

Les viscères abdominaux étaient sains ; la rate était remarquable par son extrême mollesse.

Les articulations examinées ne présentèrent aucune trace de phlegmasie.

Ici encore, comme dans le cas précédent, l'inflammation du péricarde parut naître en même temps que disparut l'affection rhumatismale des membres. La douleur qui marqua l'invasion de la péricardite fut d'abord vague et peu intense ; peut-être même, à son début, ne fut-elle pas causée par la maladie du péricarde. Le rhumatisme commença en quelque sorte par envahir les parois thoraciques, où des douleurs vagues annoncèrent sa présence ; puis ces douleurs devinrent plus vives et occupèrent successivement l'épigastre, le bas du sternum, la région précordiale ; quoique très-vives, elles n'eurent jamais une intensité aussi grande que chez le malade qui fait le sujet de la première observation. Chez celui-ci, elles ne cessèrent qu'avec la vie ; chez le nègre, au contraire, elles ne furent pas continues, et c'était là un trait de ressemblance de plus avec l'affection rhumatismale. Plusieurs fois, pendant le cours de la maladie, nous vîmes disparaître avec la douleur la dyspnée et l'anxiété générale. Chose remarquable ! la mort ne survint pas au milieu d'une exaspération de la douleur ou pendant un accès de dyspnée ; elle arriva lorsqu'il y avait déjà une amélioration sensible et que la maladie semblait commencer à marcher vers la résolution. Le pouls, bien différent de celui que nous a offert le malade de l'observation première, fut constamment développé, dur et régulier ; les battements du cœur furent en même temps remarquables par leur grande obscurité. C'est précisément l'inverse de ce qu'on observe dans d'autres circonstances, où la lésion du péricarde

est cependant la même ; mais le cœur est autrement irrité, mais le système nerveux est autrement influencé.

III^e OBSERVATION.

Douleur à la région du cœur, s'irradiant par intervalles dans le bras gauche. Battements de cœur, très-forts dans le début, très-obscur plus tard ; pouls constamment très-petit, régulier. Son mat à la région précordiale. Grande dyspnée. Épanchement sanguin dans le péricarde.

Un cordonnier, âgé de trente et un ans, fut reçu à l'hôpital de la Charité, le 6 novembre 1821. Le 4 du même mois, il avait été pris de frisson et d'un malaise général ; dans la nuit du 4 au 5 il disait avoir eu beaucoup de fièvre. Le 5, dans la matinée, il ressentit une assez vive douleur au niveau et en dedans du sein gauche. Le 6, elle persista. Le 7, il nous offrit l'état suivant : face pâle exprimant la souffrance et l'inquiétude ; rire sardonique de temps en temps, tremblement comme convulsif des lèvres. La douleur de la région précordiale était habituellement peu intense, mais de temps en temps elle se réveillait, devenait beaucoup plus forte, et alors elle ne se bornait pas à la région du cœur ; elle se répandait, comme des traits de feu, suivant la comparaison du malade, dans tout le côté gauche du thorax ; en même temps tout le membre thoracique de ce même côté devenait le siège d'un engourdissement très-marqué, que remplaçait quelquefois une vive douleur qui ne durait que quelques instants, et qui occupait surtout la face antérieure du bras et de l'avant-bras. Toutes les fois que la douleur s'exaspérait ainsi, ou qu'elle présentait ces espèces d'irradiations qui viennent d'être décrites, la respiration devenait tout-à-coup très-gênée, les battements du cœur offraient un tumulte, une irrégularité diffi-

ciles à exprimer : le pouls s'effaçait, un froid glacial se répandait sur les extrémités. Lorsque la douleur diminuait de nouveau, la respiration ne présentait plus qu'une gêne médiocre, les battements du cœur conservaient leur force; on les entendait dans toute l'étendue de la partie antérieure du thorax; mais ils reprenaient de la régularité, et le pouls se relevait un peu, bien qu'il restât toujours très-petit, relativement à la force des battements du cœur. Le malade toussait un peu; d'ailleurs la poitrine était partout sonore, et le bruit respiratoire s'entendait partout avec force et netteté. Cet ensemble de symptômes présentait plusieurs traits d'analogie avec ceux qui ont été regardés comme appartenant à l'angine de poitrine; on crut devoir les rapporter à une inflammation du péricarde. (*Saignée d'une livre; trente sangsues à la région précordiale; sinapismes autour des genoux, tisane d'orges diète.*)

Après la saignée et l'application des sangsues les paroxysmes de douleurs devinrent moins intenses et moins fréquents; la nuit fut meilleure que les précédentes.

