

La percussion est un moyen thérapeutique, qui, je crois, a plus de valeur que Boyer ne lui en donne, mais qui est loin de valoir l'auscultation. La percussion bien faite, soit avec les doigts seuls, soit avec le plessimètre, permet de limiter la partie non résonnante de la poitrine; mais elle ne nous dit pas si cette absence de résonnance dépend de la présence d'un liquide ou d'adhérences anciennes très-épaisses, ou d'un engouement du poumon, ou de la présence d'un foie ou d'une rate devenus très-volumineux. L'auscultation, au contraire, nous le dit par l'égophonie, et par la sensation d'un murmure respiratoire obscur qui traverse le liquide et qui n'existerait pas si l'absence de ce murmure dépendait du volume du foie ou de la rate. Elle ne nous apprend rien non plus sur la présence ou l'absence de gaz dans la cavité de la poitrine; car l'excès de résonnance peut dépendre de toute autre cause que de la présence accidentelle de l'air dans la plèvre: il peut même n'être qu'un signe relatif à l'absence de résonnance dans d'autres points de la poitrine. La percussion n'a d'ailleurs rien qui remplace le tintement métallique. C'est pour cette raison que je n'ai placé la percussion qu'au dernier rang des moyens de diagnostic des épanchements pleurétiques.

Enfin, la mensuration me semble n'être qu'un signe illusoire des épanchements pleurétiques; car lorsqu'elle peut servir réellement, ces épanchements sont parvenus à un tel degré, qu'il n'y a plus aucun doute sur leur existence.

Il y a encore un symptôme que je dois rappeler, parce qu'il peut avoir quelque valeur dans les cas douteux; c'est l'absence de vibration dans les parois thoraciques du côté affecté, pendant que le malade parle.

Les divers moyens de diagnostic des épanchements pleurétiques sont utiles quand ces épanchements se manifestent par des signes extérieurs; mais lorsqu'ils sont latents, ou qu'ils dépendent d'une infection purulente, ils ne servent plus qu'à nous faire connaître la maladie confirmée et peut-être déjà au-dessus des ressources de l'art. Les cas de ce genre ne sont que trop fréquents à la suite des grandes opérations chirurgicales, et les praticiens ne sauraient être trop prévenus de leur possibilité, afin de diriger leur attention du côté de la poitrine.

Enfin, ces moyens de diagnostic sont encore inutiles dans les cas d'épanchements pleurétiques sus-diaphragmatiques, dans ceux qui se font entre le poumon et le médiastin, et dans les épanchements dou-

bles où l'absence de termes de comparaison ôte aux signes toute leur valeur.

L'opération de l'empyème, qui consiste à pratiquer une incision plus ou moins grande aux parois thoraciques, diffère beaucoup de la paracentèse du thorax. Celle-ci n'est qu'une simple piqûre faite pour donner issue aux liquides épanchés. Je crois que l'opération de l'empyème est préférable surtout pour les épanchements purulents; et qu'ici, comme dans tous les abcès, une grande incision vaut mieux qu'une ponction: le pus s'écoule librement, l'air circule avec facilité; ce liquide et ce gaz ne s'altèrent pas mutuellement, ou si l'un et l'autre sont viciés dans leurs principes constituants, ils sortent librement, et permettent ainsi aux parties profondes de se rapprocher des parties superficielles, et la cicatrice se fait sans peine. Aussi je ne pense pas que les instruments imaginés dans le but d'empêcher l'entrée de l'air dans la cavité thoracique soient très-utiles. Les succès assez nombreux d'opérations d'empyème doivent engager les praticiens à avoir recours à ce moyen thérapeutique quand les médicaments internes sont inutiles. Quant à moi, si j'avais à ouvrir la cavité des plèvres pour un épanchement purulent, je n'hésiterais pas à pratiquer une incision. Je n'ai vu qu'une seule fois faire cette opération, elle a été suivie de succès. Si au contraire j'avais à ouvrir la cavité des plèvres pour un épanchement de sérosité, je pratiquerais la ponction avec un troi-quarts, comme dans l'hydrocèle. Je ne craindrais ni dans l'une ni dans l'autre opération que l'entrée de l'air fût nuisible à la respiration: En effet, indépendamment de la pesanteur atmosphérique égale dans les deux côtés du poumon, nous avons l'autre poumon qui est sain et qui satisfait aux besoins de la respiration.

