serait caractérisée par une paralysie plus ou moins étendue, suivant la hauteur à laquelle la moelle est comprimée. La paralysie doit arriver nécessairement et d'emblée lorsqu'il se fait brusquement dans le canal rachidien un épanchement considérable.

Les malades, surtout ceux qui ont offert la forme convulsive, ont tous succombé en peu de jours, quelques-uns en peu d'heures. Cependant la maladie a-t-elle nécessairement une issue funeste? On l'ignore encore; on comprend toutefois la possibilité d'une guérison complète.

Traitement. — Il devra consister en saignées générales et en ventouses mises en grand nombre sur le rachis. On pourrait aussi faire des applications froides, glacées, sur le siège du mal. Enfin, il pourra être utile ultérieurement de promener le long des gouttières vertébrales des révulsifs, comme vésicatoires ou cautères: ces moyens pourraient être indiqués par la forme paralytique.

DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

On nomme *hématocèle péri-utérine* un épanchement sanguin de l'excavation pelvienne siégeant dans le péritoine, et lié presque toujours à une lésion des annexes de l'utérus.

Historique. — Dans un savant historique, M. Bernutz me semble avoir prouvé que Ruysch, à la fin du XVII^e siècle, est le premier qui ait signalé le passage du sang menstruel dans le péritoine, et indiqué ainsi une des causes de l'hémorrhagie péri-utérine (1). En 1841, M. Bourdon, alors élève de Récamier, avait, dans son *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes*, publié deux cas de tumeurs hématiques, mais sans remonter à leur étiologie (2). En 1848, M. Bernutz marcha plus avant, car il prouva que l'hémorrhagie pouvait siéger dans le péritoine et se lier avec les troubles de la fonction menstruelle (3). Cependant tous ces faits n'avaient pas été autant remarqués qu'ils auraient dû l'être. Ce fut M. le professeur Nélaton qui, en 1849, appela l'attention sur une maladie jusqu'alors à peu près méconnue; il fit à sa clinique une série de leçons qui furent reproduites et qui inspirèrent à plusieurs de ses élèves, MM. Viguès, Fenery et Voisin, des thèses d'un grand intérêt. A dater de cette époque, la maladie a été l'objet de travaux nombreux que nous ne saurions tous citer ici, mais parmi lesquels nous distinguerons ceux de M. Gallard (4), et surtout les belles recherches de M. Bernutz (5).

Anatomie pathologique. — A l'ouverture du cadavre, on trouve dans l'excavation pelvienne une tumeur arrondie, globuleuse, rarement placée très-

(1) *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. LXXXV, p. 110, édition d'Amsterdam, 1691, traduit en français en 1734.

(2) *Revue médicale*, année 1841.

(3) *Archives générales de médecine*, années 1848 et 1849.

(4) *Archives générales de médecine*, année 1860.

(5) *Clinique sur les maladies des femmes*, t. I.

exactement sur la ligne médiane, mais le plus communément développée ou plus à droite ou plus à gauche; elle peut dépasser le rebord du bassin, pour proéminer jusqu'à l'ombilic. Elle est bleuâtre ou noirâtre; les intestins grêles lui adhèrent plus ou moins en haut et latéralement, tandis qu'en avant elle est en rapport avec l'utérus, qui est refoulé en haut et dont le bas-fond dépasse parfois le pubis de plusieurs centimètres. Cet organe est quelquefois aussi incliné dans un sens ou dans un autre. La vessie et le rectum sont plus ou moins comprimés par la tumeur. Celle-ci est développée dans la cavité du péritoine: c'est ce que démontre une dissection attentive; ses parois sont plus ou moins épaisses; en général elles sont assez ténues et constituées par un feuillet d'aspect séreux qu'on a très-souvent pris pour le péritoine même, et qui n'est autre, pourtant, qu'une fausse membrane, rapidement organisée sous l'influence de l'excitation provoquée par le sang qui s'est épanché dans la cavité péritonéale.

