

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 dégorgier 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 préfèrent 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, crépitant, 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, Bricheateau, 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 *a 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-crépitaux 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-crépitaux 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

de relation. M. Cruveilhier a vu la gaine des deux muscles droits de l'abdomen distendue par des caillots sanguins qui avaient lacéré, détruit les fibres musculaires, altération qui s'était accompagnée pendant la vie de douleurs si vives, qu'elles avaient fait supposer l'existence d'une péritonite. Ces apoplexies musculaires se remarquent spécialement dans le scorbut et dans les résorptions purulentes.

Apoplexie du cœur. — A côté de ces apoplexies, il faut placer les épanchements sanguins que M. Cruveilhier a rencontrés plusieurs fois dans le cœur. Il ne les a vus se former que dans l'épaisseur du ventricule gauche hypertrophié; il regarde cette lésion, qui d'ailleurs est fort rare, comme pouvant être suivie d'une rupture du cœur, ou comme pouvant être l'origine d'un anévrysme faux consécutif. Les faits n'ont pas encore, que je sache, justifié jusqu'à présent cette supposition. Le diagnostic de cette lésion est impossible.

DU PURPURA.

SYNONYME. — Pourpre.

On donne le nom de *purpura* à une maladie caractérisée par l'éruption spontanée, à la surface du corps, de pétéchies, c'est-à-dire de petites taches lenticulaires, noirâtres, formées par du sang extravasé dans l'épaisseur de la peau.

Divisions. — Willan a établi pour le purpura les espèces suivantes : 1° *purpura simplex*, 2° *urticans*, 3° *senilis*, 4° *hæmorrhagica*, 5° *contagiosa*. Ce dernier, dont nous n'avons pas à nous occuper, n'est autre que l'éruption pétéchiale de la peste, du typhus et des autres maladies graves. M. Rayer a distingué deux formes de purpura, le *purpura fébrile* et le *purpura apyrétique*; M. Cazenave en fait deux variétés, suivant qu'il s'accompagne ou non d'hémorrhagies par quelque muqueuse.

1° *Purpura simplex.* — Cette forme, qu'on n'observe guère que dans l'adolescence et dans la jeunesse, naît le plus souvent sans cause appréciable. Il débute ordinairement sans prodromes; quelquefois après un ou deux jours de malaise, de faiblesse et d'anorexie. Il est caractérisé par des pétéchies, c'est-à-dire par de petites taches d'un rouge vif au début, surtout chez les enfants, violacées ou noires chez les sujets débilités, plus ou moins exactement arrondies, ressemblant pour la forme à des piqûres de puce, et ne disparaissant ni ne diminuant lorsqu'on les presse avec le doigt. Avec ces taches existent ordinairement de larges ecchymoses; celles-ci occupent des points distincts, ou bien elles sont entremêlées aux pétéchies; leur coloration est à peu près la même pour toutes, du moins au début; cependant, si plusieurs éruptions successives se font à quelques jours de distance, on observera des teintes différentes variant du rouge brun au jaune clair, suivant le degré de résolution. Ces taches sont surtout nombreuses aux jambes, parties qu'elles occupent parfois même exclusivement; on les rencontre souvent aussi sur les membres et à la face; dans ce dernier cas, les conjonctives et les paupières présentent parfois des ecchymoses. Celles-ci se montrent de préférence sur le dos, aux pieds, aux mains et à la face interne des membres. En outre, il y a quelquefois des taches qui sont proéminentes et dures au centre, en raison de la formation dans ce point d'une petite apoplexie dans la peau. Quelquefois le sang s'infiltré aussi ou s'épanche dans le tissu cellulaire et dans les muscles; il en résulte

alors de la tuméfaction, de la dureté, de la difficulté dans les mouvements, comme on le voit dans certaines formes de scorbut que nous étudierons. Les pétéchies et les ecchymoses ne s'accompagnent d'aucune sensation morbide du côté de la peau; elles se forment ordinairement à l'insu des malades, qui ne s'en aperçoivent jamais que par hasard. Après être restées stationnaires pendant quelques jours, les pétéchies prennent une teinte livide, puis jaunâtre; la résorption se fait de la périphérie au centre; après douze à quatorze jours, il ne reste plus de traces de la maladie. Mais lorsqu'on croit celle-ci terminée, souvent il se fait une nouvelle hémorrhagie semblable à la première. En raison de ces éruptions successives, on voit le purpura persister, chez quelques individus, pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années, comme Bielt en rapporte un exemple. J'ai vu moi-même une femme d'une trentaine d'années, un peu anémique, et qui pendant cinq années consécutives, et sans cause déterminante, présenta de temps en temps, souvent pendant plusieurs semaines de suite, des taches de purpura confluentes sur les membres et sur le tronc.

2° *Purpura urticans.* — La forme dite *purpura urticans* doit être rapprochée de la précédente; cependant elle en diffère par l'aspect de l'éruption, qui commence d'abord par de petites taches rougeâtres, lenticulaires et saillantes, qui sont le siège d'une cuisson à peu près semblable à celle que donne l'urticaire. Au bout de deux ou trois jours ces taches s'effacent, et leur couleur passe du rose au rouge foncé ou livide; enfin, elles se résolvent comme celles du *purpura simplex*; mais, en général, on en voit apparaître d'autres. Cette forme de purpura, dans laquelle les pétéchies sont un peu plus larges que dans le *purpura simplex*, a une durée moyenne d'un mois.

Les deux formes précédentes du purpura sont, en général, apyrétiques; cependant elles s'accompagnent parfois d'un appareil fébrile qui, généralement, est peu intense; il s'y joint des nausées et des frissons qui précèdent de trois à six jours les hémorrhagies cutanées (*purpura febrilis simplex*). Celles-ci peuvent aussi être précédées de taches exanthémateuses analogues à celles de l'urticaire; et c'est un, deux ou trois jours après qu'on voit apparaître au milieu de cette éruption les pétéchies qui caractérisent le purpura.

3° *Purpura senilis.* — Le purpura nommé *senilis* par Bateman ne mérite pas une description spéciale. Il ne consiste, en effet, qu'en une éruption pétéchiale d'un rouge lie de vin, occupant les extrémités chez les vieillards affaiblis, et qui disparaît communément après dix ou douze jours, sans être accompagnée d'aucun trouble notable dans les principales fonctions.