Dans la matinée du 8, le malade n'accusait plus à la région du cœur qu'un sentiment de gêne plutôt qu'une véritable douleur. Les battements de cœur étaient moins forts, le pouls toujours très-petit et d'une grande fréquence. La respiration n'était que peu gênée. Dans la journée, la douleur du cœur se réveilla encore avec force trois ou quatre fois, et chaque fois elle s'étendit à tout le côté gauche du thorax, avec engourdissement très-prononcé du bras, de l'avant-bas et de la main de ce côté. Le soir, une saignée de douze onces fut pratiquée; la nuit fut bonne. Le 9, à peu près le même état.

Le 10 novembre, sixième jour de la maladie, de nouveaux symptômes apparurent: la douleur n'existait plus; la face avait repris un aspect plus naturel; les battements du cœur

étaient moins forts et moins étendus; le pouls conservait sa grande petitesse. Quelques heures après la visite, sans que la douleur eût reparu, le malade fut pris tout-à-coup d'une grande dyspnée, qui alla toujours en augmentant jusqu'au lendemain matin. Alors, en auscultant la région du cœur, nous ne fûmes pas peu étonné de ne plus entendre ses battements, jusqu'alors si énergiques, que d'une manière très-obscur; le pouls était plus petit que jamais: la poitrine fut percutée de nouveau, et pour la première fois on reconnut à gauche l'existence d'un son très-mat existant du haut en bas, depuis le niveau de la quatrième côte jusqu'à celui de la neuvième ou dixième, et transversalement depuis le sein à peu près jusqu'à toute la moitié gauche du sternum inclusivement. Le décubitus horizontal était devenu impossible; le malade, assis sur son séant, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante; il disait qu'il sentait comme un lien de fer qui serrait fortement sa poitrine et qui l'étouffait. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Dans la journée, l'oppression devint de plus en plus considérable, et le malade succomba dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A peine les parois du thorax eurent-elles été enlevées, qu'on vit saillir au-devant du cœur et des poumons un énorme sac qui refoulait ceux-ci, et qui n'était autre chose que le péricarde distendu par près d'un litre d'un liquide rouge brunâtre, semblable à du sang qui s'échappe d'une veine. La surface interne du péricarde était d'ailleurs tapissée par des concrétions membraniformes colorées en rouge. Aucune altération appréciable n'existait dans les autres organes du thorax, si ce n'est un engouement considérable des poumons. Foie gorgé

de sang; injection veineuse très-marquée du canal intestinal, infiltration séreuse notable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux; substance blanche de l'encéphale parsemée d'un grand nombre de points rouges.

Cette maladie nous offre encore d'autres symptômes que les deux précédentes. Ces symptômes peuvent être divisés en deux séries, sous le rapport de l'altération organique qui semble leur avoir donné naissance. Dans la première série, nous rangerons ceux que présenta le malade depuis l'époque de l'invasion de la péricardite jusqu'à la fin du neuvième jour. Ces symptômes dépendaient d'une lésion du péricarde semblable à celle qui existait dans les deux cas précédents; et cependant ces symptômes n'étaient plus seulement ceux qui ont été notés dans les observations I et II. Ici encore, à la vérité, nous retrouvons des anomalies et dans les battements du cœur et dans le pouls; mais ces anomalies ne sont plus exactement les mêmes: le pouls, par exemple, est petit, comme dans l'observation I, et régulier, comme dans l'observation II. Nous retrouvons la douleur; mais cette douleur a des caractères bien remarquables, elle ne devient vive que par intervalles; presque complètement intermittente, et s'irradiant loin du lieu de son origine, on la prendrait pour le résultat d'une névrose (1). Le neuvième jour, et dans le commence-

