

gré de solidité, cèdent à l'effort d'expansion du liquide intra-crânien : on voit alors une ou plusieurs sutures s'ouvrir de nouveau. Les os présentent un écartement considérable; c'est ce qu'on a constaté plusieurs fois chez des enfants qui furent atteints d'hydrocéphale vers l'âge de huit à dix ans.

Les sujets devenus hydrocéphales plus ou moins longtemps après la naissance ne présentent pas toujours les mêmes phénomènes : la plupart sont tranquilles et hébétés; plus rarement ils sont grognons, maussades et turbulents : presque tous dorment longtemps, et ont le sommeil très-lourd. Quelques-uns ont l'intelligence assez développée, et ils peuvent la conserver intacte jusqu'au dernier moment; mais néanmoins chez la plupart les facultés cérébrales sont obtuses, la parole est difficile, la perception lente; les sentiments affectueux sont nuls ou peu développés. Les malades jouissent rarement de l'intégrité de tous leurs sens : si l'ouïe et peut-être l'odorat et le goût sont rarement abolis ou pervertis, il n'en est pas de même de la vue, qui est fréquemment diminuée ou éteinte, et de la sensibilité tactile de la peau, qui est souvent moindre et quelquefois complètement abolie. Beaucoup de ces malades ont du strabisme; chez quelques-uns, les yeux sont dirigés en haut, chez d'autres ils le sont en bas, chez beaucoup ils vacillent sans cesse. Quelques hydrocéphales sont paralysés d'un ou de plusieurs membres. Cependant la plupart peuvent se soutenir sur leurs jambes; mais leur démarche est en général mal assurée : ils font souvent des chutes; beaucoup ont de la peine à tenir leur tête en équilibre : son poids l'entraîne, en effet, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Quelques-uns ont de temps en temps des mouvements convulsifs, irréguliers ou épileptiformes. En exerçant avec la main une compression sur la tête, on peut quelquefois produire momentanément de l'assoupissement, de la paralysie ou des convulsions. Le plus souvent on distingue manifestement de la fluctuation au niveau des fontanelles; l'auscultation du crâne ne donne que des résultats négatifs, quoi qu'en ait dit un médecin américain. La nutrition est presque toujours intacte; beaucoup sont voraces, et pourtant ils digèrent bien. Cependant on voit généralement, à une époque plus ou moins éloignée, les sens, intacts au début, se pervertir, puis être abolis; la sensibilité générale s'émousse et s'éteint; les muscles cessent de se contracter, la déglutition est difficile, l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement. Enfin, quoique l'appétit soit généralement conservé jusqu'à la fin, beaucoup d'enfants néanmoins finissent par tomber dans le marasme sans qu'il existe parfois aucune lésion, aucune diathèse qui en rende compte.

La mort est la terminaison constante de l'hydrocéphale congénitale et même de celle qui survient peu après la naissance; jusqu'à présent il ne pourrait exister aucun cas bien authentique de guérison. Presque tous les hydrocéphales meurent jeunes; la plupart succombent même dans les premières heures ou dans les premiers jours, ou les premiers mois qui suivent la naissance. Si des hydrocéphales ont vécu jusqu'à vingt, trente, quarante-huit, cinquante-quatre et même soixante-dix-neuf ans, ces faits sont si exceptionnels, qu'ils ne sauraient détruire la règle générale. La mort arrive tantôt dans le coma, par les progrès de la paralysie, tantôt dans un accès convulsif; beaucoup de malades sont emportés par une maladie intercurrente. Si l'hydrocéphale est curable, chose fort douteuse, nous ignorons encore les changements qui surviennent alors consécutivement, soit dans le cerveau, soit dans le crâne. Un de nos plus anciens amis, dont nous déplorons la fin prématurée, Antoine Andral, croyait que l'hydrocéphale pouvait guérir. Suivant lui, si l'épanchement se résorbait après l'ossification des fontanelles, le crâne ne pouvant plus revenir sur lui-même

pour s'appliquer sur le cerveau, les os devaient s'épaissir par leur face interne pour combler le vide. Mais cette opinion n'est qu'ingénieuse, et rien ne démontre encore qu'elle soit fondée.