Ces trois premières formes du purpura sont bénignes et ne peuvent être confondues avec aucune autre affection cutanée. Elles diffèrent des piqûres de puce en ce que celles-ci ont souvent un point central plus foncé, ecchymotique, entouré d'une auréole rosée que la seule pression du doigt fait disparaître.

4° *Purpura hæmorrhagica.* — Le *purpura hæmorrhagica* ou *maladie de Werthof* est l'affection que cet auteur célèbre a décrite vers milieu du dernier siècle sous le nom de *morbus maculosus hæmorrhagicus*. Les recherches de de Graaf (1), publiées en 1775, furent beaucoup plus complètes. Enfin Behrens (2),

(1) *Dissertatio de ptechiis sine febre.* Gœttingue, 1775.

(2) *Dissertatio epist. de morbo maculoso hæmorrhagico, etc.* Brunsvigæ, 1735.

Willan et Bateman (1), MM. Brachet (2), Fourneaux (3) et Rayer (4), ont aussi fourni à l'histoire de cette affection de précieux documents.

Cette forme est également caractérisée par des pétéchies et par des ecchymoses semblables à celles du *purpura simplex*. Ces taches hémorragiques n'apparaissent le plus souvent qu'après que les malades ont éprouvé, pendant quelques jours, des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, de la fièvre, et souvent des nausées et des vomissements. Mais bientôt se révèle une disposition hémorragique qui n'existait pas dans les formes précédentes : c'est ainsi que des bosses sanguines ou des thrombus se développent sous le cuir chevelu; du sang est quelquefois exhalé par la peau elle-même, surtout derrière les oreilles; de larges ecchymoses se produisent partout où les téguments sont peu comprimés ou tirillés; des surfaces suppurantes et des solutions de continuité, même les plus petites de la peau, ou bien des muqueuses, on voit suinter du sang. Enfin, ce qui caractérise surtout la maladie, ce sont les hémorragies graves des viscères et des membranes muqueuses qui accompagnent les hémorragies cutanées. Ainsi, chez les enfants les épistaxis prédominent; chez les adultes ce sont les hémoptysies et les hémorragies gastro-intestinales, tandis que chez la femme ce sont les métrorrhagies; les hématuries sont plus rares : cependant il arrive parfois que les reins sont le siège d'une congestion, puisque dans quelques cas de purpura sans hématurie on a vu les urines être albumineuses. Plusieurs des hémorragies que je viens d'énumérer peuvent exister simultanément ou alterner entre elles. Lorsque l'effort hémorragique se porte vers les organes digestifs, du sang peut être exhalé par toutes les parties contenues dans la bouche, ainsi que par les parois de cette cavité, qui prennent une couleur noirâtre, tandis que les gencives deviennent spongieuses et saignantes. En général, les graves accidents que je viens d'énumérer s'accompagnent d'agitation, de fièvre intense, de délire, de douleurs vers les organes par où l'hémorragie doit s'opérer; la langue se dessèche, devient fuligineuse; les traits s'altèrent, les forces se prostent, et les malades succombent entre la fin du premier et du deuxième septénaire, avec des symptômes typhoïdes. D'autres fois, il n'existe point de fièvre, mais les malades meurent par l'épuisement qu'entraînent la répétition et la multiplicité des hémorragies. Enfin, il en est qui sont emportés en quelques jours par la violence des accidents ou par quelque complication. Cependant le *purpura hæmorrhagica* n'offre pas toujours une pareille gravité. Il est, en effet, des malades qui guérissent, mais en général ils se rétablissent assez lentement et conservent pendant longtemps de la faiblesse et du malaise.

Anatomie pathologique. — Les recherches cadavériques faites chez ceux qui succombent ont prouvé que parmi les pétéchies, les unes sont superficielles, sous-épidermiques; les autres, plus profondes, occupent les aréoles du derme; d'autres enfin siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le sang extravasé s'enlève le plus souvent après quelques lotions, et ne résiste jamais à la macération. Des pétéchies et des ecchymoses semblables à celles de la peau se retrouvent sur la plupart des muqueuses, spécialement sur la muqueuse digestive, depuis la bouche jusqu'au rectum; on en rencontre sur le mésentère, sur le péricarde, la plèvre, les membranes du cerveau, dans le diploé et la membrane médullaire des os longs, et à la surface des poumons. Ceux-ci présentent,

(1) *Maladies de la peau.*

(2) *Revue médicale*, 1822.

(3) Thèse de Paris, année 1826.

(4) *Maladies de la peau.*

en outre, très-fréquemment des noyaux apoplectiques. Des épanchements analogues existent souvent aussi dans le foie, dans la rate, et jusque dans le corps de l'utérus et dans plusieurs autres viscères.

Le sang que les vaisseaux renferment est, en général, pâle et séreux, sans caillots. Celui que l'on retire pendant la vie a paru altéré à quelques auteurs, qui l'ont trouvé moins coagulable; le caillot leur a semblé moins dense; enfin, ils ont cru qu'il contenait moins de matière colorante, et surtout moins de fibrine : c'est ce que M. Andral a constaté dans un cas de purpura aigu (1). D'autres, au contraire, ont soutenu, d'après les analyses chimiques qu'ils avaient faites, que le sang des malades ayant un purpura ne différait en rien de celui d'un individu sain. La question est, comme on le voit, encore indécise. Cependant tout porte à croire que la diminution dans la proportion de fibrine doit exister dans la majeure partie, sinon dans la totalité des cas.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté; il est, en effet, impossible de confondre le *purpura simplex* avec des ecchymoses traumatiques. Cependant, si le purpura est apyrétique, et s'il est borné à une partie du corps, comme aux membres inférieurs par exemple, on devra examiner attentivement l'état des vaisseaux artériels et veineux de ces parties; car on a vu des ecchymoses et des pétéchies semblables à celles du purpura être produites par quelque obstacle mécanique au cours du sang : c'est ainsi que dans les cas d'oblitération de la veine iliaque par des concrétions sanguines, on voit souvent des taches hémorragiques sur le membre inférieur correspondant. Les ecchymoses cutanées et la disposition hémorragique générale pourraient faire confondre le purpura avec la fièvre jaune, avec les maladies pestilentielles et avec certaines varioles graves; mais dans presque toutes ces maladies les hémorragies ne sont qu'un accident, tandis que dans le purpura elles forment l'essence même de la maladie, et la constituent. Enfin, on a essayé de distinguer le pourpre du scorbut; mais nous croyons que ce sont des degrés ou des variétés d'une même affection : c'est ce dont on se convaincra par la lecture de l'article suivant. (Voy. *Scorbut*.)

