

poule veineuse siège au-dessus ou au-dessous du sphincter externe : les hémorroïdes internes ne sont appréciables, en général, qu'à l'exploration digitale, à moins qu'un effort puissant de défécation en ait provoqué la procidence; en ce cas elles peuvent apparaître à l'orifice anal, et même, accident plus sérieux, s'y étrangler.

Les hémorroïdes externes sont au contraire nettement appréciables à la vue; elles sont habituellement le résultat de la production de diverticulum veineux ayant franchi le sphincter et venant faire saillie sous la peau qui confine à l'orifice anal; là, elles peuvent affecter des dispositions variées, suivant que la dilatation veineuse porte sur des portions limitées ou sur toute la circonférence du réseau vasculaire périrectal. Quand la dilatation veineuse est limitée, on observe de petites tumeurs molles, de coloration violacée, de nombre et de volume variables, qui paraissent comme appendues au pourtour de l'orifice, qui se gonfle lui-même en se renversant, sous l'influence des efforts.

Les parois des ampoules hémorroïdaires ne diffèrent pas, quant à leur structure, de celles des tumeurs variqueuses en général, mais, étant exposées soit à des ruptures, soit au contact irritant des matières fécales, le tissu cellulaire qui les avoisine est plus particulièrement disposé à s'enflammer, parfois même il s'épaissit tellement que l'ampoule hémorroïdaire forme une tumeur d'une dureté pierreuse qui lui a mérité le nom de *marisque*; ailleurs cette inflammation périphérique a étranglé le pédicule vasculaire qui suspendait la dilatation variqueuse, donnant ainsi naissance à ce qu'on a appelé une *hémorroïde aveugle*.

Les hémorroïdes sont presque constamment accompagnées d'un certain nombre de lésions secondaires; parmi les plus fréquentes il faut mentionner les fissures anales, les fistules suite d'abcès développés par suppuration d'une hémorroïde ou du tissu cellulaire circonvoisin, le catarrhe de l'extrémité inférieure de l'intestin (*blennorrhée rectale*).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE. — L'effort prolongé et particulièrement l'effort de défécation semble, d'après ce que nous avons déjà eu l'occasion de dire, être la condition étiologique par excellence de la production des hémorroïdes. Pour certains pathologistes même, à la tête desquels se place le professeur Gosselin, les hémorroïdes seraient l'apanage à peu près exclusif des individus fortement constipés: en d'autres termes, la *stase veineuse*, pour la majorité de l'école chirurgicale moderne, en serait

le point de départ presque constant. A elle, du reste, peuvent se rapporter les hémorroïdes de la grossesse ou des compressions par tumeurs intra-abdominales, les hémorroïdes par ralentissement du sang dans le domaine de la veine porte, comme celles qui suivent les anciennes rétentions d'urine ou la fissure à l'anus, modalités pathologiques diverses qui agissent comme la constipation opiniâtre en provoquant les contractions spasmodiques du sphincter (1). D'ailleurs, dans son récent ouvrage sur les dyspepsies, le professeur Sée a défendu la même opinion avec conviction. Mais la stase veineuse est loin de rendre compte de tous les faits. Que de gens non constipés et qui sont pourtant affectés d'hémorroïdes, que de femmes habituellement resserrées et qui n'en ont jamais eu, tandis que d'autres voient à chaque époque menstruelle les veines du rectum participer au molimen cataménial et donner du sang! Et les hommes qui ont périodiquement un mouvement fluxionnaire du côté de l'abdomen, lequel se juge, au grand profit de leur santé, par un flux hémorragique! Force est donc d'admettre, parmi les influences productrices des tumeurs hémorroïdaires, des *influences actives*, de véritables molimens qui entraînent la dilatation des veines rectales, dilatation qui peut aller jusqu'à l'hémorrhagie.

C'est là d'ailleurs une doctrine bien ancienne admise déjà par l'école hippocratique, doctrine toute d'observation, et qui, soutenue par tous les vieux maîtres jusqu'à Stahl, Récamier, Moissenet, Trousseau, a été énergiquement défendue par Bazin dans son traité des diathèses.