## § 2. — De l'hydropisie du péricarde ou hydropéricarde.

On trouve dans le péricarde de presque tous les cadavres une plus ou moins grande quantité de sérosité; mais, quelque grande qu'elle soit, cette collection séreuse ne constitue l'hydropéricarde qu'autant que l'individu dans le cadavre duquel on la trouve a été attaqué, peu de temps avant sa mort, de quelque une des maladies capables de produire l'hydropisie, et a éprouvé la plupart des symptômes qui l'accompagnent ordinairement. On appelle donc hydropéricarde un amas

de sérosité dans le sac membraneux qui enveloppe le cœur, assez considérable pour troubler les fonctions de cet organe.

L'hydropisie du péricarde présente des différences relatives à ses causes, à sa marche, à la quantité et aux qualités du liquide qui la forme, et à ses complications.

La cause prochaine de cette maladie, comme celle de toutes les autres espèces d'hydropisie, est le défaut de rapport entre l'exhalation et l'absorption de la sérosité, qui, dans l'état naturel, lubrifie sous forme de vapeur la surface du cœur et celle de son enveloppe. Ce changement de rapport n'est presque jamais l'effet de la diathèse séreuse ou hydropique : il dépend quelquefois d'une phlegmasie du poumon, de la plèvre ou du péricarde lui-même; mais le plus ordinairement il est la suite d'une maladie organique du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons. Il résulte de là que l'hydropéricarde est presque toujours une maladie secondaire ou symptomatique, et très-rarement une affection essentielle ou primitive (1).

La marche de cette hydropisie n'est pas toujours la même. Quelquefois l'épanchement se forme avec promptitude, et arrive en peu de temps à un degré capable de produire les accidents les plus graves, et même de faire périr le malade; d'autres fois la collection séreuse se forme d'une manière lente et graduée, et il s'écoule un temps considérable avant qu'elle soit portée à ce degré où elle ne peut guère subsister sans causer la mort. Dans le premier cas, l'hydropéricarde est appelée aiguë ou active, et on la regarde comme l'effet de l'augmentation de l'exhalation; dans le second, elle est nommée passive ou chronique, et on l'attribue à la diminution de l'absorption. L'hydropéricarde aiguë est presque toujours la suite d'une phlegmasie du poumon, de la plèvre ou du péricarde, tandis que l'hydropéricarde chronique est ordinairement le résultat d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux.

La quantité de liquide qui peut s'amasser dans le péricarde varie

(1) Je crois devoir rappeler que les travaux des pathologistes modernes ont démontré d'une manière positive la coïncidence de la péricardite et du rhumatisme articulaire aigu : par conséquent, nous devons ranger cette dernière maladie au nombre des causes de l'hydropéricarde.

depuis six à sept onces jusqu'à huit livres. Ses qualités ne sont pas non plus toujours les mêmes; le plus ordinairement c'est une sérosité claire, jaunâtre ou verdâtre; mais lorsque l'hydropéricarde a été précédée d'une inflammation de poitrine, cette sérosité est quelquefois trouble, semblable en quelque sorte à du petit-lait non clarifié, et contient des flocons albumineux; d'autres fois elle est rougeâtre, sanguinolente, ou même sanieuse.

Il n'y a peut-être point de maladie plus difficile à reconnaître que l'hydropisie du péricarde. La difficulté du diagnostic est d'autant plus grande, que cette maladie étant presque toujours la suite d'une affection organique du cœur, ou jointe à l'hydrothorax, il est presque impossible de distinguer les symptômes qui lui sont propres de ceux qui appartiennent à ces affections; et que, dans les cas très-rare où l'hydropéricarde est essentielle et sans complication d'hydrothorax, il n'y a point deux malades chez lesquels les symptômes soient exactement les mêmes. Voici ceux qui ont été observés et que l'on regarde comme propres à caractériser cette maladie.