Pronostic. — Les *purpura simplex*, *senilis* et *urticans* sont presque toujours bénins. L'existence des ecchymoses indique toujours une disposition plus fâcheuse de l'économie que lorsqu'il n'y a que des pétéchies. Le purpura hémorragique, au contraire, est une affection grave, même lorsqu'elle ne s'accompagne pas de fièvre. D'ailleurs, pour cette maladie comme pour tant d'autres, on ne saurait être trop réservé sur le pronostic, puisque des accidents graves se déclarent très-souvent d'une manière imprévue et lorsque l'affection paraissait être très-bénigne. L'âge peu avancé des sujets, la fréquence du pouls, l'abondance des hémorragies, une fièvre violente, l'existence des symptômes typhoïdes, sont des circonstances qui doivent faire porter le pronostic le plus fâcheux. Enfin, la manifestation des pétéchies et des ecchymoses dans le cours d'une maladie grave, spécialement chez les sujets atteints de fièvres éruptives, de typhus, etc., constitue toujours un signe fâcheux, parce qu'il indique une lésion profonde de l'organisme.

Étiologie. — Le purpura survient toujours sous l'influence de causes débilitantes; il affecte spécialement les enfants et les femmes, les individus d'une constitution molle, affaiblis par une maladie antérieure, par une mauvaise nourriture, par des veilles, par des chagrins, et surtout par l'habitation dans des lieux bas et humides : cependant on a vu quelquefois la maladie survenir

(1) *Hématologie*, p. 131.

dans des conditions opposées. En général sporadique, le purpura a quelquefois régné épidémiquement ou d'une manière endémique, comme dans quelques prisons mal situées ou dans les hospices d'orphelins.

Traitement. — Le purpura simple guérit en général seul. Il convient de donner aux malades quelques acides minéraux; on administre les toniques, les ferrugineux, les amers, si les individus étaient débilités ou d'une constitution chétive.

Dans le *purpura hæmorrhagica* la médication est plus complexe et plus difficile. On a dit que lorsqu'il existait de la fièvre, que le pouls offrait de l'ampleur, il y avait indication de tirer du sang. La chose peut devenir nécessaire, en effet, si des congestions graves se font vers les organes importants; cependant on ne doit se décider pour une telle médication que si l'indication est bien précise, et même alors il faut procéder avec une circonspection extrême, et peut-être serait-il préférable de recourir préalablement à des purgatifs un peu répétés. Dans la grande majorité des cas, la multiplicité et l'abondance des hémorrhagies porteront à administrer les limonades minérales et les astringents. M. le docteur Pize et d'autres ont vanté, en pareil cas, l'usage à l'intérieur du perchlorure de fer à la dose de 1 à 2 grammes, mais l'efficacité de ce moyen est loin encore d'avoir été constatée par des faits suffisamment nombreux.

Le plus souvent on n'a rien à faire localement; on peut abandonner à elles-mêmes les pétéchies; mais chez les sujets très-débilités on pourra recourir à quelques frictions sèches, aromatiques, à des lotions stimulantes, alcoolisées (eau-de-vie, vin aromatique, vin rosat); si un épanchement un peu considérable de sang avait lieu, on appliquerait des compresses d'eau de Goulard, et l'on exercerait une légère compression.

Dans la convalescence on insistera sur les ferrugineux, sur un régime analeptique, sur les bains sulfureux, les lotions, affusions et douches froides. Ces derniers moyens pourraient sans doute être utilisés dans la période aiguë des accidents.

Nature. — Quoique les expériences chimiques n'aient pas donné des résultats absolument identiques, on est néanmoins autorisé à penser que le purpura est l'expression d'une altération du sang, consistant essentiellement dans une diminution plus ou moins considérable de la fibrine ou dans une altération même de ce principe constituant du sang; la multiplicité et l'abondance des hémorrhagies pouvaient le faire supposer, mais quelques recherches chimiques ont mis le fait hors de doute. Le purpura est donc une hémorrhagie symptomatique d'une altération du sang. Prétendre que la maladie est la conséquence d'une atonie, suivant les uns, d'une surexcitation, des vaisseaux capillaires, suivant les autres, c'est faire une supposition toute gratuite; enfin, vouloir rattacher la maladie à une lésion viscérale, spécialement à une maladie de la rate ou du foie, c'est vouloir se mettre en flagrante opposition avec les résultats négatifs fournis par les ouvertures cadavériques.

DU SCORBUT

Le mot *scorbut* dérive du danois ou du hollandais, et signifie *déchirement, ulcère* de la bouche. Il sert à désigner, depuis environ quatre siècles, une maladie caractérisée par l'affaiblissement général, par des hémorrhagies diverses, par des ecchymoses livides sur la peau, par la tuméfaction longueuse et le saignement des gencives.

Historique. — Il est douteux qu'Hippocrate ait connu le scorbut: cette ma-

ladie n'a commencé à être convenablement décrite qu'à l'époque des croisades et après la découverte de l'Amérique. On ne tarda pas alors à faire jouer à l'affection scorbutique un rôle exagéré, puisqu'on crut pendant longtemps que le scorbut pouvait prendre la forme de toutes les maladies aiguës et chroniques, nonobstant l'absence de tous ses caractères propres. On s'étonne de voir que Sennert, Willis, Lower, Hoffmann, Boerhaave, aient adopté et propagé une erreur aussi grossière qui fut accréditée par un médecin plus que médiocre, par Eupalenus, auteur d'un mauvais livre sur le scorbut, et qui a joui néanmoins d'une grande réputation. On ne peut établir aucun parallèle entre cet ouvrage et celui dont Lind dota la science vers le milieu du XVIII^e siècle. Ce dernier livre est non-seulement une excellente monographie, mais c'est aussi sans contredit un des ouvrages les plus remarquables de notre littérature, et un de ceux dont la lecture est le plus attrayante.

Divisions. — Le scorbut est une des maladies dont on a le plus multiplié les espèces; mais il est prouvé que ces distinctions sont inutiles. Lind a même démontré que la division du scorbut en scorbut de terre et en scorbut de mer n'avait aucun avantage, puisque les causes, les symptômes et le traitement étaient les mêmes dans les deux cas.