Sans aller aussi loin que les disciples de Stahl, sans admettre une *maladie hémorroïdaire*, sorte de diathèse mal définie, ayant comme condition génératrice un état plus mal défini encore: la *pléthore abdominale*, nous soutenons l'influence incontestable des congestions actives, comme source des hémorroïdes. Ces congestions s'observent chez les gros mangeurs, chez ceux qui surmènent leur foie et leur système porte par une alimentation trop riche et

(1) La gêne de la circulation dans le système porte par le fait de *cirrhose hépatique*, a été longtemps considérée comme devant engendrer souvent le développement des hémorroïdes dans le cours de cette maladie (Fleury, Monneret). Cette manière de voir, fort rationnelle du reste, n'est point aussi générale qu'on pourrait le penser: sans être aussi exceptionnelles que le dit Duret, les hémorroïdes dans la cirrhose du foie ne sont pas très fréquentes, ce qui s'explique par le développement des *veines portes accessoires*.

trop excitante, surtout s'ils sont condamnés à une vie sédentaire et au travail de cabinet; mais on les constate surtout chez toute cette catégorie de malades, qu'on appelle d'une façon un peu vague des *arthritiques*, et chez lesquels la fluxion hémorroïdaire constitue un de ces moyens de décharge variés auxquels les exposent leurs dispositions constitutionnelles. L'arthritisme, en effet, maladie de race par excellence, représente une des modalités importantes de ces affections *par ralentissement de la nutrition* (Bouchard), qui s'opposent à la parfaite combustion des matières azotées et établissent chez le malade un état permanent d'*uricémie*, dont l'expression symptomatique variera avec les sujets, en produisant chez eux tour à tour les migraines, la dyspepsie flatulente, l'asthme, la lithiase biliaire ou rénale, l'eczéma, l'urticaire, la goutte, les hémorroïdes enfin.

DESCRIPTION. DIAGNOSTIC. — La symptomatologie des hémorroïdes est habituellement simple; d'ordinaire les *phénomènes subjectifs* ouvrent la scène: on note de la tension avec un sentiment de pesanteur au niveau de l'orifice anal, parfois un peu de douleur en allant à la selle, presque toujours de la constipation, quelquefois même un léger écoulement sanguin qui, en général, soulage le malade.

Plus tard apparaîtront les *signes physiques*. Longtemps on pourra n'avoir affaire qu'à une saillie un peu plus prononcée de la muqueuse pendant l'acte de défécation. A ce moment la muqueuse est rouge, turgescence, violacée, et le patient accuse au médecin la production d'un bourrelet muqueux qui disparaît rapidement et qui doit être distingué du paquet hémorroïdaire, dont la réduction n'est jamais complète; d'autres fois il s'agit simplement d'une petite boule pédiculée, dont il est facile de reconnaître la nature et qui se gonfle aussi pendant l'effort d'expulsion pour se flétrir ensuite.

L'hémorragie rectale est un des symptômes les plus fréquents des hémorroïdes. Habituellement c'est l'effort même de défécation et la pression mécanique des matières au passage qui favorisent cet écoulement, dont les proportions du reste varient avec chaque sujet. L'écoulement sanguin se reproduit d'une façon indéterminée, et s'il est des gens chez lesquels chaque garde-robe entraîne quelques gouttes de sang, il en est d'autres, au contraire, qui voient reparaitre périodiquement le flux hémorroïdal sans que la constipation semble en rien l'avoir préparé. Chez de tels malades le

flux hémorragique est précédé souvent, comme chez la femme, dans la période précatataméniale, d'un véritable molimen, représenté par des troubles gastriques, de la pesanteur de tête, de l'accélération du pouls, de la tension dans les hypochondres et dans le ventre, du ténisme rectal ou vésical, état auquel l'écoulement hémorragique fait succéder un véritable bien-être.

Parfois les hémorroïdes internes ne sont pas procidentes, elles ne se traduisent que par des phénomènes subjectifs, et le toucher rectal seul permet d'en affirmer l'existence.

Les hémorroïdes s'accompagnent de troubles secondaires qu'il est bon de signaler; la constipation, qui a passé si longtemps pour être la cause de ces tumeurs hémorroïdaires, peut quelquefois en être la conséquence; en rétrécissant le diamètre de l'orifice anal les dilatations veineuses impriment une forme parfois spéciale aux matières fécales; elles leur donnent l'aspect de rubans ou de lanières; il y a en même temps de la dilatation du gros intestin, avec accumulation d'excréments et production des cybales; enfin des phénomènes de dyspepsie, *pseudo-dyspepsie* des hémorroïdaires bien signalée par G. Sée et qu'un examen approfondi peut seul empêcher de confondre avec une dyspepsie essentielle.