La respiration est courte, laborieuse, et le malade éprouve, dans la région du cœur, un sentiment de pesanteur et une anxiété considérable, quelquefois de la douleur. Lorsqu'il se couche horizontalement sur le dos, ces phénomènes augmentent tellement, surtout la gêne de la respiration, qu'il lui est impossible de rester dans cette position sans être en danger de suffoquer : il respire plus difficilement aussi couché sur le côté droit que sur le côté gauche, et sa respiration n'est jamais plus libre que lorsqu'il est debout ou à son séant, le corps incliné en avant et sur le côté gauche. L'anxiété précordiale et la gêne de la respiration augmentent aussi lorsque le malade parle trop haut ou trop longtemps, ou lorsqu'il se livre à quelque exercice du corps, et diminuent ensuite assez promptement par le silence et le repos. Le pouls présente beaucoup de variétés; il est petit, faible, fréquent, concentré, irrégulier : le malade éprouve des tiraillements, des syncopes et quelquefois des palpitations. Les mouvements du cœur sont troublés, tumultueux, obscurs; en sorte que la main appliquée sur la région de cet organe ne sent ses battements que par l'intermédiaire d'un corps mou, ou du liquide placé entre lui et les parois du thorax. Quand on pratique la percussion de la poitrine dans la partie antérieure et gauche, soit que le malade reste à son séant, soit qu'il se place horizontalement dans son lit, le son que rend cette cavité est obscur ou

nul dans une étendue proportionnée à la dilatation que le liquide a fait éprouver au péricarde. Dans quelques cas, le côté gauche de la poitrine est plus élevé, dans sa partie antérieure, que le côté droit. La figure est plus ou moins bouffie et violette; les lèvres sont livides et noirâtres. L'urine est en petite quantité, rougeâtre, et dépose un sédiment briqueté. Lorsque la maladie est ancienne, les forces du malade sont comme anéanties: il survient de l'œdémie aux extrémités inférieures et quelquefois une légère bouffissure à la partie antérieure gauche de la poitrine.

A ces symptômes il peut s'en joindre d'autres qui méritent beaucoup d'attention. Senac en a observé un, qui, suivant lui, rend les autres moins équivoques; c'est que l'on aperçoit quelquefois très-clairement entre la troisième, la quatrième et la cinquième côte les *flots* de l'eau contenue dans le péricarde, lorsqu'il survient des palpitations. « Ce n'est pas, dit Senac, qu'on n'entrevoie quelque mouvement semblable dans les palpitations qui ne sont pas accompagnées de l'hydropisie du péricarde; mais ce n'est pas un mouvement *onduleux* et qui s'étend fort loin. » Un praticien célèbre, et dont l'opinion est d'un grand poids, M. le professeur Corvisart, s'exprime ainsi sur ce symptôme: « Je ne veux pas dire strictement avoir vu le même phénomène, mais j'ai pu me convaincre de son existence par le toucher; il peut se faire que les ondulations, que ma main appliquée sur la région du cœur sentait distinctement, ne fussent déterminées que par les battements de cet organe; je suis loin de le nier; mais je puis assurer que, s'il en était ainsi, le caractère particulier de ces battements est très-reconnaissable. Je dois à la vérité de dire que je n'ai fait cette observation que sur un seul individu, tandis qu'on doit conclure de ce que dit Senac, qu'il a vu des ondulations sur plusieurs malades. Enfin, je répète que j'ai senti par le toucher ce que Senac dit avoir vu très-distinctement. »

Le même praticien a observé deux fois un signe qui paraît mériter plus de confiance que celui qui a été remarqué par Senac: il se tire de l'endroit où les battements du cœur se font sentir. Ces battements n'ont pas lieu toujours sur le même point, comme dans l'état naturel; on les sent tantôt à droite, tantôt à gauche, ou pour parler plus clairement, dans différents points d'un arc de cercle assez étendu, et ces points sont d'autant plus éloignés les uns des autres que l'épanchement et la dilatation du péricarde sont plus considérables.

