

gêne légère de la respiration qu'il ressentait depuis plusieurs années lorsqu'il montait ou qu'il courait. Il avait passé récemment plusieurs nuits à travailler. Depuis quelques jours il tousait, lorsque le 2 mars 1820, sans cause connue, il fut pris tout-à-coup d'une grande dyspnée; le soir même il fut saigné. Le 3 et le 4, augmentation de l'oppression. Entré à la Charité dans la soirée du 5, le malade est de nouveau saigné. État du 6 : face bouffie et livide; lèvres violettes; décubitus sur le dos, à moitié assis, le cou tendu et la tête renversée en arrière. On compte soixante-cinq inspirations en une minute; elles s'exécutaient à la fois par le soulèvement des côtes et par un fort abaissement du diaphragme. Le bruit respiratoire s'entendait partout avec force et netteté, si ce n'est vers l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, où l'on entendait un peu de râle muqueux, dont l'existence était en rapport avec celle de la bronchite qui avait lieu depuis quelques jours. Percutée, la poitrine résonnait bien partout, excepté à la région du cœur, où le son était mat. Aucune douleur thoracique n'avait été ni n'était actuellement ressentie par le malade; il avait une expectoration purement catarrhale. Les battements du cœur, réguliers, s'entendaient avec une légère impulsion à la région précordiale; la main, appliquée sur cette région, ne distinguait qu'une sorte de bruissement vague, là où la percussion faisait reconnaître un son mat. Le pouls était régulier, mais dur, vibrant et d'une fréquence proportionnée à celle des inspirations; la peau était chaude et sèche; les fonctions digestives n'offraient rien à noter.

Quelle était la cause du véritable état de demi-asphyxie dans lequel se trouvait le malade? Cette cause ne semblait résider ni dans les plèvres, ni dans le parenchyme pulmonaire, ni dans les bronches. En procédant ainsi par voie d'exclusion, on arriva à soupçonner l'existence d'une affection du péricarde. Le

son mat de la région du cœur, le bruissement qu'on sentait par l'application de la main sur cette région, indiquaient même l'existence d'un épanchement dans ce sac membraneux (*Troisième saignée; trente sangsues à l'épigastre; le soir, sinapismes aux jambes.*) Dans la soirée, le malade eut une sueur générale très-abondante; mais elle ne produisit aucun amendement. Dans la matinée du 7, suffocation de plus en plus imminente, persistance de la dureté du pouls. (*Vésicatoires aux cuisses; lavements purgatifs.*) Mort le soir, cinq jours après l'invasion de la dyspnée.

OUVERTURE DU CADAVRE,

44 heures après la mort.

Le péricarde, vu extérieurement, offrait une distension considérable; il contenait près d'un litre d'une sérosité limpide, incolore, au milieu de laquelle nageaient quelques flocons albumineux. La surface interne du péricarde ne présentait d'ailleurs ni rougeur, ni trace de fausse membrane; en un mot, aucune apparence de travail inflammatoire. Les parois du ventricule gauche du cœur n'étaient que médiocrement hypertrophiées; le cœur ne présentait aucune autre lésion. Les bronches étaient généralement rouges, le parenchyme pulmonaire engoué, le foie gorgé de sang, le canal digestif injecté.

—

Sous le rapport de la grande quantité de liquide épanchée dans le péricarde, cette observation peut être rapprochée de l'observation III; mais dans celle-ci, l'épanchement était formé par du sang: dans l'observation actuelle, il n'était constitué que par de la sérosité à peu près pure, qui semblait plutôt être le résultat d'une simple exhalation active que d'une in-

inflammation proprement dite. Mais qui pourra assigner les limites précises qui séparent rigoureusement ces deux affections, qui dans bien des cas du moins ne semblent être que des formes diverses d'un même phénomène primitif? Quoi qu'il en soit, l'existence de cet épanchement fut signalée par le son mat et par le bruissement particulier que percevait la main appliquée sur la région du cœur. D'ailleurs les battements du cœur, ainsi que le pouls, conservèrent une grande régularité; le pouls resta constamment dur et vibrant. Voilà des phénomènes différents de ceux que nous avons remarqués dans l'observation v; et cependant, dans les deux cas, il y avait un même état d'hypertrophie du cœur. On eût dit qu'ici le pouls était resté sous l'influence de cette hypertrophie, tandis que dans l'observation v il avait été modifié par le péricarde. Ici, encore, il y eut absence complète de douleur: est-ce parce qu'il n'y avait ici qu'hydro-péricarde? Mais dans l'observation v, c'était du pus que contenait l'enveloppe du cœur, et la péricardite avait été également indolente.