Si l'on ouvre la tumeur, on la trouve remplie de sang. Celui-ci offre un aspect variable, suivant l'ancienneté de la maladie et suivant aussi que l'hémorrhagie s'est renouvelée une ou plusieurs fois de suite. Le sang est presque toujours exclusivement épanché derrière les ligaments larges, dans le cul-de-sac rétro-utérin; il est complètement enkysté par une fausse membrane. Ce kyste est tantôt uniloculaire, tantôt il est irrégulièrement cloisonné. Le sang qu'il renferme peut être fluide, ou bien il est en caillots, les uns noirâtres, d'autres fibrineux, stratifiés; quelquefois, outre les caillots, il existe un fluide couleur chocolat, ou un liquide sanieux, plus ou moins puriforme, preuve d'une inflammation survenue dans le kyste. Au centre ou dans les couches profondes du foyer, on trouve parfois la trompe dilatée, adhérente; plus souvent un des ovaires ou les deux à la fois sont congestionnés, ou le siège des foyers hémorrhagiques communiquant avec le sang qui est épanché dans le péritoine. Il peut arriver aussi que l'organe soit détruit en partie ou en totalité, de manière à ne plus en trouver de vestiges; il est commun aussi de rencontrer dans le foyer des embryons entiers ou des débris de fœtus. L'utérus est généralement sain; il peut être plus volumineux, être diversement dévié; son col est parfois oblitéré par une cicatrice, par un corps étranger ou par l'engorgement de ses parois.

Il peut exister enfin une péritonite généralisée, car il arrive souvent que la mort est l'effet de la perforation du kyste dans la partie libre du péritoine.

Origine du sang épanché. Suivant quel mécanisme la maladie se développe-t-elle? — On a beaucoup discuté dans ces derniers temps pour déterminer quelle est l'origine de l'hémorrhagie. On a émis, à cet égard, des opinions très-diverses, et souvent trop exclusives; car on ne saurait, dans l'état actuel de la science, émettre une théorie générale sur la genèse des hématoécèles: c'est un point d'ailleurs que M. Bernutz a parfaitement établi.

Pour MM. les professeurs Nélaton et Laugier, l'hématoécèle surviendrait par suite d'une congestion excessive de l'ovaire, et parce que la trompe ne s'étant point, pendant l'ovulation, mise en contact avec cet organe, l'ovule et le sang, qui l'accompagne tomberaient dans le péritoine. C'est à peu près la même théorie que défend M. Gallard, qui considère l'hématoécèle comme un effet de la migration incomplète ou défectueuse de l'ovule ou du sang qui s'écoule dans l'ovaire après la déhiscence de cet ovule. L'hématoécèle ne serait donc rien autre qu'une ponte extra-utérine, pouvant se produire, que l'ovule soit ou non fécondé. D'autres ont fait provenir le sang de la trompe. M. Trousseau, par

exemple, croit que cet organe, participant à la congestion menstruelle, pourrait fournir par son pavillon ou par sa membrane interne une quantité de sang assez considérable pour former une hématoécèle. Pour M. Bernutz, le sang pourrait bien s'échapper des trompes, mais il ne serait point exhalé par elles, et pourrait provenir de la cavité utérine, lorsqu'un obstacle quelconque, s'opposant à son excretion par les voies naturelles, le forcerait à refluer par le canal de la trompe. Enfin, M. Richet et M. Devalz ont pensé que l'hématoécèle pourrait bien résulter de la rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien qui sont parfois variqueuses, et qui, distendues outre mesure à l'époque menstruelle, pourraient aisément subir une solution de continuité.

On comprend aisément que l'hémorrhagie peut avoir ces différentes origines, mais toutes ne sont pas également fréquentes, ni également bien démontrées. Il me semble à peu près incontestable que, dans la plupart des cas, l'hématoécèle se lie à une lésion de la trompe et de l'ovaire; ce dernier est peut-être la source la plus ordinaire de l'hémorrhagie. On comprend aussi que dans quelques cas l'hématoécèle puisse résulter d'une rupture d'une veine du plexus utéro-ovarien, car cette rupture est réelle; on l'a vue produire une hémorrhagie promptement mortelle (1). Si l'écoulement sanguin est moins considérable, le liquide peut aisément s'isoler, s'enkyster, et provoquer la tumeur qui constitue l'hématoécèle.

M. Bernutz est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a le mieux étudié les conditions organiques qui président au développement des hématoécèles: il a surtout insisté sur celles de ces tumeurs qui, consécutives à une rétention du flux menstruel, surviendraient parce que le sang accumulé dans l'utérus, et trouvant dans le col ou dans le vagin un obstacle à son écoulement, refluerait par les trompes jusque dans le péritoine. Nul doute que cette migration ne soit possible, mais il est très-rare de trouver réunies toutes les conditions organiques nécessaires pour sa production.