Diagnostic. — Il semble d'abord qu'il ne soit pas possible de confondre l'hydrocéphale avec aucune autre affection, en raison surtout de l'ampliation remarquable que le crâne subit. Cependant une hypertrophie du cerveau peut produire le même effet. Mais cette dernière maladie est rare, et elle diffère de l'hydrocéphale en ce que, contrairement à ce qu'on observe pour celle-ci, on voit le développement du crâne s'opérer lentement sans exciter presque aucun trouble fonctionnel; puis des accidents aigus, survenant tout à coup, emportent le malade. Ces caractères néanmoins ne sont pas tellement constants qu'on doive en faire un élément certain de diagnostic; ils ne peuvent guère, en effet, donner que des présomptions. Toutefois l'hydrocéphale étant incomparablement plus fréquente que l'hypertrophie cérébrale, on devra toujours, dans les cas douteux, supposer plutôt l'existence de la première de ces affections que de la seconde. Le rachitisme qui atteint les os du crâne les épaissit et les déforme tellement, qu'il peut faire croire à une hydrocéphale : il est même parfois assez difficile d'éviter l'erreur. Cependant, ainsi que l'observent MM. Rilliet et Barthez, dans le cas de rachitisme, le développement de la tête n'est pas uniforme comme lorsqu'il existe une hydrocéphale; on dirait, dans le premier cas, que des bosses aplaties ont été surajoutées à la partie moyenne des os, et le doigt promené à la surface du crâne sent assez facilement l'endroit où l'os commence à s'épaissir; ajoutons enfin que des signes de rachitisme se remarquent sur d'autres parties du squelette. Pour compléter le diagnostic, on devrait, après avoir reconnu l'existence d'une hydrocéphale, déterminer la cause qui l'a produite; mais la chose nous paraît être à peu près impossible dans l'état actuel de la science.

Pronostic. — Le pronostic est, dans tous les cas, excessivement fâcheux; la mort est, en effet, à peu près inévitable. Je dis à peu près, car on cite quelques cas de guérison; mais ces exemples sont-ils bien authentiques?

Étiologie. — On ne sait rien sur les causes des hydrocéphales chroniques. Il est donc inutile de répéter tout ce qu'on a supposé sur ce point : vieillesse, ébriété, excès de tous genres du côté du père; chagrins, terreurs, compression du ventre, etc., du côté de la mère. D'après ce que j'ai dit dans l'anatomie pathologique, on voit que l'accumulation de sérosité dans le crâne tient fréquemment à l'imperfection du cerveau ou à l'absence de quelques-unes de ses parties. D'autres fois l'hydropisie existe, malgré le développement régulier de l'organe : il semble alors qu'il n'y a eu qu'exagération dans la sécrétion du fluide céphalo-rachidien; mais il est impossible de saisir sous quelle influence cette supersécrétion s'est faite. Elle tient souvent à une disposition organique inconnue qui peut se révéler dès le second mois de la gestation, comme Osiander l'a vu, et se reproduire chez la femme pendant plusieurs grossesses consécutives : c'est ainsi que J. Frank a connu une juive qui, devenue mère huit fois, mit au monde sept enfants hydrocéphales. Assez fréquemment pourtant l'hydrocéphale se lie à l'existence de quelques lésions accidentelles du cerveau ou des méninges, telles que tubercules, tumeurs fibreuses, kystes apoplectiques, etc. Il n'est pas toujours aisé de dire comment ces lésions agissent pour déterminer la suffusion séreuse; cependant celle-ci a pu être expliquée, dans quelques cas, par la gêne de la circulation, par la compression que les tumeurs exercent sur les sinus, sur les veines cérébrales, surtout sur celles de Galien, qui sont les veines ventriculaires. M. Barrier a cité, à ce sujet, dans le tome II de son *Traité des maladies de l'enfance*, deux observations curieuses; plusieurs autres ont été rap-

portées par Magendie dans ses *Recherches sur le liquide céphalo-rachidien*. Ce médecin a vu, en effet, des collections assez considérables de liquide se faire dans le crâne au-dessous de l'arachnoïde, par suite de la compression qu'une tumeur exerçait sur le quatrième ventricule, sur l'aqueduc de Sylvius, sur les veines de Galien, etc. Cependant, tout en admettant ces faits, nous sommes loin de croire, avec MM. Rilliet et Barthez, que le plus grand nombre des hydrocéphales soit l'effet de la compression des veines intra-crâniennes; nous pensons, au contraire, que cette cause est fort rare; du moins on ne l'a constatée qu'exceptionnellement.