On a mis encore au nombre des phénomènes propres à caractériser l'hydropéricarde, un poids énorme que quelques malades sentent sur le cœur, et la sensation que d'autres éprouvent dans la région de cet organe, et qu'ils expriment en disant que le cœur *nage dans l'eau* et qu'ils sentent qu'il y est plongé.

Tel est l'ensemble des symptômes qu'on a observés chez des malades qui ont succombé, et dans le péricarde desquels on a trouvé une quantité plus ou moins grande de sérosité. A en juger par le nombre de ces symptômes, on croirait que le diagnostic de cette hydropisie est facile; mais on est bientôt convaincu du contraire quand on considère que ces symptômes n'existent jamais tous chez le même individu, et que d'ailleurs la plupart sont communs à l'hydropéricarde et à d'autres maladies qui peuvent coexister avec l'hydropisie, ou qui ont lieu sans qu'il y ait épanchement dans le péricarde. Aussi est-il arrivé très-souvent qu'à l'ouverture des corps on a trouvé de l'eau dans le péricarde de personnes que l'on n'avait pas soupçonnées atteintes d'hydropéricarde; tandis que, d'autres fois, on n'a trouvé aucun épanchement dans l'enveloppe membraneuse du cœur d'individus qu'on avait crus atteints d'hydropéricarde. S'il est difficile de reconnaître l'existence d'un épanchement de sérosité dans le péricarde, il ne l'est pas moins de déterminer si cet épanchement est isolé ou bien s'il est compliqué avec l'hydrothorax qui se forme quelquefois en même temps que lui, ou avec les maladies qui lui ont donné naissance, telles que les affections organiques du cœur, du poumon, etc. La difficulté est telle que le plus ordinairement, comme nous venons de le dire, ce n'est qu'à l'ouverture des corps que l'on reconnaît l'épanchement et que l'on juge qu'il est essentiel, isolé, compliqué ou symptomatique.

L'hydropéricarde est au nombre des maladies qui ne laissent presque aucun lueur d'espérance. Celle qui dépend d'un vice organique du cœur, des gros vaisseaux ou du poumon, fait constamment périr le malade, lors même que celui-ci ne succombe pas à la maladie dont l'épanchement dans le péricarde n'est que l'effet. L'hydropéricarde essentielle, surtout lorsqu'elle est aiguë, est la seule qui pourrait offrir quelque chance de salut; mais cette espèce est si rare, et il est si difficile de la reconnaître, que l'on n'a encore aucun exemple bien constaté de sa guérison.

Dans le traitement de l'hydropéricarde, comme dans celui de toutes les autres hydropisies, on doit avoir pour objet de favoriser la résorp-

tion du liquide épanché, et de lui donner issue par une opération lorsque la résorption est impossible. Les diurétiques et les hydragogues, qui ont quelquefois des effets si marqués dans les autres hydrophisies, ne sont ici d'aucune utilité, et les malades auxquels on les prodigue succombent ordinairement avant qu'on en ait obtenu le moindre effet. L'opération serait donc l'unique ressource sur laquelle on pourrait compter; mais la difficulté du diagnostic, et, alors même qu'on pourrait l'établir d'une manière certaine, l'impossibilité de distinguer si la maladie est essentielle ou si elle est symptomatique, empêcheront toujours un chirurgien prudent d'entreprendre cette opération, quoiqu'elle ait été recommandée par un grand nombre d'auteurs.

Senac est celui qui a le plus insisté sur la nécessité d'ouvrir le péricarde pour donner issue à la sérosité dont il est rempli. Il veut qu'on se serve du trois-quarts pour pratiquer cette opération, et il décrit la manière de s'en servir: l'instrument doit être enfoncé entre la troisième et la quatrième côte du côté gauche, à deux pouces du sternum; on le dirige obliquement vers l'origine de l'appendice xiphoïde, en le conduisant le long des côtes, ou en s'en éloignant le moins qu'on peut. Senac prétend qu'en marchant par cette voie on ne blessera ni l'artère mammaire, ni le cœur, ni le poumon; mais les praticiens n'ont point partagé sa sécurité, et malgré toutes les raisons qu'il donne pour justifier et accrédi-ter la ponction du péricarde, personne n'a été assez hardi pour l'entreprendre.

