

## CHAPITRE IV.

## MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Nous arrivons à une classe de maladies presque totalement ignorées dans la pratique navale. Est-ce qu'en effet les affections du système circulatoire épargneraient par privilège les navigateurs exposés à tant d'autres maladies? Non, sans doute, et sous ce rapport ils subissent encore la rigueur de leur condition qui menace à peu près tous les organes de l'économie. La cause du silence des auteurs de médecine navale sur ce genre d'affections, tient à ce que le diagnostic de la plupart est une conquête des temps modernes, que ce diagnostic est souvent très-obscur, et que pour être convenablement apprécié, il exige des conditions favorables qui rarement se rencontrent à bord, comme nous l'avons vu; de plus il réclame une attention, une sagacité et des lumières qui manquent à beaucoup de praticiens, même fort distingués. Lorsque les maladies du cœur sont si souvent méconnues dans la pratique civile, doit-on être étonné du silence qui règne à cet égard chez les médecins navigateurs? Néanmoins, en parcourant avec attention les ouvrages des bons observateurs, on rencontre des traces de ces maladies décrites sous des noms différents, mais qui n'en sont pas moins précieuses pour l'histoire de l'art. Le plus bel exemple du génie suppléant à l'insuffisance des lumières de l'époque, se trouve dans une observation de péricardite que Rouppe a placée dans son chapitre des fièvres inflammatoires, et que

pour la rareté du fait nous reproduirons toute entière. M. Vial-Despax signale dans sa thèse la fréquence des affections du cœur : « Combien de nouveaux marins, dit-il, succombent à la nostalgie, au typhus, aux affections organiques du cœur! » Remarquez que c'est aux nouveaux marins que cette fréquence s'applique, car c'est au début de la carrière que les émotions violentes ou tristes sont le plus vivement senties, comme nous l'avons fait ressortir dans notre esquisse physiologique du matelot. En consultant les écrits récents des meilleurs praticiens, nous trouvons des traces plus positives de l'existence de ces maladies : l'observation trente-quatrième de la clinique de la Pallas nous montre une pneumonie avec prédominance de symptômes circulatoires, reconnue et directement combattue par M. Laurencin qui, à l'autopsie, trouva, indépendamment des caractères de la pleuro-pneumonie, le cœur plus volumineux que dans l'état naturel, distendu par du sang noir, et la sérosité du péricarde rougeâtre et en quantité double de celle ordinaire.

Dans la trente-troisième observation, le même praticien regrette de n'avoir pu faire l'autopsie pour s'assurer s'il n'existait point d'altérations organiques anciennes à l'origine des gros vaisseaux, qui pussent expliquer quelques symptômes observés pendant la vie du sujet affecté de scorbut.

Dans la trente-unième observation, relative à une pneumonie avec symptômes cérébraux et forte réaction circulatoire, M. Laurencin admet encore comme possible que le cœur, ou du moins la tunique interne des artères aient participé à l'irritation.

Espérons qu'en suivant de semblables errements, les médecins navigateurs justifieront de plus en plus la place que nous accordons ici aux affections de l'appareil circulatoire et l'attention que nous accorderons à leur étude.

*Péricardite.* (Inflammation de l'enveloppe du cœur).

Cette maladie, moins rare et moins obscure actuellement qu'on ne le supposait il y a quelques années, naît sous l'influence de causes peu appréciables, parmi lesquelles les fortes émotions doivent sans doute occuper une grande place. Et de combien d'impressions violentes est semée la carrière du navigateur ! Mais les causes les plus évidentes sont l'extension d'une inflammation circonvoisine et les coups sur la région précordiale. Il n'est pas inutile de faire observer encore que la métastase des inflammations fibreuses articulaires s'opèrent assez souvent sur l'enveloppe fibreuse du cœur ; or les navires sont la terre classique du rhumatisme. Nous verrons que l'intempérance avait joué le plus grand rôle dans la production et l'entretien du mal chez le sujet de Rouppe.