De quelque part que le sang provienne, il est à peine épanché qu'il excite dans le péritoine un certain degré de phlogose, ayant pour effet de provoquer la sécrétion d'une pseudo-membrane qui enkyste rapidement le caillot: c'est ce que nous avons vu également pour les autres membranes séreuses.

Symptômes. Marche. — La maladie survient en général brusquement, et presque toujours à l'occasion d'un trouble menstruel, surtout après une suppression des règles. Presque toujours on reconnaît, dès le début, les signes d'une hémorrhagie interne et d'une phlegmasie péritonéale. Les femmes sont prises d'un violent frisson, elles éprouvent dans l'abdomen de vives douleurs qui, de l'excavation pelvienne, s'irradient vers les lombes, vers la vessie, etc.; le ventre, douloureux à la pression, est tendu, ballonné, il y a des nausées, des vomissements, de la constipation; la miction est douloureuse, le pouls s'accélère, la chaleur s'élève, la face pâlit promptement et exprime une grande souffrance. Ces accidents vont en augmentant pendant quelques jours; puis ils déclinent peu à peu, la fièvre s'éteint, et les douleurs abdominales cessent; mais les malades restent faibles, pâles et anémiques. Tout phénomène morbide pourtant n'a pas cessé vers le ventre, les malades, en effet, y accusent de temps en temps des élancements; elles se plaignent d'un sentiment de poids; la constipation persiste, la miction continue à être difficile, et il y a souvent rétention d'urine. Par le palper hypogastrique, on constate alors dans un des

(1) Ollivier (d'Angers), *Archives de médecine*, année 1834, et Leclerc, même recueil, année 1828.

côtés du ventre l'existence d'une tumeur arrondie, plus ou moins lisse et unie, plus ou moins molle, élastique, d'un volume variant depuis celui d'un œuf jusqu'à celui de deux poings et plus : cette tumeur est parfaitement circonscrite supérieurement, mais inférieurement elle se perd dans le bassin, où elle est enclavée; elle est peu ou point mobile et parfaitement distincte de l'utérus, qui est placé sur la ligne médiane, refoulé en haut et plus ou moins dévié. En introduisant le doigt dans le vagin, on constate souvent une étroitesse du canal, à cause du refoulement en avant de sa paroi postérieure opérée par la tumeur. Après avoir franchi cet obstacle, le doigt rencontre le col porté en avant, en haut, sous la symphyse pubienne. Le corps est dévié soit à droite, soit à gauche, et souvent aussi il se porte en haut et en avant; il est d'ailleurs à peu près immobile. Ce déplacement de l'organe est produit par une tumeur qu'on sent à la partie postérieure du col; elle est fluctuante ou seulement molle. On la distingue bien aussi par le toucher rectal. L'intestin, d'ailleurs, est rétréci comme l'est le vagin par la saillie que la tumeur fait dans sa cavité. Le toucher par le vagin et par le rectum, aidé de la palpation hypogastrique, permettra de limiter exactement la tumeur; mais, pour que cet examen soit plus commode et plus complet, la vessie et le rectum seront vidés. Il faut enfin compléter l'examen des organes génitaux par le spéculum. A l'aide de cet instrument, on constatera que la muqueuse vaginale, au niveau de la tumeur, offre une coloration bleuâtre, violacée, comme ecchymotique; parfois même la paroi très-amincie laisse voir par transparence la couleur du liquide épanché.

Ainsi, dans l'hématocèle rétro-utérine, il y a des symptômes très-aigus au début, ce sont presque ceux d'une péritonite; puis arrivent des accidents à marche chronique résultant de la compression exercée par une tumeur plus ou moins volumineuse. Celle-ci peut acquérir son volume d'emblée; d'autres fois c'est successivement et après des hémorrhagies qui se répètent le plus souvent à intervalles réguliers et préférablement aux époques menstruelles. On voit parfois alors la tumeur doubler de volume en vingt-quatre heures et l'on observe les accidents aigus dont nous parlions quelques lignes plus haut comme marquant le début de l'affection.