(1) Ces mêmes symptômes se reproduisent effectivement dans plusieurs cas, où on ne peut les rapporter qu'à une affection purement nerveuse. Nous avons vu à la Charité une jeune femme qui, de temps en temps, était prise d'une vive douleur à la région du cœur; de cette région la douleur s'irradiait en divers points du thorax et dans les bras. Ceux-ci devenaient souvent le siège

ment du dixième, un amendement notable a lieu; tout-à-coup une nouvelle maladie recommence; ou plutôt la péricardite, qui semblait marcher vers la résolution, prend un nouveau caractère; alors ce n'est plus une petite quantité de matière purulente, de lymphé coagulable, qui, sous l'influence du travail inflammatoire, est sécrétée par le péricarde; il devient le siège d'une abondante et subite hémorrhagie; en quelques heures sa cavité est remplie, distendue par une énorme quantité de sang; dès lors gêne de plus en plus considérable des mouvements du cœur, compression, refoulement des poumons; mort par asphyxie. Combien les symptômes eussent été différents, si, comme nous en citerons plus bas des exemples, l'épanchement ne se fût effectué que peu à peu!

VI^e OBSERVATION.

Symptômes de péricardite. Guérison.

Un tailleur de pierres, âgé de trente-neuf ans, était malade depuis dix jours, lorsqu'il entra à l'hôpital, dans les premiers jours du mois de mai 1823. Il avait eu d'abord des signes de

d'un engourdissement qui allait quelquefois jusqu'à une paralysie complète; la malade éprouvait par intervalles de violentes palpitations, pendant la durée desquelles le pouls devenait filiforme. Cependant ces accidents divers disparaissaient, après avoir duré depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre ou trente heures; dans leurs intervalles on ne retrouvait plus rien d'insolite dans l'appareil circulatoire. Ces accidents étaient souvent remplacés par d'autres phénomènes nerveux, tels que mouvements convulsifs partiels ou généraux, alternatives d'exaltation et d'abolition de la sensibilité, symptômes de chorée. Au milieu de ces divers désordres fonctionnels, comment ne pas reconnaître une maladie dont les symptômes peuvent varier avec le siège, mais dont la nature reste identique? Je dirais volontiers que chez cette femme il y avait de temps en temps *chorée du cœur*,

congestion cérébrale, puis il avait eu de la fièvre, et de plus, depuis quatre jours, il éprouvait une assez vive douleur au-dessous de l'appendice xiphoïde. Cet homme fut saigné le jour de son entrée; le mal de tête et les étourdissements diminuèrent après la saignée; mais la douleur épigastrique devint plus vive, et s'étendit dans l'espace situé entre le sein et le sternum. Vingt-quatre sangsues appliquées à l'épigastre n'apportèrent aucun soulagement, et, le 9 mai, des symptômes très-graves existaient: le malade accusait une douleur intolérable à la région précordiale, celle de l'épigastre était beaucoup moins vive; cette douleur n'augmentait ni par la pression, ni par l'inspiration; elle semblait un peu moindre au malade lorsqu'il était couché sur le dos que sur l'un ou l'autre côté; les battements du cœur, calmes et réguliers la veille, étaient irréguliers, tumultueux; le pouls était aussi très-irrégulier, fréquent, de force ordinaire. D'ailleurs, aucun signe n'annonçait une affection du poumon ou des plèvres; on fut dès lors porté à soupçonner l'existence d'une péricardite: elle fut combattue par une nouvelle saignée de douze onces, et par l'application de quarante sangsues à la région précordiale. Le lendemain, 10 mai, les symptômes formidables de la veille avaient en grande partie disparu; le malade ne ressentait plus qu'une faible douleur à la région du cœur; les battements du cœur, ainsi que le pouls, avaient perdu leur grande irrégularité; mais il y avait de la fièvre, et la respiration n'était pas encore libre. Il était évident que l'inflammation du péricarde avait été arrêtée dans sa marche, mais elle persistait encore. Ne faire qu'une médecine expectante, c'était s'exposer à voir la phlegmasie, qui n'avait été qu'enrayée, s'exaspérer de nouveau et marcher avec une nouvelle activité, ou bien, non moins dangereuse, passer à l'état chronique. Bien convaincu qu'il n'y avait dans ce cas que simple amendement de symptômes, et

que la maladie n'avait été que suspendue, mais non enlevée, ainsi que l'attestaient le reste de symptômes qui persistaient encore, M. Lermnier recommença la même médication qui la veille avait paru si efficace: la même quantité de sang fut tirée de la veine; le même nombre de sangsues fut appliqué, et de plus un large vésicatoire fut placé à l'intérieur de chaque cuisse. Dans les vingt-quatre heures suivantes, le malade alla de mieux en mieux; le 12 mai, il était en pleine convalescence; il ne tarda pas à sortir très-bien portant.