Laënnec disait qu'on *devine* plutôt qu'on ne reconnaît une péricardite ; une des causes principales de cette obscurité du diagnostic, c'est qu'elle existe rarement isolée et qu'elle se trouve fréquemment masquée par les symptômes propres à l'inflammation de la plèvre, des poumons et du cœur, de ce dernier surtout dont les fonctions sont nécessairement troublées par les modifications organiques dont son enveloppe est le siège. Si l'on songe que les expressions fonctionnelles du péricarde se bornent à l'exhalation, on sentira que de tous les signes, le plus positif sera celui qui dénotera les variations dans la quantité du fluide exhalé. En effet, le symptôme le plus précieux réside dans la matité de la région précordiale, appréciée et limitée par la percussion. Cette matité peut tenir aussi à l'augmentation du volume du cœur, à l'inflammation pulmonaire ; mais alors il y a d'autres symptômes qui servent à résoudre l'équivoque.

M. Louis est, de tous les modernes, celui qui a répandu le plus de lumières sur l'histoire de cette maladie ; nous em-

pruntons en grande partie ce que nous avons à dire ici à ses leçons cliniques.

Selon lui, la matité précordiale est constante ; mais elle peut être confondue avec une pneumonie voisine.

L'amas de sérosité sous le sternum doit contribuer à faire saillir la poitrine en avant ; ce signe sera donc aussi d'une grande valeur.

Cet amas de liquide interposé entre le cœur et les parois thoraciques doit rendre obscurs les battements du premier qui sont perçus faiblement et pour ainsi dire dans le lointain.

La gêne du cœur doit influencer sur le pouls qui se montre en effet irrégulier, intermittent dans la moitié des cas.

Autant nous en dirons de la douleur dans la région précordiale ; mais les syncopes et les palpitations dont on parle comme de signes importants sont cependant des phénomènes peu fréquents dans la péricardite.

La dyspnée, dit M. Louis, est constante ; mais elle est commune à d'autres maladies, soit du cœur, soit des poumons ; il en est de même de l'infiltration des extrémités inférieures.

Ainsi les signes de la péricardite sont, dans leur ordre approximatif d'importance : la matité, la saillie du thorax, l'obscurité et les désordres de la circulation, la douleur dans la région précordiale, la dyspnée, les syncopes et l'infiltration des extrémités.

Insistons sur la percussion qui est un moyen sûr de diagnostic, et qu'il ne faut jamais omettre avant d'asseoir son jugement.

Lorsque l'épanchement est très-considérable il constitue l'*hydropéricarde*, et alors les symptômes présentent une intensité qui ne permet pas de méconnaître la maladie. Quelquefois il semble au malade que son cœur nage dans un liquide, le plus souvent la suffocation est imminente au moindre mouvement, et le malade périt ordinairement dans une syncope.

La péricardite affecte une durée variable ; elle est souvent funeste , mais moins qu'on ne l'a supposé , ce qui tenait à ce que la maladie guérissait sans avoir été reconnue.

Rougeur , sérosité abondante , limpide , trouble ou rougeâtre , adhérences , épaissement , fausses membranes , granulations , ossifications , telles sont les lésions anatomiques dont le péricarde peut être le siège comme toutes les séreuses.

Le traitement consiste principalement dans les saignées générales pour soulager le cœur , et locales sur le thorax pour enlever plus directement l'irritation. Les unes et les autres doivent être abondantes dans l'état aigu , et modérées dans l'état chronique. Puis viennent les révulsifs externes et internes , le tout secondé de boissons émollientes , nitrées , et , dans l'état chronique , les préparations de scille , de digitale , le séton , le moxa. Nous nous bornons à rappeler qu'on a proposé d'évacuer l'épanchement au moyen de la ponction ou de l'empyème à travers le sternum ou les cartilages intercostaux. Nous n'oserions conseiller de pratiquer une semblable opération surtout à bord d'un navire , et cela dans l'intérêt de l'opérateur , comme dans celui du malade.

Nous terminerons cet article par l'observation que nous avons promise.