Traitement. — Des remèdes très-nombreux ont été proposés contre l'hydrocéphale, et toujours sans succès: c'est ainsi qu'on a préconisé les bains et les frictions aromatiques, la térébenthine, les mercuriaux, les exutoires, les alcalins, les toniques, l'iode à l'intérieur et en frictions. Reid-Clamey prétend avoir souvent réussi avec le calomel porté jusqu'à la salivation; il a surtout employé des vésicatoires et des sinapismes; mais personne, que je sache, n'a été aussi heureux. Beaucoup ont proposé d'évacuer le liquide: les uns le font peu à peu par des ponctions successives, d'autres tout d'une fois. Cette opération, faite par les praticiens les plus habiles, tentée plusieurs fois en France par Dupuytren et par Breschet, a toujours échoué chez nous. On cite pourtant quelques cas de guérison définitive observés surtout en Angleterre et en Prusse. Quoiqu'on ne doive accepter ces faits qu'avec réserve, nous les croyons néanmoins suffisants pour autoriser un médecin à recourir à la ponction des hydrocéphales; car c'est là encore le seul traitement qui puisse laisser quelque chance de salut dans une maladie qui, abandonnée aux seules ressources de la nature, doit tôt ou tard entraîner la mort du sujet. M. Malgaigne, après avoir étudié un grand nombre d'opérations semblables, a établi que la ponction pouvait être tentée: 1° lorsque le sujet a moins de trois ou quatre mois, lors même que l'hydrocéphale paraît être stationnaire; 2° au delà de quatre mois, et sans autres limites que l'ossification du crâne, si l'hydrocéphale s'accroît sensiblement et menace la vie générale ou la vie de relation de l'individu (1).

De l'hydrorachis.

Sous le nom d'*hydrorachis* on doit comprendre toutes les accumulations de sérosité dans le canal rachidien. L'hydrorachis est donc pour celui-ci ce que l'hydrocéphale est pour le crâne. On doit distinguer deux sortes d'hydrorachis, suivant que la maladie est simple, ou qu'elle s'accompagne d'un vice de conformation par arrêt de développement, consistant dans l'écartement ou dans l'absence d'une ou plusieurs des lames vertébrales. Cette dernière forme a reçu le nom spécial de *spina-bifida*.

L'hydrorachis simple est une affection sur laquelle nous ne possédons encore aucune donnée précise. Nous savons que, sous l'influence d'une agonie longue, on peut trouver dans le canal vertébral, comme dans le crâne, une plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Il est généralement reconnu que, dans certaines atrophies de la moelle, le même liquide comble le vide que laisse dans le rachis le retrait de la substance nerveuse; mais là se bornent à peu près nos connaissances. On a pourtant supposé qu'il pouvait y avoir une apoplexie séreuse pour la moelle comme il en existe une pour le cerveau. On a également

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1840.

attribué à la présence d'une grande quantité de liquide dans le rachis certaines faiblesses des jambes, certaines paraplégies qui offriraient ceci de remarquable, que les accidents s'aggraveraient dans la station et dans la position assise, c'est-à-dire lorsque le liquide est accumulé sur un point en couche épaisse, tandis qu'ils diminueraient dans la position horizontale, en raison de la dissémination de la sérosité sur une plus grande surface. Ce sont là certainement des idées fort rationnelles, mais je crois qu'elles ont été émises plutôt *à priori* que d'après l'observation clinique. Dans l'état actuel de la science, l'histoire de l'hydrorachis simple est encore tout entière à tracer. Nous n'avons de données positives que sur celle qui se complique de *spina-bifida*, et dont l'histoire appartient plutôt aux livres de chirurgie.

DE L'ŒDÈME DES POUMONS

Je définis, avec Laënnec, l'*œdème des poumons*, une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel, que l'organe devient notablement moins perméable à l'air.

Historique. — Cette lésion, quoique très-fréquente, n'a guère fixé l'attention des médecins que vers le milieu du siècle dernier; toutefois ce fut Laënnec qui, le premier, en précisa bien les caractères anatomiques et indiqua les signes propres à la faire reconnaître.