On a conseillé, pour rendre cette opération moins périlleuse, de mettre le péricarde à découvert par une incision qui pénètre dans la poitrine, et d'ouvrir ensuite ce sac avec la pointe d'un bistouri ou avec le trois-quarts. Desault a pratiqué une fois l'opération de cette manière dans un cas où il aurait vraisemblablement intéressé le cœur, s'il avait fait la ponction avec le trois-quarts, suivant le procédé de Senac. A une époque où le diagnostic des maladies du cœur n'était pas encore éclairé, comme il l'a été depuis par les nombreuses et intéressantes observations du professeur Corvisart, on reçut à l'hôpital de la Charité un homme qui éprouvait des symptômes que les uns attribuaient à une maladie du cœur et les autres à une hydropisie du péricarde; cette dernière opinion ayant prévalu, Desault ouvrit la poitrine entre la sixième et la septième côte, du côté gauche vis-à-vis la pointe du cœur, en coupant successivement, avec les précautions requises, la peau, les muscles extérieurs, les intercostaux et la plèvre.

Le doigt indicateur porté dans la poitrine par cette incision, Desault sentit une espèce de poche pleine d'eau qu'il prit pour le péricarde: il ouvrit cette poche avec un bistouri conduit le long du doigt indicateur, et donna issue à cinq ou six onces de sérosité. Le malade n'éprouva aucun soulagement, et mourut le lendemain. A l'ouverture du corps, à laquelle j'assistais, ainsi que j'avais assisté à l'opération, on reconnut que le péricarde était intact, et que la poche qui avait été prise pour ce sac membraneux était formée par une membrane qui unissait le bord antérieur du poumon à ce même sac. Le péricarde ne contenait que quelques onces de sérosité rougeâtre; mais le cœur était extrêmement dilaté et les parois des ventricules fort amincies, en sorte que la maladie était un anévrysme passif de cet organe.

L'incision des parois de la poitrine et du péricarde, avec le bistouri, est beaucoup moins hasardeuse que la ponction avec le trois-quarts; mais elle n'est pas sans inconvénients. La large ouverture pratiquée aux parois de la poitrine permet à l'air de s'introduire dans cette cavité, et expose les malades aux accidents que cause quelquefois son action sur la plèvre et le poumon; de plus, le péricarde étant ouvert, le liquide qu'il contient peut, dans le moment de l'opération, s'écouler au dehors; mais après qu'il en est sorti une petite portion, il est presque inévitable que le reste ne s'épanche, au moins en partie, dans la cavité de la poitrine, parce que l'ouverture du péricarde est éloignée de celle des parois de cette cavité.

M. Skielderup, professeur d'anatomie à l'Université de Christiania, en Norvège, a proposé (1) une nouvelle méthode d'ouvrir le péricarde, qui n'a aucun de ces inconvénients, et qui est même sans danger pour les malades chez lesquels des signes trompeurs simulent l'hydropisie du péricarde. Par cette méthode, on arrive au péricarde par une ouverture pratiquée au sternum avec une couronne de trépan. Cette ouverture doit être faite un peu au-dessous de l'endroit où le cartilage de la cinquième côte s'unit au sternum. Là, les deux lames du médiastin laissent entre elles un intervalle triangulaire, placé un peu plus à gauche qu'à droite, et qui est rempli par un tissu cellulaire et vésiculeux; la base de cet espace, triangulaire aussi, se trouve sur le diaphragme, et son sommet à la hauteur de la cinquième côte. Il

(1) *Act. nov. reg. Societat. med. havn.*, vol. 1, p. 130.