Altérations pathologiques. — Chez les sujets qui succombent au scorbut, on trouve souvent des inflammations dans divers viscères; mais ces phlegmasies n'appartiennent pour ainsi dire pas à la maladie: ce ne sont que des lésions secondaires, développées à une époque voisine de la mort. Le sang, au contraire, est constamment altéré; il est noir, fluide, ou en grumeaux; il forme des épanchements, ou bien il est infiltré dans la plupart des organes de l'économie. C'est ainsi qu'il baigne beaucoup de surfaces muqueuses, séreuses et synoviales; il engorge le foie et la rate: aussi ces deux organes sont-ils plus volumineux, et leur tissu est-il ramolli et diffusé. Ce sang altéré abreuve aussi le tissu spongieux des os et le périoste. Chez les sujets au-dessous de dix-neuf ans, on trouve parfois les épiphyses décollées par une hémorrhagie interstitielle (Lind); les cartilages sont séparés des côtes, et même on voit le cal des anciennes fractures rompu et dissous par le sang; enfin, le liquide épanché dans l'épaisseur des muscles y forme des noyaux durs plus ou moins considérables.

Le sang, altéré sur le cadavre, l'est-il aussi sur le vivant? M. Andral ayant eu l'occasion d'analyser le sang d'un scorbutique, avait trouvé que la quantité de fibrine était descendue de 3 à 1,6; les globules avaient également subi une diminution moins notable, puisque leur chiffre, qui normalement atteint 127, ne s'élevait pas au delà de 119. Ce fait était pourtant en opposition avec les expériences de Parmentier et de Deyeux, qui avaient trouvé chez les scorbutiques le sang identique avec celui des individus qui sont atteints d'une inflammation; il était contredit également par les recherches du chimiste anglais Busk, qui, loin de trouver la fibrine diminuée dans le scorbut, l'avait vue aussi en proportion plus grande. En 1847, MM. Andral (1), Fauvel, Becquerel et Rodier (2) sont arrivés à leur tour au même résultat; car, ayant analysé le sang de six scorbutiques, ils ont constaté, comme les précédents expérimentateurs, que la fibrine était augmentée sensiblement chez quatre et que chez les deux autres elle était restée dans les limites de l'état physiologique: les globules étaient, au contraire, considérablement diminués et le sérum offrait une densité moindre.

Doit-on conclure de faits aussi peu nombreux que dans le scorbut la fibrine du

(1) *Union médicale*, année 1847, p. 329.

(2) *Archives de médecine*, numéro du 1^{er} juillet 1847.

sang est toujours ou augmentée, ou dans sa proportion physiologique? Ne doit-on pas plutôt considérer ces résultats comme exceptionnels, comme caractérisant une forme de scorbut? Si, en effet, on considère la multiplicité des hémorrhagies, les symptômes de langueur et d'atonie qu'on observe dans le scorbut, ainsi que la nature des causes qui président au développement de la maladie, on ne saurait hésiter à admettre que dans le scorbut, du moins dans sa forme la plus habituelle, il y a appauvrissement du sang et diminution portant à la fois et sur la fibrine et sur les globules.

Les recherches modernes n'ont point confirmé l'idée émise par quelques-uns, que dans le scorbut le sang serait devenu plus alcalin par un excès de soude qu'il contiendrait.

Symptômes. — Lind a observé que les individus qui vont être atteints de scorbut pâlissent et éprouvent une grande aversion pour le mouvement; bientôt ils se fatiguent et s'essoufflent au moindre exercice. C'est après plusieurs jours ou plusieurs semaines que les malades accusent du prurit aux gencives, qui se tuméfient, deviennent fongueuses, bleuâtres, et donnent à l'haleine une fétidité repoussante. La peau elle-même ne tarde pas à se recouvrir, sur différentes parties du corps, de taches noires ou jaunes, qui ne sont autres que des ecchymoses. Sur le trajet des muscles se dessinent des tumeurs dures et fluctuantes, dues à un épanchement sanguin qui peut envahir le muscle tout entier. Cette altération s'accompagne souvent de douleurs très-vives; celles-ci paraissent quelquefois siéger dans les os eux-mêmes, et coïncident souvent avec l'infiltration sanguine de leurs tissus. Enfin, elles résident d'autres fois dans les articulations, qui se tuméfient. En même temps des hémorrhagies plus ou moins graves peuvent avoir lieu par la plupart des membranes muqueuses, ou par des ulcérations récentes ou anciennes de la peau, de l'origine des muqueuses, ou par la déchirure spontanée d'anciennes cicatrices des téguments. Ceux-ci s'ulcèrent surtout au niveau des tumeurs sanguines. Ces ulcérations sont plus ou moins vastes; elles sont livides, fongueuses, et laissent suinter un sang noirâtre. A cette époque, la faiblesse est extrême, les malades sont oppressés; ils accusent des douleurs vives dans le thorax; leur pouls est petit, fréquent, quelquefois il est lent. M. Beau prétend qu'ils ont du souffle dans les artères; mais ce signe a manqué chez les malades observés par MM. Andral et Becquerel. La plupart des scorbutiques ont des lipothymies et même des syncopes, pour peu qu'ils essayent de se mouvoir. Beaucoup ont de la diarrhée, les selles sont fétides, souvent elles sont sanguinolentes, ce qui contribue beaucoup à augmenter la faiblesse; l'urine est rare et devient promptement ammoniacale. Au milieu de ces troubles si graves, les facultés intellectuelles sont ordinairement intactes. A une période plus avancée du scorbut, les hémorrhagies se multiplient, les membres s'infiltrent, la faiblesse est extrême; les gencives se détruisent, les dents se déchaussent, deviennent vacillantes et tombent; quelquefois aussi les os maxillaires se carient: c'est alors que beaucoup de malades sont tourmentés par un pyalisme abondant qui contribue à les épuiser. Souvent, en remuant ces individus, on sent un cliquetis osseux produit par le frottement d'une épi-physe détachée du reste de l'os (Lind); ou bien, lorsque les malades respirent, on entend un petit bruit sourd, produit par le frottement des côtes et des cartilages costaux qui sont désunis. Le moindre effort suffit pour rompre un muscle ou un os dans sa continuité, ou bien au niveau d'une ancienne fracture consolidée.