En cas d'hémorroïdes très développées ou anciennes, il s'établit presque toujours une sécrétion catarrhale de l'extrémité du gros intestin, une véritable rectorrhée pouvant revêtir l'aspect dysentérique ou celui d'un liquide diarrhéique, dans lequel nagent les matières desséchées.

Ces liquides, qui baignent et irritent l'orifice rectal, lui donnent une apparence sanieuse qui peut en imposer à un œil peu exercé pour des végétations ou des condylomes syphilitiques; mais l'apparence lisse et la mollesse de la tumeur, sa réductibilité et, enfin, l'apparition de l'écoulement sanguin lèvent les doutes. Mais, lorsque l'irritation chronique du tissu cellulaire ambiant a amené la production des marisques, il sera parfois fort difficile de différencier ce tissu sanieux et induré d'une dégénérescence épithéliomateuse, d'autant que la transformation *in situ* des hémorroïdes n'est pas un fait très rare. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe le plus d'établir au point de vue du diagnostic, c'est le point de départ des hémorroïdes: on cherchera d'abord s'il n'existe pas de cause mécanique directe qui justifie leur présence (cirrhose du foie, tumeur intra-abdominale, grossesse); puis, cette cause éliminée, on établira les rapports qui les unissent à une maladie constitutive

nelle probable : du diagnostic pathogénique porté, dépendra la thérapeutique à instituer (1).

COMPLICATION. PRONOSTIC. — Dans la grande majorité des cas, les hémorroïdes doivent être considérées comme une incommodité et non comme une affection grave; il n'en est pas moins vrai que quelquefois elles déterminent des accidents très sérieux. Au premier rang il faut compter les hémorragies intenses, répétées, qui jettent le malade dans une anémie profonde, pouvant même s'accompagner d'anasarque; puis viennent les inflammations, soit catarrhales, soit profondes de la muqueuse, les fissures, les abcès, la phlébite, phlébite qui a pu devenir le point de départ d'hépatites suppuratives (Boric, Leudet), la procidence du rectum, l'étranglement des tumeurs hémorroïdales, avec ou sans phénomènes gangréneux, enfin, la dégénérescence épithéliomateuse que nous avons déjà signalée.

TRAITEMENT. — Lorsque les hémorroïdes se bornent à provoquer une légère douleur avec un écoulement sanguin très modéré, la thérapeutique ne doit pas intervenir; il y a là comme une décharge salutaire qui met à l'abri de congestions plus sérieuses; il est même bien parfois de stimuler un peu ce mouvement fluxionnaire, s'il venait à s'atténuer, en administrant quelques pilules laxatives, généralement à base d'aloès (grains de santé de Franck, pilules antecibus, écossaises, etc.), en tout cas, il faut combattre la constipation (eaux amères de Pullna ou d'Hunyadi, sel de Sedlitz, magnésie effervescente, etc.); le malade mangera peu, il prendra quelques soins hygiéniques utiles (grands bains, lavements émoullissants, lotions fraîches), il se servira habituellement de sièges empaillés et d'un coussin de caoutchouc dans les longs trajets en chemin de fer. En cas de douleurs pénibles, recourir à l'usage de quelques suppositoires à l'extrait de ratanhia ou de belladone. La fleur de soufre a joui pendant longtemps d'une réputation toute spéciale dans le traitement des tumeurs hémorroïdales.

Les hémorragies, même importantes, ne doivent être combattues qu'avec la plus extrême réserve, car les exemples sont nombreux où l'on a vu leur suppression brusque suivie d'accidents graves. Souvent il sera suffisant de leur opposer des lotions avec de l'eau

(1) On se rappellera que les hémorroïdes sont très rares chez les jeunes enfants, et que la plupart des faits considérés comme tels n'étaient autres que des cas de polypes muqueux (Damaschino).

aluminée ou avec des infusions de millefeuille (B. Teissier), qui a pour action de modérer le flux hémorrhagique.