résulte de cette disposition qu'après avoir trépané le sternum à l'endroit indiqué, on peut arriver jusqu'au péricarde sans intéresser la plèvre, et par conséquent sans pénétrer dans la poitrine. Pour cette opération, on a besoin d'une couronne de trépan qui fasse une ouverture assez grande pour qu'on puisse y introduire le doigt indicateur qui doit reconnaître la fluctuation du liquide contenu dans le péricarde, et servir de conducteur au bistouri long et étroit avec lequel on ouvre cette membrane. M. Skielderup termine le mémoire, dans lequel il décrit sa méthode, par les observations suivantes, qui ne doivent pas échapper à l'attention de l'opérateur : 1° la lésion des plèvres dans la trépanation du sternum est d'autant plus facile à éviter que la membrane qui revêt la face postérieure de cet os présente une assez forte résistance à la couronne du trépan; 2° si après avoir incisé cette membrane, il survenait une hémorrhagie, on différerait le reste de l'opération; 3° dans le cas même où il ne surviendrait aucune hémorrhagie, un chirurgien prudent éviterait de percer le péricarde avant qu'il fût poussé dans l'ouverture du sternum où on le reconnaîtrait à la fluctuation qu'il offrirait sous le doigt; 4° pendant l'incision du péricarde le malade devra être incliné en avant.

L'opération proposée par M. Skielderup n'a aucun des inconvénients justement reprochés à celles qui avaient été conseillées auparavant. Je pense donc que dans le cas où l'on pourrait tenter d'ouvrir le péricarde, sans s'écarter des règles de la prudence, c'est à cette méthode qu'il faudrait donner la préférence (a).

(a) — Les travaux des pathologistes et des anatomo-pathologistes modernes n'ont pas éclairé la science sur le diagnostic de l'hydropéricarde. L'auscultation, qui est si importante pour les maladies du poumon et celles de la plèvre, ne sert à rien pour les épanchements du péricarde. Elle fait seulement reconnaître que les battements du cœur, qui ont été irréguliers, tumultueux et accompagnés du bruit de frottement tant que la péricardite a été sans épanchement, cessent de l'être dès que la sérosité est épanchée dans la cavité du péricarde, et que même dans quelques cas ils deviennent inappréciables à l'oreille; mais de semblables symptômes sont-ils suffisants pour qu'on puisse tirer de leur existence une conclusion rigoureuse, surtout quand

on sait qu'on peut confondre avec l'hydropéricarde même l'hypertrophie du cœur? Nous sommes donc réduits à nous guider d'après les symptômes exposés avec tant de soin par Boyer, et nous voyons par des observations récentes que leur présence peut également avoir lieu dans d'autres maladies de poitrine.

La science n'est pas plus heureuse pour le traitement chirurgical de l'hydropéricarde. Nous trouvons dans les écrits des pathologistes l'exposé de leurs opinions sur les opérations qui leur paraissent plus ou moins convenables au traitement de l'hydropéricarde, mais nous ne trouvons pas l'exposé de leurs observations, ou nous ne rencontrons que des faits qui laissent des doutes sur leur réalité. De ce nombre sont ceux du médecin espagnol Romero qui dit avoir réussi plusieurs fois de la manière suivante. Il incise les parois de la poitrine entre les cinquième et sixième côtes, près de la courbure de celle-ci et au niveau de sa jonction avec le cartilage. Ensuite, à l'aide d'un corps mousse introduit par l'ouverture, il explore le péricarde, et s'il y trouve de l'eau, il saisit avec des pinces une portion de ce sac et la coupe à l'aide de ciseaux courbes. La sérosité s'écoule dans la poitrine et ensuite au dehors. L'ouverture de la poitrine doit être tenue bouchée avec une mèche de charpie : au troisième jour, on peut la laisser se fermer; mais dans tous les cas, il est essentiel de ne pas permettre à l'air d'entrer et de la traverser. A l'opération il fait succéder un traitement tonique et analeptique, et il assure en avoir obtenu des effets étonnants sur plusieurs individus.

Dans une science exacte, on ne peut se contenter d'une pareille énonciation de faits : aussi je crois devoir simplement rapporter ce que dit le docteur Romero, sans rien ajouter à ses paroles.

Si des chirurgiens pensent devoir pratiquer une opération pour une hydropéricarde, après s'être toutefois éclairé de toutes les lumières de la médecine, ils pourront, selon le cas qui se présentera, choisir celui des modes opératoires indiqués plus haut qui leur paraîtra le plus convenable : n'ayant sur ce sujet aucune expérience, je ne dois donner aucun conseil.