Caractères anatomiques. — L'œdème envahit rarement tout un poumon: il est borné, le plus souvent, à son lobe inférieur; les parties de l'organe ainsi infiltrées ont à l'extérieur une teinte d'un gris pâle ou d'un jaune fauve pâle. Le poumon, plus dense, plus lourd, moins crépitant, moins élastique, ne s'affaisse pas quand on le presse; il conserve l'impression du doigt, comme cela arrive pour l'œdème sous-cutané. Lorsqu'on incise l'organe, il en ruisselle une quantité variable de sérosité, plus ou moins incolore et peu spumeuse. Cette partie du poumon paraît contenir moins de sang que de coutume; le tissu de l'organe est cohérent; cependant il paraît parfois plus friable, ce qui tient à une sorte de macération opérée par le fluide épanché. Mais il suffit le plus souvent d'exprimer le poumon de la sérosité qui le pénètre pour lui rendre à peu près sa consistance normale; on reconnaît d'ailleurs facilement encore la structure celluleuse propre à l'organe. Il est rare de rencontrer au centre des parties œdémateuses des noyaux d'apoplexie ou d'hépatisation. Dans l'œdème pulmonaire, une partie de la sérosité est épanchée dans les cellules, l'autre infiltre le tissu intravésiculaire. L'œdème des poumons gagne quelquefois aussi les anciennes adhérences de la plèvre, qui, en raison de leur laxité, offrent souvent un aspect gélatineux; cette même apparence peut se rencontrer pour le poumon lui-même, lorsque l'œdème envahit le bord tranchant de l'organe et lorsque la quantité de sérosité épanchée est très-considérable.

Symptômes. — L'œdème des poumons n'a que des signes fort équivoques. Il n'existe communément ni douleurs, ni gêne bien notable dans la respiration. Laënnec signale pourtant un peu de dyspnée, de la toux, une expectoration aqueuse, le rejet d'une pituite incolore très-aérée, et semblable à une légère solution albumineuse. Cependant ces signes n'ont aucune valeur, car ils sont communs à plusieurs autres maladies, et manquent d'ailleurs fort souvent dans l'œdème. Lorsque l'infiltration des poumons est considérable, la percussion de la poitrine faite à ce niveau peut donner un son obscur. L'auscultation fera également découvrir dans le même point une diminution dans l'intensité du

murmure respiratoire; on entendra de plus un râle sous-crépitant, dont les bulles sont humides et plus ou moins nombreuses. La plupart des médecins attribuent trop de valeur à ce râle sous-crépitant, qui existe communément à la partie postérieure et inférieure de l'un et de l'autre poumon: il n'est, en effet, jamais caractéristique de l'œdème; il ne peut signifier autre chose, si ce n'est qu'un fluide plus ou moins visqueux est épanché dans les cellules pulmonaires; mais cette exhalation peut dépendre aussi bien de l'œdème que d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie. Cependant, lorsque les phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation existent simultanément dans les parties les plus déclives de l'un et de l'autre poumon, lorsqu'ils persistent pendant longtemps dans les mêmes points, il sera rationnel de supposer l'existence d'un œdème pulmonaire. Toutefois, on ne pourra avoir à ce sujet aucune certitude. On conçoit enfin que lorsque l'œdème est considérable, lorsque, par exemple, l'infiltration séreuse est telle que le poumon offre un aspect gélatiniforme, la percussion doit fournir une matité plus ou moins complète et le murmure vésiculaire doit cesser; mais il ne paraît pas qu'on entende jamais ni souffle bronchique ni bronchophonie.

L'œdème pulmonaire dont le début serait brusque, et qui acquerrait rapidement une assez grande intensité, pourrait, dit-on, amener la mort au milieu d'un état de suffocation comparable à celui que détermine l'œdème de la glotte. Dans d'autres cas, la marche de la maladie serait moins rapide, puisque l'œdème pourrait se prolonger pendant plusieurs jours; mais la mort surviendrait encore au milieu du même appareil symptomatique. Je suis bien loin de nier la possibilité de pareils accidents lorsque l'œdème se développe rapidement et qu'il envahit la plus grande partie des poumons; mais je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et je n'ai pu en trouver aucune relation authentique dans les auteurs: aussi l'existence d'un œdème idiopathique et aigu dans sa marche ne me paraît pas encore démontrée.