Variétés. — Dans la plupart des cas, le scorbut détermine tous ou presque tous les accidents précédemment décrits. Cependant quelques-uns des plus im-

portants peuvent manquer: c'est ainsi que beaucoup de malades ne présentent jamais d'altération du côté des gencives. Chez d'autres, la maladie ne se caractérise que par l'apparition d'un gonflement considérable d'un des membres pelviens ou des deux à la fois. Ce gonflement, dur, très-douloureux, sans changement de couleur à la peau, d'abord, est produit par une infiltration sanguine: aussi voit-on, au bout de quelque temps, la couleur ecchymotique apparaître à la surface. Cette forme a été fréquemment observée par M. Henri Gueneau de Mussy, sur la frégate *la Vénus*, pendant un voyage de circumnavigation. Dans cette même épidémie on vit d'autres malades chez lesquels le scorbut se révélait surtout par des ecchymoses, par des ulcères saignants et de mauvais caractère qui couvraient les membres inférieurs, et se montraient toujours très-rebelles aux moyens curatifs.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le scorbut offre dans sa marche des alternatives en bien et en mal. Lind a noté que les symptômes s'aggravaient lorsque l'atmosphère était brumeuse, et qu'ils s'amendaient lorsque le temps devenait sec. Enfin, après une durée variable, et qu'il est impossible de fixer même approximativement, on voit le scorbut se terminer par la guérison ou la mort. Celle-ci arrive dans un accès d'oppression, de dyspnée, ou dans une syncope, ou bien les malades, affaiblis par les hémorrhagies, meurent épuisés. Quelques-uns sont emportés par une maladie intercurrente; car les scorbutiques sont regardés par Lind comme étant très-disposés à contracter la plupart des maladies, surtout celles dans lesquelles il existe probablement quelque altération des liquides: telles sont les fièvres éruptives, ainsi que la dysenterie et le typhus; ces deux dernières sont des complications fréquentes, lorsque le scorbut règne dans les camps, dans les villes assiégées et sur les vaisseaux.

Si le scorbut se termine favorablement, la convalescence est communément longue. Les individus restent pendant longtemps faibles, décolorés; quelques-uns sont sujets à des roideurs articulaires et à des douleurs dans les muscles et les articulations, qui simulent des douleurs rhumatismales chroniques. Le scorbut récidive quelquefois; on croit même qu'une première attaque constitue une véritable prédisposition à la maladie.

Diagnostic. — Le scorbut est d'un diagnostic toujours facile. On ne saurait le confondre avec l'anémie, dans laquelle il n'y a ni hémorrhagie ni gonflement des gencives, et qui, outre la décoloration des tissus, se caractérise si bien par les bruits artériels, par les douleurs névralgiques, par les troubles digestifs. La cachexie mercurielle est l'affection qui a le plus d'analogie avec le scorbut; les gencives sont en effet molles, bleuâtres, saignantes; la peau est décolorée, les tissus sont flasques; il y a de l'anhélation, des pétéchiés, et parfois des hémorrhagies passives; mais dans la cachexie mercurielle, celles-ci sont rarement aussi générales que dans le scorbut, il existe une stomatite spéciale, et l'haleine des malades exhale une odeur fétide particulière.

J'ai dit précédemment qu'il était impossible de ne pas considérer le purpura et le scorbut comme étant deux affections identiques. Comment, en effet, regarder comme étant de nature distincte des maladies dont les principaux symptômes sont communs? Les ecchymoses, les pétéchiés, les hémorrhagies interstitielles et à la surface des muqueuses, sont, en effet, des accidents communs et prédominants dans les deux cas. D'ailleurs, dans les épidémies de scorbut, tous les malades ne sont pas affectés de la même manière. Il en est, par exemple, dont les gencives ne deviennent jamais fongueuses, et chez lesquels la maladie ne se caractérise, comme dans le purpura, que par des ecchymoses, par des pétéchiés ou par le gonflement d'un ou de plusieurs mem-

bres, gonflement produit par une extravasation sanguine dans l'épaisseur des tissus. Ajoutons que la tuméfaction et le ramollissement des gencives, dont on a voulu faire un caractère tout à fait distinct, peuvent exister dans le purpura simple et dans celui qui s'accompagne de fièvre. L'appareil fébrile, fréquent dans quelques formes de purpura, ne saurait être un caractère différentiel, car la fièvre n'est ici qu'un élément accessoire qui indique seulement ou une complication, ou bien une marche plus aiguë de l'affection. J'établis donc que le purpura et le scorbut sont deux affections de nature identique; que le scorbut représente la forme chronique de la maladie; le purpura avec fièvre et hémorrhagie, la forme aiguë; que le purpura simple, apyrétique, sénile, et la forme *urticans*, constituent le degré le plus bénin d'une affection dont le scorbut avec ecchymoses, hémorrhagies, décollement des épiphyses, syncopes, représente le degré le plus grave. Ces deux maladies pourraient donc être réunies.

Pronostic. — Le scorbut est une affection grave, surtout lorsqu'on ne peut soustraire les malades aux causes qui l'ont développé. La gravité de la maladie est proportionnée au nombre, à l'abondance des hémorrhagies et à la faiblesse des sujets. Les syncopes sont aussi un des signes les plus fâcheux.