Ce n'est que lorsque celui-ci prendra des proportions inquiétantes, qu'il faudra songer à une intervention active et instituer un traitement chirurgical (cautérisation, écrasement ou autre), mais en songeant toujours qu'en cette matière les opérations, même d'urgence, ne sont pas innocentes, et que les interventions, en apparence les mieux justifiées, peuvent entraîner les plus fâcheux résultats : tel le fait rapporté par B. Teissier et concernant un pauvre malade chez lequel la cautérisation d'un énorme paquet hémorroïdaire donnant lieu à des hémorragies intenses fut suivie, au bout de deux mois, de vertiges répétés et, quelque temps après, des accidents de la périencéphalite.

Enfin, quand on se décide à intervenir, le traitement le plus rationnel, celui qui semble aussi avoir donné le plus de succès, c'est la dilatation forcée. Le rôle joué par le sphincter anal dans la production des hémorroïdes explique suffisamment les avantages de ce procédé.

STAHL. De hemorrhoidalis motus et flexus hemorrhoidum diversitate. Paris, 1731. — RÉCAMIER. Essai sur les hémorroïdes, th. de Paris, 1800. — DE LARROGET. Traité des hémorroïdes. Paris, 1812. — JOBERT (de Lamballe). Dissert. sur les hémorroïdes, th. de Paris, 1828. — BÉRARD et RAIGÉ-DELOREME. Art. Hémorroïdes, in Diction. en 30 vol. — LASÈGUE. Stahl et sa doctrine, th. de Paris, 1846. — DEMARQUAY. Mémoire sur le traitement des hémorroïdes (Gaz. méd. de Paris, 1860). — AUDOUIN. Liaison clinique des hémorroïdes et de la goutte, th. de Paris, 1861. — GOSSELIN. Leçons sur les hémorroïdes. Paris, 1866. — LANNELONGUE. Art. Hémorroïdes, in Nouv. Dict. de méd. et chirurg., 1873. — DURET. Arch. gén. de méd., 1879-1880; Bull. de la Soc. anat. — B. TEISSIER. Clin. de l'Hôtel-Dieu de Lyon (inédit). — MONOCHIN. De la dilatation forcée dans le traitement des hémorroïdes. Paris, 1877. — BOUCHARD. Cours de pathol. générale, 1879-1880. — G. SÉE. Dyspepsie gastro-intest. Paris, 1881. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 1880. — VERNEUIL. Bull. Soc. anat., 1835. — FONTAN. Traitement des hém. par la dilat. forcée. Paris, J.-B. Baillière, 1877. — B. TEISSIER. Traitement des flux hémorroïdaux trop abondants par l'usage de la millefeuille (Bull. thérap., p. 176, t. IV). — DAMASCHINO. Malad. des voies digestives, 1880.

## COLIQUE INTESTINALE.

Bien que la colique intestinale ne constitue pas une maladie, mais seulement un symptôme, elle se rencontre si fréquemment dans les maladies de l'intestin, que nous avons cru devoir lui consacrer un chapitre à part, en raison de son importance sémiotique. On donne le nom de colique à une douleur particulière siégeant dans l'abdo-

men, exacerbante, constrictive ou déchirante, ayant de la tendance à l'irradiation et s'accompagnant toujours d'une sensation pressante d'expulsion. Ce besoin d'évacuations et le soulagement qui en résulte sont constants dans la colique, que, d'une façon générale, on a pu considérer comme la contraction lente et prolongée, et par suite douloureuse, des muscles lisses d'un organe creux cherchant à expulser son contenu (colique intestinale, hépatique, néphrétique, utérine, vésicale, etc.).

La colique intestinale, comme nous venons de le dire, est toujours symptomatique. Nous étudierons donc successivement sa symptomatologie, ses causes physiologiques, les lésions auxquelles elle se rattache.

DESCRIPTION. — Le début de la colique est généralement brusque; parfois cependant elle s'établit lentement et comme par degrés. C'est d'abord une douleur modérée qui devient rapidement plus vive, exacerbante, qui s'accompagne d'une sensation de constriction, de torsion, de pincement, de brûlure, et revêt parfois les caractères les plus insolites.