Diagnostic. — L'absence du point de côté, de la fièvre, des crachats rouillés, la persistance du râle sous-crépitant dans le même point sans qu'il y soit remplacé par le souffle tubaire, empêcheront toujours de confondre le premier degré de la pneumonie avec l'œdème. Celui-ci, au contraire, diffère à peine par ses symptômes et par sa marche de la congestion passive, avec laquelle d'ailleurs il coexiste très-souvent. Si l'œdème était assez intense pour obscurcir le son et rendre le bruit respiratoire presque nul, il serait difficile de le distinguer d'un épanchement pleurétique léger et circonscrit. Cependant l'impossibilité de faire changer par la position les résultats de percussion et d'auscultation rendra plus probable l'existence d'un œdème pulmonaire. Le râle sous-crépitant confirmera ce diagnostic; mais il faut éviter de prendre pour tels certains froissements produits par les fausses membranes pleurales qui sont récentes ou infiltrées, et qui donnent parfois un bruit très-analogue à une grosse crépitation humide. Il est vrai que, dans ce cas, le bruit sera communément perçu aux deux temps de la respiration. Mais ce caractère pourtant manque quelquefois, et c'est surtout alors que l'hésitation est permise.

Pronostic. — Si la forme aiguë de l'œdème existait, son pronostic serait très-grave. Quant à la forme chronique, il ne m'a pas paru qu'elle rapprochât notablement le terme fatal des maladies dans le cours desquelles elle survient, pourvu pourtant qu'il reste circonscrit à la base des deux poumons.

Étiologie. — L'œdème des poumons est une affection rarement primitive; elle se déclare presque toujours consécutivement à divers états morbides. Les vieillards, les sujets affaiblis, les convalescents, en sont souvent atteints.

L'infiltration séreuse des poumons reconnaît d'ailleurs les mêmes causes que les autres hydropisies, qu'elle précède souvent et qu'elle accompagne presque toujours. L'œdème des poumons est surtout une complication à peu près constante des maladies organiques du cœur. Laënnec a dit que les pneumonies en résolution, surtout après avoir atteint le deuxième degré, s'accompagnaient d'œdème pendant un temps plus ou moins long; j'ai établi dans mon *Traité de la pneumonie* que cette opinion était peut-être un peu trop absolue (2^e édition, p. 41 et 305).

Traitement. — L'œdème pulmonaire étant presque toujours symptomatique, son traitement est subordonné à l'affection qu'il vient compliquer. Existe-t-il en même temps qu'une affection organique du cœur, une saignée pratiquée peut le diminuer ou le faire cesser en atténuant la gêne de la circulation et de la respiration. Le sujet est-il faible, anémique, les ferrugineux, les toniques, les analeptiques seront indiqués. Dans tous les cas, dans ceux surtout où il n'existe aucune indication prédominante, on devra insister sur les purgatifs, sur les diurétiques et sur les révulsifs cutanés. Si les malades sont contraints de garder le lit habituellement, on variera souvent leur position, afin d'empêcher la formation de congestions passives qui auraient pour effet nécessaire de produire ou d'augmenter l'infiltration séreuse.