« Un matelot de la *Princesse-Caroline* , *Dendrik Zimmerman* , homme robuste , intrépide buveur , âgé d'environ soixante ans , était affecté de douleur obtuse de la poitrine , siégeant sous le sternum et s'étendant à l'épaule droite , avec angoisse extrême de la respiration et délire léger ; pouls accéléré , assez développé , mais très-intermittent. Je tirai du bras droit une livre de sang qui se recouvrit en refroidissant d'une couëne verdâtre. *Lavement ; une vessie pleine d'une décoction émolliente , sur le point douloureux*. Quelques heures après , le mieux fut sensible , du moins en apparence , car la respiration était plus facile , la douleur moins

vive , mais le pouls demeurait intermittent ; *tisane d'orge et de chiendent miellée , tiède*. Je renouvelai la saignée , mais l'état resta le même. Et bien que le délire continuât , le malade répondait cependant aux questions avec justesse. Le deuxième jour il demanda des aliments qui lui furent refusés. La toux donnait lieu à des crachats tenus , visqueux et jaunâtres. Le troisième jour je le trouvai fumant sa pipe , assis sur un baril , et se disant rétabli. Cependant le pouls demeurait intermittent ; *j'attribuai alors cette intermittence du pouls à autre chose qu'à la pneumonie* , je lui conseillai de se mettre au lit ; le même jour , vers midi , comme il voulait se lever de son lit , il tomba raide mort sur le pont. Il est à remarquer que cet homme , bien qu'il toussât depuis quatre ou cinq mois , conservait son appétit , et que , malgré l'état d'ivresse où il se trouvait presque continuellement , il ne manqua jamais à son service. Je ne l'entendis jamais se plaindre d'aucune douleur ou autre incommodité que de la toux qu'il combattait avec de l'eau-de-vie.

« L'autopsie fut faite le 25 mai 1760. En enlevant le sternum et ouvrant le péricarde , il s'écoula une matière purulente verdâtre , mêlée de flocons pseudo-membraneux. Le doigt introduit dans l'ouverture sentait le cœur et les gros vaisseaux nageant dans le pus ; l'os enlevé et le péricarde divisé obliquement à gauche , cette membrane apparut de l'épaisseur presque du petit doigt , dure et résistant à l'action des ciseaux , et de dimensions telles qu'outre le cœur et les gros vaisseaux , elle pouvait contenir trois livres de liquide ; le cœur se présentait sous une couleur jaunâtre due à une pellicule floconneuse , ou lisse , fournissant à l'organe une enveloppe d'une demi-ligne d'épaisseur , assez résistante pour ne pas s'enlever au toucher , ne pouvant cependant en être séparée sous forme membraneuse et se résolvant en grumeaux par le frottement. En grattant légèrement avec le scalpel , la masse du cœur apparut enveloppée de sa mem-

» brane, hérissée de petits tubercules comme une plaie résultant de l'enlèvement de l'épiderme après une brûlure; la substance charnue était dure et contenait vers la base cinq concrétions osseuses, arrondies, déprimées, du volume d'un pois, que je pus à peine diviser avec le scalpel. Les orifices des deux grosses artères offraient des ossifications semblables formant un anneau presque complet pour l'aorte, et plus de la moitié d'un cercle pour l'artère pulmonaire. Les ventricules contenaient une matière jaunâtre, polypeuse, adhérente au cœur, mais facile à détacher. La surface interne du péricarde qui s'élevait jusqu'au col, présentait un aspect semblable à celle du cœur, mais plus inégal. Les poumons étaient petits, contractés, déprimés, mais entièrement sains. Le centre diaphragmatique était ossifié, les autres viscères étaient sains. »

Nous reconnaissons ici un cas magnifique de péricardite chronique, avouée par l'auteur, car, dit-il, « il n'est pas possible que cette collection de pus se soit formée en si peu de tems, et si elle a précédé les derniers jours de la vie, il est étonnant qu'elle n'ait pas causé plus de dérangements. »

Cette dernière supposition est bonne pour l'auteur, ignorant jusqu'au nom de la maladie qu'il donne comme un *cas rare et curieux*; mais nous, nous aurons tenu compte de l'*intermittence* du pouls, que Rouppe lui-même a parfaitement isolée de la pneumonie; nous ferons attention à cette *toux mécanique*; et dans un cas semblable, la percussion acheverait de nous mettre au fait, même dans l'absence de cette *angoisse précordiale* qui a signalé les derniers jours du malade.