Avant de terminer ces réflexions, nous ferons remarquer, comme circonstance accessoire, le léger commencement d'asthme que présentait ce sujet, et qui n'avait d'autre cause chez lui qu'une simple hypertrophie du ventricule gauche du cœur, sans aucun obstacle aux orifices, sans aucune affection dans le cœur droit.

VII. OBSERVATION.

Variole confluente. Complication de péricardite, annoncée seulement par une grande dyspnée.

Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, entra à la Charité pendant le cours de l'année 1818. Il était au troisième jour de l'éruption d'une variole bien caractérisée, qu'il n'est point ici

de notre sujet de décrire. Les boutons étaient partout très-nombreux; les symptômes étaient d'ailleurs très-bénins. Jusqu'au septième jour l'éruption marcha très-bien, aucune complication ne l'entraîna; mais, au moment où les boutons commençaient à être en pleine suppuration, la respiration devint tout-à-coup gênée, sans qu'il y eût d'ailleurs ni toux ni expectoration sanguinolente. Les deux jours suivants, l'éruption demeura stationnaire; plusieurs pustules noircirent; d'autres se remplirent d'une sérosité roussâtre; des pétéchies livides apparurent dans leurs intervalles; le malade tomba rapidement dans le dernier degré de la prostration, bien que la langue restât humide et blanchâtre; la dyspnée augmenta de plus en plus, et la mort eut lieu au commencement du dixième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

On ne trouva dans les organes internes d'autre lésion remarquable qu'un épanchement séro-purulent dans le péricarde. De plus, la membrane muqueuse de l'estomac présentait, vers le grand cul-de-sac, une assez vive injection.

Cette observation, qui est incomplète sous le rapport de la description de plusieurs symptômes, et en particulier de ceux fournis par le cœur et par le pouls, n'est pas pourtant sans intérêt, par l'espèce de complication dont elle présente un exemple. Nous trouvons ici un exemple de ces varioles dites malignes, dont les symptômes graves et la terminaison fâcheuse trouvent leur explication dans la complication d'une phlegmasie interne. Lorsque cette phlegmasie est une méningite, une pneumonie, une pleurésie, une gastro-entérite, le diagnostic en est toujours assez facile, et le traitement antiphlogis-

tique, employé rationnellement, présente alors beaucoup de chances de succès. Mais ici, quel symptôme pouvait révéler la nature de la lésion interne? Le mauvais aspect que prit tout-à-coup l'éruption, les pétéchiés, qui se manifestèrent, la subite prostration des forces, et, de plus, une remarquable dyspnée, tels étaient les phénomènes morbides dont il fallait pénétrer la cause. Pour les anciens, ces phénomènes eussent annoncé l'existence de ce qu'ils appelaient une variole putride ou maligne. Nul doute, en effet, qu'il n'y ait des cas dans lesquels, en raison peut-être du trouble qu'apporte dans le système nerveux l'affection de la peau, on n'observe, pendant le cours de certaines varioles, des symptômes bizarres, irréguliers, dont la cause n'est point révélée par l'anatomie pathologique. Il en est ainsi, non-seulement dans la variole, mais dans tous les exanthèmes cutanés aigus. Il y a quelques mois, par exemple, nous avons ouvert en ville, avec MM. les docteurs Moreau et Fauconneau Dufrêne, le cadavre d'une femme qui, au commencement d'une éruption de rougeole, fut prise d'un peu de délire, et succomba inopinément, sans que, quelques heures avant sa mort, aucun symptôme grave eût annoncé cette fatale terminaison. L'ouverture du cadavre, faite avec le plus grand soin, nous montra tous les organes dans leur état sain, à l'exception des bronches, qui présentaient une vive rougeur (circonstance qui doit exister dans toutes les rougeoles). Chez notre malade, n'y avait-il, comme chez cette femme, que trouble, perversion des fonctions du système nerveux; et à la modification morbide de l'innervation pouvait-on rapporter, soit la dyspnée, soit même le changement d'aspect de l'éruption? Ce qui nous semblait du moins bien certain, c'est que l'extrême prostration dans laquelle le malade était tombé tout-à-coup avait succédé trop rapidement à un état très-satisfaisant des forces, pour qu'elle pût être regardée comme réelle.