Il n'est pas certain, mais il est extrêmement vraisemblable, qu'il y a eu dans ce cas inflammation du péricarde, qu'un traitement antiphlogistique très-actif a fait avorter (1). Les émissions sanguines, pratiquées le lendemain de l'amélioration du 10 mai, furent peut-être aussi utiles que les saignées pratiquées le 9; elles achevèrent et consolidèrent le bienfait de celle-ci. Trop souvent, en effet, une phlegmasie aiguë affecte une fâcheuse terminaison, moins parce qu'on ne l'a pas combattue lorsque ses symptômes étaient bien évidents, que parce qu'on la croit trop tôt détruite. On ne songe pas que le travail pathologique qui a lieu dans l'organe enflammé persiste encore le plus ordinairement après que ses symptômes les plus saillants ont disparu; mais c'est alors que le praticien doit redoubler d'attention, et que sa tâche devient plus difficile: il doit alors interroger le moindre symptôme, et ne pas se laisser de combattre l'ennemi tant qu'il donne le plus léger signe de sa présence. Combien de phlegmasies, ainsi assoupies pendant quelques jours et regardées comme terminées, se sont tout-à-coup réveillées pour donner la mort! Combien d'états,

(1) Comparez ce cas, sous ce rapport, avec plusieurs des précédents, où aucun succès ne suivit un traitement à peu près aussi actif.

qu'on appelle des convalescences, ne sont que le présage de la période d'acuité de la phlegmasie à sa période de chronicité!

Le début de la maladie est aussi digne d'attention. C'est là un de ces cas comme on en rencontre tant dans la médecine pratique, où plusieurs organes semblent être à la fois ou tour à tour le siège de congestions sanguines, sans qu'aucun paraisse être précisément enflammé (1). Souvent l'individu revient à la santé, après que ces espèces de congestions se sont ainsi promenées sur la plupart des organes, sans que l'affection d'aucun d'eux ait été prédominante; c'est là ce que plusieurs auteurs ont appelé *maladie générale*, terme très-vague, et qui, en dernier résultat, ne signifie autre chose, appliquée aux solides, que l'affection simultanée de plusieurs tissus, organes ou appareils d'organes. D'autres fois, il arrive qu'après que la maladie a été ainsi *générale* (2), dans le sens que nous venons de spécifier, l'affection d'un organe devient prédominante; c'est ce second cas qui a été observé chez notre malade.

Dans les divers cas que nous venons de rapporter, la péri-cardite était annoncée par un ensemble de symptômes qui en

(1) J'ai essayé de montrer dans un autre ouvrage (*Précis d'Anatomie pathologique*), qu'il est impossible d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre la congestion sanguine active, et ce qu'on appelle l'*inflammation*.

(2) Dans l'état actuel de la science, nous avons cependant encore besoin de cette expression; elle aide à comprendre et à rattacher à leur cause véritable ces états morbides si communs, dans lesquels apparaissent simultanément ou successivement un grand nombre de désordres soit organiques, soit dynamiques, dont le lieu commun paraît être une lésion de l'innervation ou de l'hématose. En pareil cas il y a sans doute un point de départ; mais comment assigner les limites de la maladie? N'est-elle pas partout où il y a du sang et des nerfs?

rendaient le diagnostic assez facile; citons maintenant des cas dans lesquels le plus saillant de ces symptômes, la douleur, n'existant plus, ce n'est, en quelque sorte, qu'en procédant par voie d'exclusion qu'on peut parvenir à reconnaître l'inflammation du péricarde.

ARTICLE II.

PÉRICARDITES AIGÜES SANS DOULEUR, MAIS AVEC DYSPNÉE.

V. OBSERVATION.

Tubercules pulmonaires. Respiration habituellement peu gênée. Tout-à-coup grande dyspnée; mort rapide. Épanchement purulent dans le péricarde.