Nous dirons comme Rouppe: « J'ai pensé que la description de ce cas ne déplairait point au lecteur. » Il y verra quelle précision on peut apporter dans les observations faites à bord, car l'autopsie sera regardée comme un chef-d'œuvre, si l'on songe que l'illustre Morgagni n'avait pas encore enseigné l'art

des nécropsies qui naquit en 1761 avec le traité *de sedibus et causis*, tandis que cette observation date de 1760, et pourtant elle est encore palpitante d'intérêt, surtout pour nous, dans ce moment, où sans elle nous manquerions d'une preuve anatomique des maladies du cœur à bord des vaisseaux, à part les vestiges que nous avons empruntés à M. Laurencin; nous aimons à croire cependant qu'il s'en trouve d'autres dans la collection des rapports des officiers de santé.

#### *Cardite. (Inflammation du cœur).*

Cette maladie sur laquelle il règne beaucoup d'obscurité est moins rare peut-être qu'on ne le suppose généralement, surtout si l'on envisage l'activité et la continuité des fonctions du centre circulatoire, et les nombreuses sympathies qu'il entretient avec les autres viscères. Il est fort douteux cependant que les nombreuses lésions dont le cœur est susceptible appartiennent toutes à l'inflammation.

Les lésions traumatiques directes sont les causes les plus appréciables de la cardite; on conçoit encore que l'inflammation de l'enveloppe doit le plus souvent se propager à l'organe; la violence et la continuité des émotions morales, la prolongation de la fièvre, les exercices forcés, l'abus des excitants, la métastase du rhumatisme musculaire, peuvent amener le même résultat; or, la plupart de ces causes sont familières à l'homme de mer.

Il est difficile d'isoler les symptômes de la cardite aiguë de ceux de la péricardite, précisément parce que ces deux affections se compliquent le plus souvent. Ce sera toujours de l'anxiété, de la fréquence, de l'irrégularité, du tumulte dans le pouls, douleur précordiale plus ou moins vive et profonde, dyspnée, syncope, face grippée, livide, terrifiée.

La percussion et l'auscultation qui vont nous être d'un si

grand secours dans les affections ultérieures ne nous donneront ici que peu de lumières; l'auscultation dénote seulement les contractions vives, tumultueuses, convulsives.

Rougeur, ramollissement, suppuration, ulcération, tels sont les caractères les moins équivoques de l'inflammation des divers tissus qui entrent dans la structure du cœur; nous rappellerons qu'il existe certains dépôts par résorption purulente que nous envisageons comme indépendants de l'inflammation de l'organe qu'ils occupent.

La cardite développée est presque toujours plus ou moins promptement mortelle.

Si le diagnostic, qui l'isole de la péricardite, offre des difficultés, il n'en résulte aucun embarras pour le traitement; ce sont toujours des saignées répétées, des applications de sangsues ou des ventouses à l'épigastre, les délayants, la diète, le calme physique et moral le plus parfait possible.

#### *Cardite chronique.*

Que la cardite *chronique* succède à la forme aiguë ou qu'elle s'établisse insensiblement, ce sont toujours les mêmes causes qui sont supposées présider à sa formation, mais elle donne lieu à des phénomènes spéciaux caractéristiques de ce qu'on appelle *lésions organiques du cœur*. Certains dérangements dans le rythme circulatoire en sont quelquefois le signe unique; mais lorsque l'orifice des valvules ou des gros vaisseaux subit des changements de dimensions par suite de l'épaississement, de l'induration, etc., il en résulte une série d'accidents dus la plupart aux obstacles qu'éprouve le cours du sang. De graves lésions peuvent amener la mort sans symptômes particuliers antécédents, telle est l'ulcération qui peut donner lieu à la perforation des parois du cœur et tuer subitement. Quelques praticiens envisagent les lésions organiques du cœur comme la cause de *l'asthme, de l'angine de poitrine, de certai-*

*nes palpitations; l'infiltration générale ou locale, les épanchements de sérosité dans les grandes cavités* sont le résultat ordinaire de la plupart de ces lésions.

Épaississement des parois de l'organe, formation de fausses membranes, de productions cartilagineuses, osseuses cancéreuses, de végétations diverses, de tubercules, de ramollissement, d'ulcération, etc., voilà les lésions attribuées à la cardite chronique. Quant aux végétations, aux ossifications, écoutons M. Andral: « Nous n'avons pas dit que l'inflammation fût constamment la cause des ossifications. Nous croyons que dans la vieillesse le travail de nutrition de plusieurs tissus fibreux ou cartilagineux peut être modifié de telle manière que, sans augmentation de congestion sanguine, ces tissus s'endurcissent et s'ossifient, comme les cartilages des côtes, du larynx, etc. » (Clinique médic.)