Le sang subit les changements qu'il éprouve dans quelque tissu qu'il s'épanche; de là des modifications dans la consistance et dans le volume de la tumeur. Au début celle-ci est fluctuante, mais dès que le sang se concrète, elle est seulement molle; lorsque des caillots fibrineux s'organisent, elle devient rénitente et même dure. Ces modifications du liquide contenu n'ayant pas lieu au même degré partout, il s'ensuit que la tumeur peut offrir une consistance très-différente suivant les points où on l'examine.

Terminaisons. Durée. — Le plus souvent la maladie se termine par résolution. La tumeur diminue alors progressivement de volume; sa consistance augmente, elle finit par disparaître après un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas, la tumeur s'évacue par le rectum ou par le vagin. Les malades rendent un sang noirâtre, visqueux, tantôt pur, tantôt mélangé à de la suppuration. Sa quantité peut n'être que de quelques cuillerées ou s'élever à plus d'un litre. Quelle que soit celle de ces voies que la tumeur ait choisie, on peut voir naître à la suite divers accidents : c'est ainsi que les malades succombent avec les symptômes d'une infection purulente ou putride, d'autres meurent de péritonite suraiguë. Celle-ci est presque toujours consécutive à la rupture du kyste; elle survient tantôt spontanément, ou bien à l'occasion d'une distension qu'il subit lorsqu'une nouvelle hémorrhagie s'effectue dans sa cavité.

L'ouverture spontanée ou artificielle de la tumeur abrège beaucoup la durée de celle-ci, mais elle expose à des accidents graves. Quel que soit d'ailleurs son mode de terminaison, l'hématocèle rétro-utérine est une affection d'une durée toujours longue, c'est-à-dire atteignant généralement plusieurs mois.

Diagnostic. — En ayant égard seulement au début plus ou moins brusque, aux accidents aigus qui marquent l'invasion de la maladie, il est impossible de confondre une hématocèle avec la plupart des tumeurs développées dans l'excavation pelvienne. Citons entre autres les tumeurs des ovaires, la métrite chronique, la rétroflexion, les corps fibreux. Il n'en est pas tout à fait de même des phlegmons qui siègent dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne, dans les annexes de l'utérus et dans le tissu cellulaire qui entoure cet organe. Il existe alors au début, comme dans l'hématocèle, des accidents aigus, des douleurs plus ou moins vives, de la fièvre. Mais ces tumeurs inflammatoires ont un développement progressif, toujours beaucoup moins rapide que celui de l'hématocèle, qui peut se former en quelques heures ou en très-peu de jours. Cette dernière est molle; elle acquiert d'autant plus de consistance qu'on s'éloigne davantage du début, tandis que les tumeurs phlegmoneuses qui se terminent par suppuration présentent des caractères inverses.

Il est bien autrement difficile de distinguer l'hématocèle d'une grossesse extra-utérine. De graves autorités pensent même qu'il n'existe aucun signe distinctif entre les deux maladies. Cependant la rapidité avec laquelle s'est déclarée la tumeur sanguine, sa mollesse, l'impossibilité de constater aucune partie du fœtus, feront exclure l'idée d'une grossesse extra-utérine.

Peut-on diagnostiquer quelle est la lésion qui a été le point de départ de l'hématocèle? On ne saurait avoir, à cet égard, que des présomptions. On pourra soupçonner que l'hémorrhagie est consécutive à la rupture d'une veine du plexus pampiniforme, lorsqu'il existe des varices sur les grandes lèvres, sur les parois du vagin et jusque sur le col utérin; lorsque surtout un examen antérieur aura fait constater par le toucher vaginal une tuméfaction pâteuse, mollé, vers un ou vers les deux culs-de-sac vaginaux, signe indiqué par M. Richet pour reconnaître un varicocèle ovarien. On comprend aisément que le toucher ne saurait plus fournir les mêmes résultats lorsque le sang s'est déjà épanché.

Le début brusque de la maladie pendant l'époque des règles, des accidents très-aigus, l'aggravation de la maladie, l'augmentation de la tumeur sanguine à chaque révolution menstruelle, pourront bien faire soupçonner une lésion ovarienne; dans le cas où il ne se fait point d'excrétion sanguine au dehors, lorsque l'utérus est volumineux, dans les cas surtout où quelques caillots fibrineux ou un sang poisseux finit par s'écouler, on pourra supposer une de ces hématocèles par rétention, sur lesquelles M. Bernutz a appelé l'attention, sans être parvenu peut-être à en démontrer l'existence d'une manière certaine.