Un cordonnier, âgé de vingt-huit ans, toussait depuis vingt-deux mois, ayant craché pour la première fois beaucoup de sang, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, offrait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà assez avancée, lorsqu'il fut soumis à notre observation au commencement du mois de juin 1824. Le malade respirait assez librement. Le cœur, ausculté, ne présenta rien de remarquable; on entendait du gargouillement au sommet des deux poumons; l'appétit était assez bon, les selles régulières. Rien de nouveau jusqu'au 17 juin, si ce n'est un peu de dévoiement par intervalles et une diminution notable de l'appétit. Cependant, le 17 juin, le malade avait l'air *plus souffrant* que de coutume; ses traits étaient sensiblement altérés; il se plaignait pour la première fois d'avoir la respiration gênée: en effet, il parlait d'une voix un peu haletante, et les mouvements respiratoires étaient notablement accélérés; le pouls était petit et fréquent. L'auscultation ne donna aucun nouveau renseignement. Le 18, même état.

Ces nouveaux symptômes ne dépendaient-ils pas d'une pneumonie intercurrente, qui, en raison, soit de son siège, soit de l'état antécédent du poumon, échappait à l'auscultation? (*Saignée de huit onces.*) Le sang tiré de la veine offrit une couenne mince, verdâtre.

Le 19 et le 20, l'oppression devint de plus en plus considérable; nous comparions l'état du malade à celui que présentent les phthisiques chez lesquels existe comme complication une affection organique du cœur. La face était légèrement bouffie, les paupières un peu infiltrées, les lèvres gonflées et violettes. Le pouls avait une grande fréquence et un peu d'irrégularité dans la force de ses battements; de temps en temps, toutes les quinze pulsations à peu près, il offrait une intermitte bien prononcée. Le cœur s'entendait sans impulsion et dans une assez petite étendue. La fréquence extrême de ses battements empêchait de les bien analyser; ils présentaient d'ailleurs les mêmes intermittences que ceux de l'artère. (*Vésicatoires aux jambes.*) Le 21, l'irrégularité et l'intermitte du pouls étaient beaucoup plus marquées.

Le 22, orthopnée, commencement de râle trachéal. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Excavations tuberculeuses dans le lobe supérieur des deux poumons; tubercules miliaires dans les autres lobes. D'après les symptômes observés, il était vraisemblable que nous trouverions quelque affection du côté du cœur. La substance même de cet organe ne nous offrit qu'une hypertrophie interne peu prononcée du ventricule gauche; mais dans le péricarde existait un épanchement séro-purulent, avec concrétions membraniformes sur ses parois. Il y avait d'ailleurs une

assez vive injection de la membrane muqueuse de l'estomac, et de la rougeur, sans ulcérations, dans le gros intestin, qui était très-resserré.

Voilà un cas de péricardite bien différent des précédents sous plusieurs rapports. D'abord le début est marqué par des symptômes beaucoup moins graves; on n'observe autre chose qu'une gêne inaccoutumée dans la respiration. Il y a constamment absence complète de douleur. Cependant on voit se manifester en quelques jours tous les symptômes qui dévoilent un anévrysme du cœur: mais cet anévrysme n'avait pas pu se former tout-à-coup; comment donc n'aurait-il donné aucun signe de son existence depuis l'époque de l'entrée du malade jusqu'au 17 juin? Jusqu'à ce jour le pouls en particulier avait été très-régulier. L'ouverture du cadavre démontra qu'en effet les symptômes observés depuis le 17 juin ne dépendaient point d'un anévrysme; ils étaient dus à la péricardite. Ce fait prouve donc qu'il est certaines formes d'inflammations du péricarde qui influencent les mouvements du cœur de manière à ce qu'il en résulte un trouble dans la circulation, qui donne lieu aux mêmes phénomènes que ceux qu'on observe à une certaine période des anévrysmes du cœur.

VI. OBSERVATION.

Asthme léger depuis plusieurs années. Tout-à-coup dyspnée extrême, dont l'intensité toujours croissante produit la mort par asphyxie. Épanchement séreux dans le péricarde.

Un tailleur, âgé de vingt ans, jouissait habituellement d'une bonne santé, car il ne regardait pas comme un état morbide la