Étiologie. — Le scorbut, qui, il y a à peine un siècle, était endémique à Paris et à Londres, est aujourd'hui à peu près inconnu dans les hôpitaux de ces deux métropoles. Ce grand résultat dépend des modifications heureuses que la civilisation a introduites dans l'alimentation et l'habitation de la classe ouvrière. Le froid humide est une cause des plus puissantes du scorbut : aussi le rencontre-t-on encore fréquemment dans la basse Saxe et dans la Hollande. Cette même cause agit aussi pour la production du scorbut qui se développe si fréquemment dans les prisons, dans les bagnes, sur les navires faisant de longues traversées, et disons-le avec douleur, dans les hospices, et surtout dans ces loges humides et froides où l'on parque trop souvent, sur la paille et presque nus, de malheureux aliénés. Lind a prouvé que l'humidité était la cause la plus puissante du scorbut qui survenait en mer. Elle agit d'autant plus efficacement qu'elle est unie à plusieurs autres conditions défavorables, comme la privation de vêtements, et surtout une alimentation grossière et insuffisante. Des viandes salées et fumées, qu'on a regardées avec raison comme une des causes du scorbut de mer, n'agissent pas par le sel qu'elles contiennent, comme on l'a cru longtemps, mais parce qu'elles fournissent à la nutrition des éléments insuffisants et que l'estomac a trop de peine à isoler; il en est de même des viandes fumées. Enfin un travail forcé, des veilles prolongées, les peines morales, la nostalgie, et généralement toutes les causes débilitantes, favorisent le développement de la maladie. Il ne paraît pas, au contraire, d'après le témoignage de Lind, que la privation des végétaux frais soit une cause aussi active de scorbut qu'on l'avait supposé pendant plusieurs siècles. En général, le scorbut, surtout celui qui affecte un grand nombre de personnes, survient sous l'influence de plusieurs de ces causes réunies : c'est ce qu'on vit, par exemple, pour le scorbut qui ravagea l'armée de Louis IX, et généralement pour toutes les maladies semblables qui sévirent sur les malheureuses populations du moyen âge, ainsi que pour l'épidémie qui dévasta les quartiers pauvres de Paris, à la fin du trop long règne de Louis XIV. Enfin, ce sont aussi des causes complexes qui ont développé un si grand nombre de cas de scorbut sur nos soldats, pendant le siège mémorable de Sébastopol. Le scorbut n'est pas contagieux : les faits que Fodéré a réunis pour prouver le contraire ne sont pas concluants.

Traitement. — Le scorbut est une des maladies dont l'homme peut le mieux

se préserver lorsqu'il s'entoure de conditions hygiéniques favorables. Un air sec, des vêtements chauds, et une bonne alimentation à la fois végétale et animale, sont les meilleurs préservatifs. Sur mer, on peut aussi se garantir du scorbut : cette maladie, en effet, quoique affectant quelquefois encore les équipages, est loin d'offrir la gravité qu'elle avait autrefois. Pour la prévenir, il faut veiller à la propreté du navire; il faut n'y entretenir aucune cause d'humidité; on sera pourvu de provisions fraîches; les matelots auront de bons vêtements, qu'ils changeront dès qu'ils seront humides; on leur donnera quelques fruits acides; on leur distribuera quelques rations de liqueurs spiritueuses; enfin on tâchera de les égayer par la musique, par les danses, les spectacles, les récits, etc. C'est par une hygiène bien ordonnée qu'on est parvenu à se garantir presque entièrement du scorbut, même pendant les navigations les plus longues et les plus pénibles : ainsi cette maladie, qui, pendant les siècles derniers, privait souvent des flottes entières de la plus grande partie de leur effectif, a aujourd'hui presque complètement disparu. La cessation de ce fléau explique en grande partie la diminution énorme de la mortalité dans la marine anglaise (1).

Lorsque le scorbut se déclare, il faut, aussitôt qu'on le peut, soustraire les individus aux causes qui ont développé la maladie. Si les malades peuvent manger, on leur donne une alimentation substantielle et douce; la chair de poisson, et surtout celle de tortue, sont très-utiles. Les bouillons gras contenant beaucoup de plantes : le cresson, la laitue, l'oseille, le cerfeuil, les fruits acides, les limonades végétales, le lait, l'infusion de bourgeons de sapin, le bon vin, tels sont les moyens qu'il convient d'employer au début. Il faut, en même temps, vaincre la répugnance que les malades ont pour le mouvement, et les forcer à se promener.

Tout le monde, mais Lind surtout, vante beaucoup les citrons et les oranges comme des moyens excellents pour guérir le scorbut et même pour s'en préserver. Les acides minéraux semblent, au contraire, avoir peu d'efficacité. On a aussi préconisé l'usage de toutes les plantes âcres ou amères : ainsi l'ail, l'oignon, la moutarde, le raifort, le cochlearia, le quinquina, ont été donnés en nature, en infusion, en conserve, en sirop. Ces moyens conviennent aussi dans les hémorrhagies; mais alors on les associe aux astringents. Il faut que le traitement soit continué pendant longtemps, si l'on ne veut pas avoir des rechutes. Le gonflement, l'état fongueux des gencives, exigent l'emploi des gargarismes toniques, astringents; on pourra aussi toucher la muqueuse avec l'acide chlorhydrique. Si les extrémités s'œdémaient, on fera des frictions sèches avec la vapeur d'ambre, de benjoin; les ulcères seront lavés et pansés avec des substances antiseptiques. Si le scorbut se complique de dysenterie, on conseille d'employer les toniques, de petites doses de rhubarbe, la thériaque, le diascordium, ou bien encore on donne de temps en temps un peu d'ipécacuanha. Chez les scorbutiques, il faut s'abstenir des purgatifs énergiques et des vésicatoires; car les premiers augmentent la faiblesse, et les seconds peuvent être suivis de gangrène. Ces malades supportent aussi fort mal les saignées. Cependant celles-ci ne sont pas absolument contre-indiquées; on les a vues amener du

(1) L'amélioration dans les conditions hygiéniques qui a si profondément modifié la mortalité de la plupart des classes de la société, a surtout agi de la manière la plus heureuse sur les marins anglais. En effet, la mortalité qui en 1779 était chez eux de 1 sur 8 chaque année, n'était en 1811 que de 1 sur 32, et actuellement, ou du moins il y a quinze ou vingt ans, elle n'était que de 1 sur 72. Tout porte à penser que l'amélioration est aujourd'hui encore plus grande.

soulagement dans ces cas rares de scorbut fébrile qui s'accompagnent d'une augmentation plus ou moins grande dans le chiffre de la fibrine.

DE L'HÉMOPHILIE, OU DIATHÈSE HÉMORRHAGIQUE

L'hémophilie est une affection probablement congénitale, caractérisée par une disposition des individus à des hémorrhagies toujours sérieuses et souvent mortelles.