DE L'HYDROTHORAX, OU DE L'HYDROPIE DES PLÈVRES

L'*hydrothorax* est caractérisé par une accumulation de sérosité dans une des plèvres ou dans les deux à la fois. C'est à tort que quelques auteurs ont confondu sous cette dénomination presque tous les épanchements des plèvres, ceux qui sont séreux comme ceux qui sont purulents. Il importe bien, pour le pronostic comme pour le traitement, de ne pas commettre une pareille confusion. L'*hydrothorax*, tel que nous l'avons défini, est la maladie vulgairement appelée *hydropisie de poitrine*; elle est très-fréquente, mais elle n'est peut-être jamais primitive ou idiopathique: dans presque tous les cas, en effet, sinon dans tous, elle est symptomatique de quelque affection préexistante. Un épanchement plus ou moins considérable de sérosité, variant de 60 à 100 grammes, se rencontre dans les plèvres à l'ouverture de plus du tiers des cadavres. Ces accumulations, à peu près constantes sur les individus qui succombent à une maladie du cœur, et surtout à la maladie de Bright, manquent plus souvent chez les phthisiques. M. Louis ne les a remarquées que chez un dixième environ. Cette différence tient à ce que, chez les tuberculeux, il existe communément des adhérences plus ou moins étendues et souvent générales entre les poumons et les plèvres, disposition qui, comme on le conçoit, empêche l'épanchement de se produire. La plupart de ces collections séreuses se forment pendant l'agonie, et sont alors l'effet du trouble profond que la respiration et la circulation éprouvent dans les derniers instants de la vie: les épanchements pleuraux qui surviennent dans ces conditions dépassent rarement 120 grammes. Lorsque au contraire l'*hydrothorax* est symptomatique d'une maladie organique du cœur, d'une maladie de Bright et de toutes les lésions des solides et des liquides qui peuvent produire la diathèse séreuse, on voit l'épanchement se déclarer à une époque plus ou moins éloignée de la mort; il se révèle alors par des signes spéciaux, et constitue une complication plus ou moins grave, qui peut accélérer le terme fatal. En résumé, je crois que l'*hydrothorax* ne survient guère que comme affection secondaire ou con-

sécutive; on peut presque toujours en trouver la cause dans une gêne de la circulation cardiaque ou pulmonaire, ou dans une altération du sang. Je suis donc porté à contester l'existence de l'hydrothorax idiopathique; aucun fait authentique n'en a du moins encore démontré la possibilité; tous ceux qu'on cite comme tels ne sont autre chose que des pleurésies aiguës ou chroniques, maladies qu'il n'est plus permis aujourd'hui de confondre avec les épanchements simplement séreux.

Symptômes. Diagnostic. — L'hydrothorax ne détermine jamais ni douleur ni fièvre. S'il est considérable, ou s'il occupe les deux plèvres à la fois, il produit de la dyspnée, de l'oppression; on constate en outre tous les signes physiques caractérisant les épanchements pleurétiques. Ainsi, dans les points où la collection séreuse existe, il y a matité, faiblesse ou absence de la respiration et du mouvement vibratoire; souvent il y a de plus un souffle doux et de l'égophonie. Ce dernier phénomène éprouve les mêmes alternatives que lorsqu'il se rattache à l'existence d'un épanchement inflammatoire. Dans l'hydrothorax, il est plus facile de faire varier les phénomènes de percussion et d'auscultation, d'après les positions qu'on donne au malade, que dans les cas de pleurésie, parce que dans les premiers il ne se forme pas d'adhérences au pourtour de l'épanchement: cependant celui-ci pourrait être à la rigueur circonscrit par des brides dont la formation remonterait à une époque éloignée. Il est inutile de dire que, lorsqu'un côté de la poitrine est rempli en totalité ou presque entièrement, on ne modifie jamais, par les différentes inclinaisons du tronc, les résultats d'auscultation et de percussion. Il est rare que dans l'hydrothorax la matité occupe plus des deux tiers de la poitrine; l'épanchement est rarement assez considérable pour dilater sensiblement cette cavité. En ayant égard à toutes ces différences, et surtout aux antécédents, aux maladies concomitantes, aux symptômes généraux, à l'absence de fièvre et de douleur, on pourrait distinguer l'hydrothorax de la pleurésie, soit aiguë, soit chronique.

Marche. — La marche de l'hydrothorax est subordonnée à la marche même de la maladie dont il est le symptôme. Il est très-commun aussi d'observer du jour au lendemain une augmentation ou une diminution considérable de l'épanchement, quoique souvent il ne soit survenu du côté de la maladie principale aucun phénomène qui explique ces changements.

Pronostic. — L'hydrothorax est toujours une complication fâcheuse qui augmente les souffrances des malades en produisant de la gêne dans la respiration, ou en l'augmentant lorsque déjà elle existe. Enfin, si l'hydrothorax se faisait rapidement et dans les deux côtés du thorax à la fois, il pourrait ou déterminer la mort ou l'accélérer beaucoup.