Le traitement de la forme aiguë modifié lui convient dans beaucoup de cas, mais les ventouses scarifiées, les vésicatoires, les moxas appliqués sur la région du cœur, les diurétiques, les purgatifs, la digitale pourprée sont plus particulièrement indiqués lorsque les symptômes d'excitation n'existent plus; mais il faut le dire, tout ce qu'on peut le plus souvent en espérer, c'est de retarder la catastrophe.

#### *Anévrisme du cœur.*

On donne ce nom à la dilatation totale ou partielle, avec épaississement (anévrisme actif,) ou avec amincissement (anévrisme passif) des parois du cœur, ou sans l'un ni l'autre. Nous devons rappeler que le volume normal de l'organe est égal au volume du poing de l'individu. On a dans ces derniers temps désigné sous le nom d'*hypertrophie concentrique* l'augmentation d'épaisseur des parois aux dépens des cavités, ce qui ne constitue pas, à vrai dire, un anévrisme.

Les causes de cette affection sont les mêmes que celles assignées à la cardite, mais elle est plus prochainement due à un obstacle au cours du sang par rétrécissement des orifices ou des gros vaisseaux, obstacle qui oblige le sang à stagner dans les cavités du cœur dont les parois se dilatent avec ou sans augmentation de la nutrition de l'organe, ce qui donne lieu à l'hypertrophie ou à l'amincissement. On conçoit que ces effets seront favorisés par une lésion préexistante, telle que le ramollissement, l'ulcération qui pourront, consécutivement, donner lieu à des ruptures. Le docteur Pigeau, notre confrère à la société anatomique, suppose que la dilatation est due non pas à l'accumulation du liquide, mais à l'impulsion des colonnes du sang contre les parois de l'organe; cette théorie demande confirmation.

L'anévrisme *avec hypertrophie* (actif) est caractérisé par l'exagération de la force, du bruit et de l'étendue des pulsations du cœur. Lorsqu'il occupe les ventricules, les battements semblables à des coups de marteau se font entendre à distance, soulèvent les parois thoraciques, phénomène sensible à l'œil et surtout à la main, quelquefois le thorax reste bombé en avant.

Lorsque le ventricule gauche en est le siège, les artères battent et vibrent avec force, ce dont le malade lui-même a la perception, et les battements se font sentir à gauche, tandis que lorsque le ventricule droit est affecté, c'est sous le sternum et à droite qu'ils sont perçus.

L'auscultation fait entendre un tumulte bruyant dans le cœur, et quelquefois un bruit de *soufflet* que la plénitude du pouls empêche de confondre avec celui par obstacle à l'orifice de l'aorte. Ces battements sont perçus en arrière.

La percussion donne des signes précieux pour établir, par le siège et l'étendue de la matité, le degré d'ampliation de l'organe et son extension à droite ou à gauche. La plaque

(plessimètre) de M. Piorry peut donner sur ce point des notions d'une précision presque géométrique.

Les symptômes accessoires sont des étourdissements, des hémorragies, quelquefois l'apoplexie; l'affection du ventricule droit cause parfois des hémoptisies actives.

L'anévrisme *avec amincissement* (passif) est accompagné de battements d'un son clair, analogue à celui des oreillettes; les pulsations sont faibles; et lorsque la dilatation siège dans le ventricule gauche, le pouls est mou, facile à déprimer, quelquefois peu sensible; en même temps le visage est livide, infiltré; les moindres mouvements, surtout ceux pour monter, rendent le malade *essoufflé*. Il se manifeste des épanchements dans la poitrine et l'abdomen, accompagnés d'oppression, d'anxiété, de rêves pénibles et de réveils en sursaut; il survient des hémorragies passives. Ces phénomènes peuvent se rencontrer avec l'hypertrophie, mais c'est qu'alors il existe des obstacles à l'orifice des valvules et des artères principales.

Outre ces effets directs de l'anévrisme, le volume du cœur peut comprimer les organes voisins et produire mécaniquement la dyspnée et la stase du sang dans les vaisseaux.