Pronostic. — L'hématocèle rétro-utérine est une affection sérieuse, pouvant entraîner après elle plus d'un péril, cependant elle se termine le plus communément d'une manière favorable.

Étiologie. — La maladie n'a jamais été observée avant l'établissement des règles ni après leur cessation. Elle se déclare surtout après un trouble de la menstruation, après une excitation trop vive des organes génitaux; on a surtout cité le coït pratiqué pendant l'époque menstruelle.

Traitement. — L'expectation est ce qui convient le mieux dans toutes les périodes de la maladie. L'intervention en effet a été rarement utile, souvent elle a été fatale, tandis que la plupart des guérisons ont été obtenues par les seuls efforts de la nature. Il y a pourtant des circonstances où une médication active

doit être employée. Au début, lorsque les douleurs sont vives, lorsque la fièvre est intense, lorsqu'il existe des signes de péritonite, on doit recourir aux anti-phlogistiques, mais on recommande de les employer avec plus de modération que dans une phlegmasie légitime.

Les accidents aigus enrayés, il faut attendre l'évacuation spontanée de la tumeur ou sa résolution; il est alors, le plus souvent, avantageux de soutenir les forces des malades par un régime reconstituant. Dans les cas, rares d'ailleurs, où la tumeur, devenue trop volumineuse, gêne par son volume les organes voisins, ou bien lorsqu'elle devient le siège de vives douleurs, lorsque la malade dépérit, s'il existe une fièvre hectique par suite de la suppuration du foyer, on recommande d'évacuer celui-ci, soit par une incision, soit par une ponction faite avec un bistouri, ou bien avec un trocart garni à son pavillon d'une peau de baudruche, afin de prévenir la pénétration de l'air. Cette dernière manière de procéder semblerait préférable; cependant, dans quelques cas, elle est insuffisante, parce que le sang coagulé dans la tumeur ne peut s'échapper par l'ouverture étroite du trocart. De quelque manière qu'on opère, il faut préalablement s'assurer que dans le point qu'on va diviser il n'y a aucun vaisseau volumineux dont la blessure pourrait être fatale : c'est un accident qu'on a déjà observé.

DES SUEURS DE SANG, OU DE L'HÉMATIDROSE.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations authentiques qui démontrent que du sang a quelquefois été exhalé par la peau, et probablement par les mêmes voies que la sueur. Ces hémorrhagies, qui presque toujours se font sur des surfaces peu étendues, ne se montrent pas indistinctement sur tous les points du corps, mais on les voit surtout se produire là où la peau est blanche, fine et pourvue d'une grande quantité de glandes sudoripares : tels sont la pulpe des doigts, les aisselles, les orteils, le cou, les côtés du nez, etc.; quelquefois enfin les sueurs de sang se font à la surface d'une ancienne cicatrice.

Symptômes. Marche. — Cette hémorrhagie a lieu communément sans prodromes; ailleurs, la partie qui va être le siège de l'hémorrhagie se tuméfie, rougit, devient douloureuse; le plus souvent tout se borne à des douleurs névralgiques. Le sang qui suinte à travers la peau est en gouttelettes plus ou moins nombreuses et serrées. L'examen microscopique fait par M. Magnus Huss et par M. Parrot a démontré dans ce liquide la présence de nombreux globules rouges et de quelques globules blancs. Si l'on essuie la partie par où l'hémorrhagie s'est faite, on trouve que la peau n'a subi aucune modification appréciable dans son aspect et dans sa structure.

L'hématidrose a une durée courte. Il n'est pas rare qu'elle se juge en quelques minutes, ou bien en quelques heures : très-rarement elle a duré un ou plusieurs jours. C'est une des hémorrhagies dans lesquelles la perte de sang est le plus minime; aussi ne voit-on guère à sa suite l'anémie et les accidents qu'on peut constater après la plupart des autres hémorrhagies.

L'hématidrose est très-sujette à récurrence, soit que l'exhalation sanguine se fasse toujours sur le même point, soit qu'elle ait lieu successivement sur différentes parties du corps. Cette maladie étant fréquemment liée à l'aménorrhée, il s'ensuit qu'elle se montre alors tous les mois d'une manière périodique; elle semble être dans ce cas supplémentaire des règles.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté. Il est inutile

de dire que certains topiques, comme la verveine, peuvent colorer la sueur en rouge; mais, pour peu qu'on soit attentif, il est impossible qu'on commette une méprise de ce genre.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais fâcheux, à moins que l'hémorrhagie n'occupe une grande partie de la surface du corps, et ne se lie à quelque condition grave de l'économie.