Traitement. — On insistera sur l'usage des purgatifs et des diurétiques, lorsque rien ne s'oppose à leur emploi; on promènera des vésicatoires sur la poitrine; enfin, si l'épanchement était trop considérable et s'il menaçait de produire l'asphyxie, il faudrait l'évacuer à l'aide d'une simple ponction faite avec un trocart. Si l'hydrothorax n'était pas le plus souvent symptomatique d'une maladie incurable, on devrait espérer de meilleurs résultats de la thoracentèse faite pour cette maladie que dans le cas de pleurésie chronique, et cela en raison de l'intégrité de la plèvre, et parce que le poumon, n'étant point bridé par de fausses membranes, se laisse dilater plus facilement par l'air. Quoi qu'il en soit, on devra évacuer le liquide toutes les fois que, par son accumulation trop grande, il détermine des accidents de suffocation. Le plus souvent, il est vrai, ce n'est là qu'un moyen palliatif, mais cependant on ne devrait point négliger une ressource qui produit toujours du soulagement.

DE L'HYDROPÉRICARDE

Chez la plupart des individus qui succombent à une maladie aiguë ou chronique, on trouve dans le péricarde une, deux ou trois cuillerées à bouche de sérosité citrine ou légèrement sanguinolente, épanchement qui, comme celui des plèvres, paraît s'effectuer pendant l'agonie, et reconnaît les mêmes causes que ce dernier. Lorsque l'épanchement du péricarde dépasse 100 à 125 grammes, il ne nous semble plus devoir être considéré comme cadavérique: c'est donc là le terme qu'il me paraît convenable de fixer pour marquer le point où commence l'hydropéricarde.

La plupart des auteurs divisent l'hydropéricarde en idiopathique ou essentielle et en symptomatique; mais nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions tout à l'heure de l'hydrothorax, savoir, que ces épanchements sont toujours symptomatiques d'une des nombreuses affections qui produisent les autres espèces d'hydropisies. On retrouve l'épanchement séreux du péricarde surtout dans le cours de la maladie de Bright, puisqu'on l'observe alors dans le quart des cas; il se montre aussi presque toujours consécutivement aux épanchements séreux du péritoine, de la plèvre et du tissu cellulaire.

Il n'existe encore dans la science aucun fait authentique qui démontre qu'une hydropéricarde se soit jamais développée primitivement par suite d'une supersécrétion active de la séreuse. Dans les cas qu'on a rapportés comme tels, il a existé manifestement une péricardite plus ou moins étendue: le péricarde contenait donc alors, outre la sérosité, une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux, tels qu'on en trouve dans l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

Caractères anatomiques. — La sérosité, tantôt citrine, tantôt sanguinolente, varie de quantité; parfois il n'y a d'épanché que 125 à 150 grammes, tandis que dans d'autres cas on peut en trouver jusqu'à 4 kilogrammes, ainsi que Corvisart l'a observé une fois. Lorsque l'épanchement est considérable, le péricarde est nécessairement distendu, le cœur est refoulé en arrière et en haut, comme s'il surnageait: son tissu est parfois plus pâle, et le péricarde offre aussi dans quelques cas une couleur lactescente ou d'un blanc mat. Enfin, les poumons, le diaphragme, l'estomac, le foie et la rate même sont déplacés ou refoulés, comme nous l'avons vu dans certaines péricardites chroniques avec épanchement considérable.

Symptômes. — Les signes locaux de l'hydropéricarde sont les mêmes que ceux de la péricardite aiguë ou chronique avec épanchement considérable. Comme pour celle-ci, il existe une voussure de la région précordiale, une matité s'étendant sur une surface plus ou moins large, et pouvant varier plus ou moins dans un sens ou dans un autre, suivant les positions qu'on donne au malade. A l'auscultation, les bruits du cœur sont obscurs, lointains, parfois même on ne les perçoit plus. Corvisart a dit qu'on pouvait d'un moment à l'autre sentir les battements de l'organe tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui s'expliquerait parce que le péricarde, dilaté par le liquide, permettrait au cœur de nager, pour ainsi dire, et de se déplacer de la sorte assez facilement. Ce signe, observé par Corvisart, ne paraît pas avoir été vérifié par beaucoup de médecins; cependant il est mentionné par Hope, par M. Pigeaux, et surtout par mon très-regrettable ami le professeur Requin, qui l'a constaté une fois. Enfin, dans ces hydropéricardes très-volumineux, on pourrait parfois, à l'exemple de