Dépendait-elle de l'invasion de quelque phlegmasie interne? Nous étions très-portés à l'admettre, quoiqu'il nous fût impossible d'en assigner le siège. La dyspnée paraissait toutefois indiquer une lésion quelconque des organes de la respiration ou de la circulation. L'autopsie cadavérique en fit voir la cause dans une inflammation du péricarde. Exemple bien remarquable sans doute de l'obscurité du diagnostic de cette maladie, de l'influence qu'elle peut exercer sur l'éruption variolique, et enfin de la grande prostration qu'elle peut subitement produire.

Dans le cas qui vient d'être cité, la dyspnée est le seul signe qui reste, comme pouvant annoncer qu'il y a affection des organes thoraciques : en procédant par voie d'exclusion, comme nous l'avons déjà dit, on peut encore, dans ce cas, arriver à reconnaître, ou du moins à soupçonner l'existence d'une péricardite. Mais il est des cas encore plus obscurs dans lesquels il n'y a plus même gêne notable de la respiration, et où, l'affection existant dans le thorax, il n'y a cependant aucune espèce de symptôme de ce côté. Nous allons citer une observation de ce genre recueillie à la Charité; puis nous en rapprocherons une autre, analogue, qui se trouve consignée dans l'ouvrage de M. Rostan, sur le *Ramollissement du cerveau*.

ARTICLE III.

PÉRICARDITES AIGÜES SANS AUCUN SYMPTÔME CARACTÉRISTIQUE.

VIII^e OBSERVATION.

Symptômes de méningite. Inflammation aiguë du péricarde.

Une femme, âgée de vingt-six ans, mère de deux enfants, et ayant fait assez récemment une fausse-couche, entra à la Charité, pendant les premiers mois de l'année 1820, dans un état de délire tel, qu'on ne put avoir aucun renseignement

sur son état antécédent. Ce délire était remarquable par la taciturnité opiniâtre qui l'accompagnait; interrogée, la malade regardait fixement sans répondre; la face était pâle; les lèvres, séparées l'une de l'autre, et agitées de temps en temps comme par un tremblement convulsif, laissaient voir la langue humide et blanche. Le pouls était fréquent et petit, régulier d'ailleurs; la peau peu chaude (*sangsues derrière les oreilles*). Les deux jours suivants, renversement fréquent de la tête en arrière, soulèvement brusque du tronc par intervalles; soubresaut des tendons; la malade parle et paraît comprendre, mais ses propos sont pleins d'incohérence. La face conserve une grande pâleur. Le pouls, très-fréquent, est intermittent. Le quatrième jour de l'entrée, le délire n'existe plus: la malade ne se plaint que d'une grande faiblesse; les muscles de la face sont agités par des mouvements convulsifs presque continuels; les membres supérieurs présentent de temps en temps une raideur comme tétanique. Le cinquième jour, le délire est revenu, les traits de la face sont immobiles et décomposés; les membres thoraciques, soulevés, retombent de leur propre poids, comme s'ils étaient paralysés; dans la journée, la malade tombe dans un état comateux, et meurt le soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et la moelle épinière, non plus que leurs enveloppes, ne présentent aucune altération appréciable dans leur couleur, dans leur consistance, etc. Le canal digestif, ouvert dans toute son étendue, ne présente qu'une injection légère en quelques points. Tous les autres viscères abdominaux sont exempts de lésion.

Les poumons ne présentent que de l'engouement à leur partie postérieure. La substance du cœur n'offre aucune trace

d'état morbide, non plus que les vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent. Mais le péricarde est tapissé intérieurement par des concrétions albumineuses, dont plusieurs s'étendent, comme des brides encore molles, d'une de ses faces à l'autre; on y observe de plus, épanchées, quelques onces d'une sérosité verdâtre et floconneuse.