Étiologie. — Les sueurs de sang ont été vues, pour la plupart, chez les femmes jeunes, ou dans la période moyenne de la vie; elles ont coïncidé chez elles avec l'aménorrhée ou avec des règles insuffisantes. Nées quelquefois sous l'influence d'un état pléthorique, elles arrivent plus souvent peut-être chez des individus anémiés, et, comme l'a établi un médecin distingué, le docteur Parrot (1), on les verrait naître particulièrement chez les femmes d'une constitution faible, irritable, sujette à de violentes perturbations nerveuses, comme l'hystérie ou l'épilepsie.

Toutes les causes déterminantes de l'hématidrose sont celles qui impriment une commotion violente au système nerveux, comme une frayeur vive, ou bien un violent accès de colère.

Traitement. — Cette hémorrhagie, étant presque toujours très-peu considérable, ne réclame aucun traitement local. L'indication principale est de combattre la cause qui en a provoqué l'apparition : on fera cesser la pléthore, si elle existe, ou bien on rappellera l'hémorrhagie supprimée, si l'hématidrose est supplémentaire; on donnera enfin des sédatifs, des antispasmodiques, si la maladie est l'effet d'une secousse morale, ou l'on reconstituera l'économie s'il existe une chloro-anémie. Lorsque aucune indication positive ne ressort de l'état symptomatique et de la considération des causes, on devra ne rien faire. Quelques médecins conseillent alors de favoriser l'apparition d'une hémorrhagie moins insolite, comme le serait, par exemple, un flux hémorrhoidal. Mais je ne vois aucune espèce d'avantage à tenir une pareille conduite; car on risquerait de remplacer une hémorrhagie bénigne par une autre qui serait au moins incommode. Si (chose fort rare) les sueurs de sang étaient assez abondantes pour affaiblir les malades, on les modérerait par des applications froides et par la compression.

DES HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES, OU DES APOPLEXIES.

Lorsque le sang, au lieu d'être exhalé à la surface d'une membrane, s'épanche violemment dans l'épaisseur des tissus, on dit alors qu'il y a *hémorrhagie interstitielle*, ou *apoplexie*. Ce dernier mot, adopté d'abord par les anciens pour caractériser le début rapide d'une maladie qui expose à une mort immédiate, fut ensuite consacré pour désigner toutes les affections du cerveau qui se manifestent par la perte subite du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps; d'autres le réservaient aux cas seulement où les accidents dépendaient d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale. Ainsi, pendant longtemps, le mot *apoplexie* n'a eu qu'un sens purement *symptomatique*. Aujourd'hui, au contraire, la plupart des médecins semblent ne vouloir lui donner qu'un sens *anatomique*, en le consacrant pour exprimer tous les épanchements de sang qui se forment brusquement et spontanément dans l'épaisseur de nos tissus.

(1) *Gazette hebdomadaire*, année 1859.

Il n'est pas d'organe de l'économie dans lequel on n'ait observé les hémorrhagies dont je parle; mais c'est dans le cerveau et dans les poumons qu'elles sont le plus communes; viennent ensuite la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles de la vie de relation, le placenta, le foie, la rate, l'utérus, les reins, le cœur. Quel que soit, d'ailleurs, l'organe, le sang, en s'épanchant dans les tissus, écarte nécessairement leurs fibres ou les mailles qui les constituent, et le plus souvent même il les rompt violemment. Le liquide ainsi extravasé forme un véritable corps étranger, qui peut être la cause de plusieurs lésions consécutives; dans la plupart des cas cependant il est résorbé peu à peu, ou bien il subit diverses transformations organiques que nous indiquerons dans chacun des cas particuliers. Enfin le point de l'organe où l'épanchement s'est fait, et qui a été déchiré ou tout au moins tirailé, devient lui-même le siège d'un travail réparateur que nous ferons également connaître.

DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

SYNONYME. — Apoplexie, hémato-encéphalie; *apoplexia, sideratio, attonitus morbus*, etc.

On donne le nom d'hémorrhagie ou d'apoplexie cérébrale à un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau, produisant pendant la vie la suspension subite et plus ou moins complète de l'intelligence, du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps.