Il n'est point de signes particuliers qui indiquent la dilatation du cœur avec épaisseur normale, état qui existe ordinairement sans troubler notablement les fonctions: la percussion seule peut donner connaissance de l'augmentation anormale du volume de l'organe.

Dans l'hypertrophie *concentrique*, le bruit fourni par l'auscultation est sourd, prolongé, borné à la région du cœur et contraste avec la force de l'impulsion communiquée à l'oreille.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que de l'anévrisme *ventriculaire*; celui des *oreillettes* avec *épaississement* donne un son plus fort et plus sourd; celui avec *amincissement* donne au contraire un son plus faible et plus clair que dans l'état nor-

mal. L'anévrisme des oreillettes accompagne le plus souvent celui des ventricules.

L'épaississement, le rétrécissement et l'ossification des valvules sont ordinairement indiqués par un bruit particulier de râpe ou de lime, ainsi nommé parce qu'il simule le frottement de ces instruments sur un corps solide, tel que du bois.

On ne doit donc jamais négliger d'avoir recours à l'auscultation, mais en ayant égard aux autres signes; car pour que ceux qu'elle fournit aient une valeur réelle, il faut, dit M. Andral, qu'ils soient durables et joints à d'autres, les variétés dans la force, le bruit, le rythme et l'étendue des battements du cœur pouvant dériver d'une péricardite, d'un simple état pléthorique ou de l'influx nerveux; ces deux dernières circonstances sont très-rares chez les marins, si ce n'est les *palpitations nerveuses* qui peuvent accompagner certains cas de nostalgie et d'hypocondrie.

Les saignées répétées et la diète sévère sont indiquées contre l'anévrisme actif; on y joint l'emploi de la digitale pour modérer les impulsions du cœur (de deux à douze grains de poudre fraîche en pilules; de dix à vingt gouttes de teinture dans une potion). Voyez le traitement de la *cardite*.

Les saignées conviennent encore dans l'anévrisme passif, pour prévenir autant que possible les congestions veineuses; mais, il faut en convenir, le traitement le plus rationnel ne peut souvent rien contre des altérations organiques lentes et profondes: l'art fait cependant beaucoup lorsqu'il pallie le mal et retarde l'époque fatale: le régime, le repos, les calmants sont les moyens qui tendent à ce but; c'est assez dire que le séjour à bord est extrêmement fâcheux pour le malade et le médecin.

Quant au traitement des épanchements séreux, il est commun à toutes les hydropisies.

*Artérite* (inflammation des artères).

L'inflammation des artères est encore peu connue, si ce n'est peut-être celle qui occupe le tronc principal, l'aorte. Ses causes les plus évidentes sont les lésions mécaniques telles que les coups, les chutes, les exercices violents, l'abus des liqueurs alcooliques, les divisions ou dilacérations des tuniques par le tranchant des instruments vulnérants, la ligature. Les artères comprises dans l'épaisseur des parties enflammées doivent participer à la lésion des tissus qui les environnent. Les seuls signes connus sont la dilatation, l'intensité des pulsations, et la friabilité ou *secabilité* du vaisseau; quelques auteurs attribuent à l'inflammation des artères certaines fièvres inflammatoires, la gangrène sèche, etc.

La rougeur, l'épaississement de la membrane interne ou de la moyenne, l'oblitération, la dilatation, l'ulcération, l'exsudation d'une matière plastique ou puriforme, les concrétions cartilagineuses ou crétacées, en sont les signes positifs ou présumés.

L'*aortite*, qui le plus souvent est accompagnée d'autres phlegmasies viscérales ou d'hypertrophie du cœur, se reconnaît à des pulsations plus fortes que dans l'état normal, sensibles à la partie supérieure du sternum pour l'aorte thoracique, ou dans quelque point de l'abdomen pour l'aorte ventrale; cependant elles sont moins fortes, moins étendues que les pulsations anévrismales. Elles se distinguent par leur simplicité des doubles battements du cœur.

Les saignées générales et locales, la diète, les boissons délayantes et le repos forment la base du traitement des phlegmasies artérielles comme de toutes les autres; contre celle de l'aorte on emploie, dit-on, avec succès, la digitale à doses graduées.