Historique. — Il est fort étrange qu'une disposition aussi fâcheuse de l'économie n'ait guère été décrite que depuis soixante ans environ : cependant un médecin arabe, du nom de Alsaharavi, en avait, dit-on, tracé les principaux caractères; mais c'est depuis 1793 que la maladie a été reconnue et signalée en Westphalie, puis dans l'Amérique du Nord, et enfin dans la plupart des États de l'Europe. Des dissertations nombreuses ont été publiées : on distingue, à l'étranger, celles des docteurs Wachsmuth (1849), Lange (de Potsdam) (1850), Grandidier (de Cassel); celles du professeur Magnus Huss (de Stockholm) (4). En France, des remarques importantes ont été faites par MM. Lebert (2), Tardieu (3), Dequevauvillers (4), Wolff (5), Schnepf (6). Enfin, le docteur Bordmann a soutenu en 1855, à la faculté de Strasbourg, une thèse riche de faits et d'érudition, qui résume bien ce qui a été publié d'important sur cette redoutable affection. Je ferai de nombreux emprunts à cet excellent travail.

Symptômes. Marche. — L'hémophilie est caractérisée par des infiltrations et par des épanchements de sang qui se font spontanément dans les tissus, et surtout par des écoulements sanguins opiniâtres survenant sans cause appréciable, ou à l'occasion d'une plaie. La solution de continuité la plus légère, la plus superficielle, la plus circonscrite, comme une piqûre de lancette ou de sangsue, une dent arrachée, la vaccination elle-même, la rupture de la membrane hymen, etc., peuvent donner lieu à un écoulement sanguin que rien n'arrête et qui finit par épuiser et par tuer les malades. Fréquemment aussi il y a des hémorrhagies spontanées apparaissant dès la première enfance, très-souvent dès les premiers mois et à peu près à l'époque de la première dentition. Les plus fréquentes sont des épistaxis; viennent ensuite, par ordre de fréquence, des écoulements sanguins par les gencives, par le voile du palais, par l'urèthre, par le cordon ombilical et le canal intestinal. Les hémorrhagies par les poumons et par les oreilles sont très-rares; trois fois le sang s'est échappé spontanément par l'extrémité des doigts, et dans un des cas la mort s'en est suivie. Les organes génitaux de la femme, le scrotum, les épaules, le ventre, la conjonctive, ont aussi fourni du sang.

Ces hémorrhagies persistent parfois jusqu'à ce que mort s'ensuive; rarement elles durent moins de trois heures, elles se prolongent parfois pendant deux septénaires. La quantité de sang perdue varie donc beaucoup, suivant les cas. On cite un homme qui perdait, en vingt-quatre heures, de 1500 à 2000 grammes de sang par la face interne des lèvres et des joues : cet écoulement durait en général trois ou quatre jours, au bout desquels on parvenait ordinairement à arrêter l'hémorrhagie. Non-seulement du sang est exhalé par les membranes

(1) *Archives générales de médecine*, août 1857.

(2) *Ibid.*, année 1837.

(3) *Ibid.*, année 1841.

(4) Thèses de Paris, année 1844, n° 87.

(5) Thèses de Strasbourg, année 1844.

(6) *Gazette médicale*, année 1855.

en rapport avec l'extérieur, mais il peut s'en épancher aussi dans les cavités séreuses, ainsi que dans l'épaisseur des tissus, soit dans les viscères, soit dans les membres.

Les pertes de sang se renouvellent à des époques plus ou moins rapprochées, on les a vues quelquefois devenir périodiques. Les différentes hémorrhagies spontanées peuvent se succéder, alterner entre elles, ou avoir lieu à la fois par plusieurs endroits. On comprend qu'en se renouvelant et en se multipliant de la sorte, elles doivent amener après elles un état anémique plus ou moins prononcé.

Nous n'avons pas encore de renseignements précis sur la qualité du sang dans les hémorrhagies dont nous parlons : les uns disent que ce liquide est clair, limpide; d'autres prétendent qu'il est foncé et coagulable; on s'accorde assez généralement pourtant à reconnaître qu'il contient moins de fibrine, et Rokitansky dit qu'il renferme moins de globules, moins de fibrine et d'albumine, et une plus forte proportion de sérum.

Chez les individus qui offrent la diathèse hémorrhagique, on a noté fréquemment des douleurs articulaires avec ou sans gonflement. Considérées comme rhumatismales pour la plupart, comme de nature névralgique par quelques-uns, elles semblent s'expliquer quelquefois par une suffusion sanguine qui se fait à l'intérieur ou à l'extérieur des articulations.

Diagnostic. — Le diagnostic de la diathèse hémorrhagique est facile. Toutes les fois, dit M. Bordmann, qu'on verra fréquemment survenir chez un individu des hémorrhagies spontanées ou traumatiques tellement difficiles à arrêter que les moyens hémostatiques ordinaires ne suffisent plus; lorsqu'on constatera sur le corps des sugillations, des ecchymoses; lorsque le malade enfin se plaindra de douleurs articulaires, on pourra à coup sûr diagnostiquer la diathèse hémorrhagique. Le purpura hémorrhagique est la seule affection qui ait de la ressemblance avec elle. Les symptômes fondamentaux sont en effet les mêmes dans les deux cas; mais le purpura est une maladie accidentelle et acquise, tandis que l'hémophilie est constitutionnelle. En somme, les deux affections se ressemblent par les symptômes, mais elles diffèrent par leur origine et par leur cause.

Pronostic. — La diathèse hémorrhagique est une affection des plus graves; elle est à redouter à cause de son opiniâtreté, de ses fréquentes récurrences, du peu d'efficacité de la thérapeutique contre elle, et de sa terminaison le plus souvent fatale. Si l'on compte parmi ceux qui en sont atteints quelques vieillards, on peut dire pourtant que de tels malades ont peu de chances de longévité. Le pronostic est d'autant plus fâcheux que les sujets sont de constitution plus chétive et qu'ils sont plus jeunes. Les maladies incidentes, surtout les phlegmasies, sont fréquemment funestes à cause des hémorrhagies qu'elles provoquent parfois avec une grande violence.

Étiologie. — La diathèse hémorrhagique est peut-être toujours congénitale; elle se manifeste de bonne heure, dans l'enfance ou dans l'adolescence, rarement elle débute après la vingtième année. Souvent elle est héréditaire, et cette fâcheuse aptitude se transmet quelquefois successivement à plusieurs générations : tantôt alors tous les membres de la famille en sont indistinctement frappés; tantôt la maladie ne se voit que chez les individus du même sexe, surtout chez les sujets du sexe masculin. Il est constant, en effet, que les femmes sont beaucoup moins sujettes à la diathèse hémorrhagique, et chez elles aussi les phénomènes sont moins prononcés et moins graves. La plupart des hémophiles ont une constitution molle, lymphatique. La diathèse hémorrhagique a

été observée spécialement en Allemagne et dans l'Amérique du Nord; quelques cas ont été recueillis en Angleterre et en Suisse; on en a peu rencontré en France, mais il ne paraît pas, d'après M. Bordmann, que l'Italie et l'Espagne en aient encore fourni aucun exemple.