====

Chez cette malade, le siège de tous les symptômes résidait bien évidemment dans les centres nerveux; mais ceux-ci étaient-ils idiopathiquement affectés? ou bien ne l'étaient-ils que sympathiquement, et le point de départ de la maladie, sa cause véritable, n'était-elle pas dans l'inflammation du péricarde? Nous soumettons ce fait à la méditation de praticiens; il nous semble très-curieux, quelle que soit l'interprétation qu'on veuille en donner.

L'observation publiée par M. Rostan montre, comme celle qui vient d'être rapportée, des symptômes cérébraux, pour l'explication desquels on ne trouve d'autre lésion qu'une péricardite; malgré l'obscurité et la forme insolite de ses symptômes, cette inflammation fut diagnostiquée par M. Rostan. Voici le fait en abrégé: Une femme, après deux jours d'un malaise général, tombe tout-à-coup dans une perte profonde de connaissance.

Le lendemain, yeux fixes, paupières fortement ouvertes, face colorée; immobilité presque absolue des membres, cessant cependant lorsqu'on les pince. Pouls à peine perceptible, ainsi que les battements du cœur. Mort le quatrième jour. Sérosité sanguinolente dans le péricarde, avec fausse membrane à sa surface. Aucune autre altération notable dans les autres organes (1).

(1) Rostan, *Recherches sur le Ramollissement du Cerveau*, page 233.

Le fait consigné dans l'observation VIII, et celui rapporté par M. Rostan, sont bien propres, ce me semble, à démontrer qu'en raison des susceptibilités individuelles, il n'est point d'organe dont la lésion ne puisse déterminer les symptômes nerveux les plus variés, de manière à produire sympathiquement les différents états morbides dont on place le siège dans les centres nerveux et leurs dépendances. On a eu raison d'établir que, plus souvent qu'aucun autre organe, le canal digestif enflammé réagit sur le cerveau, et donne lieu aux symptômes d'une arachnitis ou d'une encéphalite. Mais il n'en est pas moins vrai, comme M. Boisseau l'a surtout très-bien fait ressortir, que les phlegmasies des autres organes peuvent également faire naître, par leur influence sympathique sur l'encéphale, les divers groupes de symptômes qui constituent la fièvre dite ataxique (1).

(1) Les observations qu'on vient de lire peuvent donner une idée de la grande variété des symptômes qui accompagnent la péricardite aiguë. Chez un même sujet on peut trouver réunis une douleur vive à la région du cœur, un son mat à cette même région, une dyspnée considérable, une grande accélération des battements du cœur et du pouls, une irrégularité remarquable de ces battements, une force insolite de ceux du cœur, tandis que ceux de l'artère sont, au contraire, très-faibles, des syncopes; en même temps n'existe aucun signe de maladie du poumon ou des plèvres; en pareil cas, le diagnostic est assez facile. Mais la plupart de ces symptômes peuvent manquer, ou se montrer isolés les uns des autres. Ainsi, il est des péricardites aiguës qu'aucune douleur n'accompagne, ou qui ne présentent qu'une douleur soit très-peu prononcée, soit existant ailleurs qu'à la région même du cœur, soit intermittente. Il est d'autres péricardites dans lesquelles les battements du cœur ne sont ni plus forts ni plus faibles que dans l'état ordinaire; ils sont seulement plus ou moins fréquents. Le pouls, souvent remarquable par son extrême petitesse, offre d'autres fois une dureté insolite; irrégulier chez quelques uns, il conserve chez d'autres son rythme normal. La matité du son peut manquer, puisqu'elle dépend de l'épanchement qui s'est effectué dans

le péricarde, et que la mort peut survenir, ou la guérison s'opérer avant que cet épanchement ait eu lieu. Quant à la dyspnée, elle est quelquefois le seul accident que produise la péricardite; mais cette dyspnée peut manquer elle-même; et dans quelques cas, où jusqu'à la mort la respiration était restée parfaitement libre, où aucune douleur ne s'était montrée à la région précordiale, il est arrivé qu'on a trouvé une péricardite avec production de pseudo-membranes récentes, ou épanchement de pus. Il est enfin d'autres cas où avec cette dyspnée coïncident des signes de pneumonie ou de pleurésie; et si aucune douleur n'existe à la région du cœur, il ne reste plus pour reconnaître la péricardite que la matité du son de cette région. Mais ce signe, outre qu'il peut manquer, perd à son tour beaucoup de sa valeur s'il existe en même temps du côté gauche un épanchement pleurétique ou une pneumonie.