Historique. — L'histoire de cette affection remonte au premier âge de la science. Les médecins de l'antiquité avaient, en effet, décrit plus ou moins exactement ses symptômes et sa marche; mais, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ils en ignoraient la nature et les causes: aussi l'avaient-ils confondue facilement avec plusieurs autres maladies des centres nerveux. Ce n'est seulement que depuis les travaux de F. Hoffmann, de Wepfer, de Valsalva et de Morgagni, que nous avons quelques connaissances positives sur les hémorrhagies des centres nerveux. Morgagni surtout, dans ses 2^e, 3^e, 4^e et 5^e lettres, a non-seulement mieux précisé le siège de ces épanchements, mais ce fut lui qui le premier démontra les rapports qui existaient entre les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie. Depuis ce grand médecin, les hémorrhagies cérébrales ont été l'objet de travaux remarquables parmi lesquels nous mentionnerons ceux de MM. Moulin (1), Riobé (2), Andral (3), Cruveilhier (4), Abercrombie (5), Gendrin (6), et la *Monographie* si justement estimée de Rochoux.

Anatomie pathologique. — La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale. Celle-ci ne se rencontre pas avec une égale fréquence dans toutes les parties de l'organe: ainsi Rochoux et M. Andral ont démontré, par des relevés statistiques, que les corps striés et les couches optiques sont le siège le plus ordinaire des épanchements; viennent ensuite la portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, les lobes latéraux du cervelet et les lobes antérieurs du cerveau. La maladie ne

(1) *Traité de l'apoplexie*, 1819.

(2) Thèse de Paris, année 1816.

(3) *Clinique médicale*, t. V.

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

(5) *Maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais.

(6) *Traité de médecine pratique*, t. I.

paraît pas être sensiblement plus fréquente dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère opposé. Les parties blanches centrales, toutes celles qui renferment beaucoup de substance médullaire et peu de substance grise, sont les moins sujettes aux épanchements sanguins. Ceux-ci ne sont pas très-rares dans la substance corticale des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve, en général, rien de remarquable à la superficie du cerveau: cependant, si l'épanchement est considérable et voisin de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent, en pressant sur le cerveau, on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsque, après la section des couches saines du cerveau, qui, souvent, sont plus ou moins hyperémies, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffus et mêlé à des fragments de tissu cérébral ramolli. Son poids varie: il est rarement moindre de 4 grammes; il s'élève le plus souvent à 46, 32 et 64 grammes; les cas où il en existe de 187 à 218 ne sont pas très-rares; on a même vu le foyer, occupant un hémisphère entier, contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume: il est plus résistant, d'un noir moins foncé; la sérosité qu'il contient est résorbée, ou bien elle s'est infiltrée dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, le caillot a déjà une texture fibrineuse, et au bout d'un mois il est revenu sur lui-même: il est dense, rougeâtre, jaunâtre, d'un jaune d'ocre; parfois, au contraire, il est presque décoloré. Il peut alors faire corps avec la substance cérébrale, de manière à simuler grossièrement un produit hétérologue cancéreux ou tuberculeux; ou bien, au lieu d'être aussi intimement uni avec les parois du foyer, il en est isolé par une sérosité citrine ou rougeâtre qui, en le ramollissant, doit favoriser sa résorption. Enfin, au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus, le caillot peut disparaître tout à fait. La rapidité avec laquelle la résorption s'opère est d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Il est probable que cette résorption s'opère exclusivement par les veines, attendu que le cerveau ne paraît contenir qu'un très-petit nombre de vaisseaux lymphatiques.

Des changements non moins remarquables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent, en outre, un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité des vaisseaux déchirés: tel est l'état de toute caverne récente.

Du sang ne peut s'épancher dans le cerveau sans en déchirer les fibres, et il serait oiseux de réfuter ici l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que certains foyers apoplectiques peuvent être constitués par un simple écartement des fibres de l'organe. L'étendue du foyer est en rapport avec le volume du caillot; sa cavité, généralement sphérique, est plus ou moins anfractueuse; le plus souvent isolée, elle peut, comme nous l'avons déjà dit, communiquer avec les ventricules et avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les parois qui circonscrivent le foyer sanguin sont généralement injectées, rougeâtres et ramollies à une profondeur de 2 à 7 millimètres. A la couleur rouge succède, vers