Traitement. — Le traitement de la diathèse hémorrhagique est encore peu avancé; il est palliatif, curatif ou prophylactique.

Lorsque la diathèse se révèle et produit des hémorrhagies, il faut se hâter d'arrêter l'écoulement sanguin. Pour cela on aura recours à tous les moyens usités dans les cas d'hémorrhagie passive. Si celle-ci est extérieure, nous emploierons surtout les styptiques et la compression; nous redouterions beaucoup les moyens chirurgicaux, comme la ligature; car souvent la surface de la plaie a été la source d'une hémorrhagie mortelle. Nous craindrions même la cautérisation, attendu que la chute de l'eschare laisserait une plaie par laquelle une hémorrhagie grave pourrait encore s'effectuer.

La plupart des hémophiles ayant une constitution lymphatique, les hémorrhagies auxquelles ils sont sujets les rendant plus ou moins anémiques, il importe de réparer leurs pertes, et de modifier leur état constitutionnel en les plaçant dans les meilleures conditions hygiéniques. Leur alimentation sera substantielle; les amers, le quinquina, les ferrugineux, les bains sulfureux, les bains de mer, et mieux encore les affusions et douches froides compléteront le traitement.

Les individus dont nous parlons devront être entourés de soins particuliers; car la moindre contusion, la plus légère solution de continuité, peuvent provoquer la manifestation de la diathèse. Aussi doit-on s'abstenir chez eux de toute opération sanglante, même de toute dénudation de la peau, à moins d'absolue nécessité, et dans ce cas on soumettra les individus à une surveillance de tous les instants pour combattre les accidents diathésiques dès leur manifestation.

Nature. — La plus grande incertitude règne encore sur la nature de la diathèse hémorrhagique; les rares autopsies qu'on a faites n'ont conduit à aucun résultat. Les uns ont expliqué l'abondance et la répétition des hémorrhagies par une atonie des solides, spécialement du système lymphatique; d'autres ont accusé une altération du sang, une diminution dans la proportion de sa fibrine; d'autres, enfin, ces deux causes réunies. La première opinion n'est qu'une hypothèse non susceptible de démonstration. L'idée d'une défibrination et d'un appauvrissement du sang pourrait être défendue par la possibilité de reproduire des accidents analogues chez les animaux en défibrinant leur sang; et parce que toutes les fois qu'il est question des qualités de ce liquide, on le signale comme étant pâle, séreux, appauvri, comme contenant beaucoup moins de fibrine, ainsi que la chose a été particulièrement notée chez un malade que j'avais soigné moi-même à l'hôpital Cochin, et dont M. Tardieu a publié l'intéressante relation dans les *Archives* de 1841. Tout en témoignant de ces résultats, nous croyons que la question est loin d'être jugée; aussi importe-t-il de renouveler et de varier les analyses. Il n'y aurait rien d'impossible, enfin, que nous ne puissions pas saisir toutes les conditions du phénomène morbide, et qu'il y eût pour cette diathèse, comme pour toutes les autres, une inconnue.

CINQUIÈME CLASSE DE MALADIES

DES SÉCRÉTIONS MORBIDES

Sous les titres de *sécrétions morbides*, *lésions de sécrétion*, *d'hypercrinies*, *d'hyperdiacrisies*, *d'hétérocrinies*, on comprend un grand nombre d'affections caractérisées par l'augmentation d'un fluide naturel, ou bien par la sécrétion accidentelle d'un fluide inaccoutumé, sans qu'on puisse constater aucune lésion appréciable dans le tissu. Le produit de cette sécrétion morbide peut s'écouler au dehors, ou bien être retenu dans les parties mêmes où il a été exhalé. Dans le premier cas, on dit qu'il y a *flux*; dans le second, on dit qu'il y a *collection* ou *épanchement*. On peut, d'ailleurs, dans le même organe, voir alternativement les liquides exhalés s'écouler au dehors ou être retenus; c'est ce qu'on observe particulièrement pour l'utérus.

C'est avec raison que les anciens nosographes ont admis sous le nom de *flux* et de *collection* une grande classe de maladies que quelques modernes avaient vainement essayé de faire disparaître, en voulant toujours rattacher la sécrétion morbide à une altération matérielle de l'organe exhalant. Les recherches d'anatomie pathologique ont démontré combien ces prétentions étaient peu fondées: elles ont prouvé, en effet, que des flux et des collections liquides considérables pouvaient exister pendant longtemps sans aucune lésion appréciable dans les parties; que si parfois on en rencontrait quelque-une, comme un peu d'injection, ou une légère augmentation de volume, soit de l'organe entier, soit de quelques-uns de ses éléments anatomiques, ces modifications de l'acte nutritif sont exceptionnelles, elles ne sont point en rapport avec les accidents observés pendant la vie, et ne sauraient par conséquent les expliquer. Il est donc impossible, dans ces cas, de caractériser *anatomiquement* la maladie. Prétendre que celle-ci consiste dans une *irritation sécrétoire*, ce n'est point résoudre le problème, mais c'est dissimuler notre ignorance par un mot vague qui ne démontre rien. Dans l'impuissance où nous sommes de pénétrer la nature de la maladie, nous ne saurions donc mieux faire que de la caractériser par le phénomène prédominant, c'est-à-dire par l'exhalation et l'excrétion du liquide. Ce symptôme, d'ailleurs, peut, abstraction faite de la cause la plus souvent inconnue qui le produit, expliquer la plupart des accidents que l'on observe, et il devient en outre la source des principales indications à remplir.

Il est peu de parties du corps qui soient à l'abri des affections dont je parle: cependant il en est qui y sont plus exposées que d'autres. Ainsi les glandes, la peau, les membranes muqueuses, les séreuses, le tissu cellulaire, tous les organes, en un mot, qui exhalent, qui sécrètent un fluide, peuvent devenir le siège d'une hypercrinie. D'après son origine si différente, on comprend que la nature du liquide doit beaucoup varier: tantôt il ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est à l'état normal, le plus souvent il est modifié dans ses qualités