Ces sensations douloureuses varient beaucoup d'intensité: parfois peu marquées, elles peuvent devenir atroces. Le malade s'agite dans son lit, ne sachant quelle position garder pour soulager un peu ses souffrances; d'autres fois il reste immobile, pressant son abdomen avec ses mains, ou couché sur le ventre, ou encore pelotonné sur lui-même, les cuisses énergiquement fléchies sur le bassin par un mouvement réflexe involontaire. En même temps le visage est pâle et décomposé, le malade pousse des cris ou exprime sa souffrance par des soupirs étouffés et des gémissements. L'anxiété est extrême: des symptômes nerveux, du délire, des convulsions chez les enfants, viennent s'ajouter à ce cortège. Le pouls reste le plus souvent normal.

Le ventre est souvent ballonné par les gaz qui, en se déplaçant, produisent des gargouillements et des borborygmes; plus rarement il est rétracté et comme accolé à la colonne vertébrale. Les contractions des muscles lisses de l'intestin donnent lieu à de pressants besoins d'aller à la selle, et les évacuations amènent un soulagement notable de plus ou moins longue durée. Parfois cependant les efforts d'expulsion restent infructueux (*colique sèche*). Les vomissements ne sont pas très rares.

Quant au siège de la douleur, c'est généralement au pourtour de l'ombilic qu'elle est la plus marquée. De là elle s'irradie dans les

flancs et à l'hypogastre, si bien qu'il est parfois impossible au malade de la localiser.

La marche et la durée sont assez variables. La colique revêt souvent une forme irrégulièrement intermittente et les accès peuvent se répéter à de très courts intervalles ou, au contraire, à plusieurs heures de distance. Pendant les périodes de rémission, le malade est calme, un peu alangui, mais il ne souffre pas, à moins d'une douleur abdominale persistante dépendant d'une lésion quelconque de l'intestin.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons indiqué déjà qu'à un point de vue général la colique résultait de la contraction des muscles lisses d'un organe creux cylindrique. Ce fait est évident pour les coliques de l'utérus pendant le fonctionnement normal et physiologique des muscles lisses de cet organe. Traube a parfaitement démontré qu'un obstacle quelconque amenait au-dessus de lui des contractions péristaltiques très énergiques et douloureuses ne cessant qu'après sa disparition, et que, par suite, les coliques étaient dues à des tensions et à des contractions musculaires. Cette théorie, admise généralement aujourd'hui, trouve son application immédiate pour la colique intestinale, effet indirect de l'obstruction intestinale, et direct de la tension gazeuse au-dessus de l'obstacle (G. Sée).

C'est ainsi que la colique se produit dans tous les cas d'occlusion que nous avons étudiés, aussi bien que dans ceux où il n'existe qu'une contraction spasmodique ou une paralysie d'une portion du tube intestinal.

Certaines maladies, l'hystérie, l'hypochondrie, les émotions morales vives, s'accompagnent de coliques dans lesquelles l'irritation productrice semble partir directement des centres nerveux (Morache et Zuber), et notamment dans ces formes auxquelles les anciens donnaient le nom de *sympathiques* (Monneret); la colique est un réflexe médullaire dont le grand sympathique est la voie centripète (Bamberger).

ÉTIOLOGIE. — D'une façon générale, la colique est beaucoup moins fréquente dans la vieillesse qu'à tous les autres âges de la vie; elle est plus commune chez la femme que chez l'homme et se montre de préférence chez les individus nerveux.

Nous énumérerons rapidement les maladies dans lesquelles la colique joue le rôle de symptôme.

Un certain nombre de maladies de l'estomac s'accompagnent

de coliques, ce sont : les gastrites, les indigestions, les empoisonnements par les acides, la belladone, l'opium, les champignons, etc.

Lorsque l'inflammation intestinale porte sur l'intestin grêle, comme dans les entérites simple, aiguë, chronique, tuberculeuse, les coliques sont peu accusées lorsqu'elles existent et se montrent seulement au moment des évacuations; lorsque c'est au contraire le gros intestin qui est enflammé (colite, dysenterie, purgatifs drastiques), elles sont très intenses. L'hémorrhagie intestinale, les hémorrhoides, les entozoaires, la pneumatose intestinale, sont fréquemment accompagnés de coliques parfois très vives. Mais c'est surtout lorsqu'il existe un obstacle au cours des matières (occlusion intestinale) que le symptôme colique devient prédominant et revêt une acuité excessive (*colique de miséréré*).

La perforation de l'intestin, la péritonite, sont ordinairement marquées au début par des coliques excessivement intenses, qui font bientôt place à une douleur abdominale persistante.

Le rhumatisme et la goutte s'accompagnent assez souvent de coliques que l'on a considérées tantôt comme un signe de la dyspepsie concomitante, tantôt, et c'est peut-être l'explication la plus probable, comme une manifestation viscérale de la diathèse rhumatismale ou gouteuse.

L'empoisonnement par le plomb, l'arsenic, le cuivre, donne lieu à des coliques d'une intensité remarquable et qui étaient un des types *sympathiques* des anciens auteurs.

La colique nerveuse, colique spasmodique de Cullen, a été décrite sous une foule de noms différents : colique sèche, des vaisseaux, végétale, du Poitou, du Devonshire, de Normandie, etc. C'est une affection revêtant fréquemment une forme endémique ou épidémique présentant absolument tous les symptômes de l'intoxication saturnine à laquelle elle se rattache sans aucun doute (Lefèvre, Dutroulau, Fonssagrives, Le Roy de Méricourt, Leudet, etc.), bien que dans certains cas cette explication offre encore plus d'une difficulté (A. Laveran).

TRAITEMENT. — Nous n'insisterons pas ici sur le traitement de la colique, qui doit être avant tout celui de la maladie dont elle est le symptôme. Cependant, pour atténuer la douleur, on aura recours à un certain nombre de moyens plus ou moins efficaces, et en particulier aux applications chaudes, à la glace sur l'abdomen, aux antispasmodiques, au chloral, à l'opium, à la belladone, etc.

DURAND-FARDEL. Art. Coliques, in Dict. des Dict., 1851. — BADOUR. Étude sur la colique, th. de Paris, 1859. — LEFÈVRE. Recherches sur les causes de la colique sèche, etc., 1859; Arch. de méd. nav., 1864. — MONNERET. Traité de pathologie générale, 1861. — TRAUBE. Deutsche Klin. et Schmidt's Jahrb., 1863. — BAMBERGER. Krankheiten der chylopoetischen Systems, 1864. — G. SÉE. Leç. de pathologie expérimentale: Du sang et des anémies, 1866. — MARTINEAU. Art. Colique, in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1868. — DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 2<sup>e</sup> édit., 1872. — A. LAVERAN. Traité des maladies et épidémies des armées. — LE ROY DE MÉRICOURT. Discussion sur la colique des pays chauds (Bull. de l'Ac. de méd., 1876). — MORACHE et ZUBER. Art. Colique, in Dict. encycl. des sc. méd., 1876.

## MALADIES DU FOIE

HISTORIQUE. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

Hippocrate fait déjà mention des troubles fonctionnels de cet organe. Galien, qui attribuait au foie une importance physiologique capitale, devait nécessairement le considérer comme la source première d'une foule de maladies. Centre de l'activité végétative, point d'origine des veines, le foie recevait les produits de la digestion et les transformait en liquide sanguin : à ce rôle sanguificateur, il joignait celui d'agent producteur de la chaleur. Enfin la bile, la bile jaune et la bile noire, était le résidu de ces opérations. Aussi Galien faisait-il dépendre du foie les troubles de composition du sang et les maladies qui en résultent : pléthore, anémie, cachexie, hydro-pisie ; à la bile jaune se rattachaient les maladies aiguës fébriles ; à la bile noire, les maladies chroniques, les troubles intellectuels, etc.

Ces idées de Galien, acceptées par ses successeurs, et transmises intégralement par les médecins arabistes, régnèrent sans conteste jusqu'au dix-septième siècle. L'opposition de Vésale (1542) et d'Argentario (1553) aux vues physiologiques du médecin de Pergame ne les avait pas fortement ébranlées. Il n'en fut pas de même de la découverte des vaisseaux chylifères (Aselli, 1622) et du canal thoracique (Pecquet, 1647) ; Glisson (1659) et surtout Bartholin, malgré l'appui des découvertes de Harvey (1619-1628), malgré les efforts de Riolan et de Bils, dénièrent au foie son rôle hématopoiétique et calorificateur, ne lui laissant qu'une infime fonction, la sécrétion de la bile.

Dès lors la pathologie du foie, comme, du reste, la médecine en général, dominée par les théories des iatrochimistes et des iatrophysiciens, resta stationnaire, et cette époque stérile fut à peine marquée par les efforts de Fernel, de Baillou et de Sydenham pour faire revivre la tradition hippocratique. Les nouvelles théories émises