

l'induration et la condensation du poumon, qui se traduisent d'ordinaire par du souffle bronchique et de la bronchophonie simple, produisent de la voix et du souffle caverneux? Cette question a été à peine soulevée. Le fait que nous venons d'observer tendrait à montrer qu'il faut pour cela que l'induration occupe un lobe entier, et que la solidification en soit complète, de sorte que des bronches d'un calibre encore volumineux soient béantes dans la masse condensée.

Quoi qu'il en soit, vous voyez que le diagnostic des cavernes pulmonaires est loin d'offrir aujourd'hui la certitude mathématique que la découverte de Laënnec lui avait d'abord assignée, puisque, des trois phénomènes sur lesquels il était basé, deux ont perdu le caractère pathognomonique. Ce n'est pas là un des enseignements les moins utiles du fait clinique qui s'est passé sous nos yeux (1).

(1) Voyez pour l'étude générale de l'HÉMOPTYSIE mes *Leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière*.

NEUVIÈME LEÇON

DE LA PÉRICARDITE

Histoire d'un malade atteint de rhumatisme subaigu et d'endo-péricardite.

— De la médication alcaline dans le rhumatisme.

Mode de début et symptômes de la péricardite. — Péricardite sèche. —

Des signes tactiles et des signes stéthoscopiques. — Du frottement péricardique, ses caractères. — Distinction des frottements et des souffles.

— Des diverses variétés du bruit de galop. — Leur valeur sémiologique.

— Frottement péricardique chez les cholériques.

Péricardite avec épanchement. — Résultats de la percussion. — Causes

d'erreur. Il n'y a pas de rapport constant entre l'étendue de la matité et la quantité du liquide. — Autres symptômes de l'épanchement. — Ca-

ractères graphiques du pouls.

Forme paralytique. — Ses causes, ses symptômes, son traitement.

De l'adhérence du péricarde au cœur, ou symphyse cardiaque.

MESSIEURS,

Le jeune homme de vingt-huit ans qui occupe le n° 13 de la salle Saint-Charles est un garçon vigoureux, qui nous est arrivé il y a quelques jours déjà, se plaignant de douleurs articulaires. Les premières atteintes de ce mal remontaient à trois semaines environ, mais ce n'est que dans le cours de la troisième que les douleurs sont devenues assez fortes pour rendre le travail manuel et la marche impossibles. Quand nous avons vu ce malade, les grandes articulations des membres étaient prises, mais très-modérément, il faut le dire; la pression était pénible sur les genoux, les épaules et les coudes, mais les join-

tures n'étaient pas tuméfiées et les douleurs spontanées étaient très-tolérables; les articulations vertébrales étaient bien plus affectées, et c'est là une localisation assez rare de la maladie rhumatismale. Ces douleurs spinales, alors même qu'elles sont médiocres, ajoutent beaucoup au malaise des patients, en raison de la presque immobilité à laquelle elles les condamnent. Du reste, ce garçon n'avait pas de fièvre, ni le matin, ni le soir; et sauf un peu de diminution de l'appétit, il ne présentait aucune altération notable de sa santé; le cœur, examiné avec soin, était trouvé parfaitement intact. Nous avons donc affaire à un rhumatisme articulaire subaigu des plus légers, développé chez un individu qui n'avait jamais éprouvé de douleurs de ce genre, et n'avait été soumis à aucune influence héréditaire. J'ai institué dans ce cas le traitement par les alcalins à haute dose; le premier jour, le malade a pris 20 grammes de bicarbonate de soude dans un litre de tisane de chiendent; à partir du troisième, la quantité de sel a été portée à 25 grammes, dose qui n'a pas été dépassée.

Cette médication a certainement été utile, surtout au point de vue des accidents cardiaques dont je vous parlerai bientôt; mais cependant j'ai pu constater, dans ce cas encore, un fait que j'ai déjà plusieurs fois observé, à savoir que ce traitement réussit beaucoup mieux dans les formes pyrétiques du rhumatisme; on obtient promptement alors une détente dans le mouvement fébrile et une sédation salutaire des phénomènes douloureux: de sorte que, quoique la durée totale de la maladie ne soit que peu ou point diminuée, ce traitement n'en est pas moins d'une réelle utilité, puisqu'il remplit sans incon-

venient aucun l'indication la plus pressante, qui est de calmer les souffrances parfois horribles des malades. Eh bien, ces effets de la médication alcaline, sur lesquels j'ai appelé l'attention il y quatre ans (1), et que j'ai souvent observés depuis lors, sont beaucoup moins marqués dans le rhumatisme subaigu, ou plus exactement dans le rhumatisme apyrétique.

L'apaisement des douleurs est moins rapide, parfois même on ne peut l'obtenir qu'après un délai qui ne permet plus d'admettre une influence thérapeutique; alors aussi les malades supportent moins bien, à ce qu'il m'a paru, ces doses considérables de sels alcalins: il y a du dégoût, des nausées, et l'on ne parvient que très-difficilement à faire accepter pendant sept ou huit jours la solution alcaline, tandis qu'elle est très-bien prise et très-bien tolérée par les rhumatisants fébricitants. Gardez-vous d'inférer de mes paroles, messieurs, que ce traitement est alors inutile; quel que soit son effet sédatif sur la fièvre et les douleurs, il prévient dans une certaine mesure les déterminations cardiaques; c'est du moins ce qui résulte des tableaux statistiques de Garrod et de Dickinson; j'ajoute que, sous l'influence de cette médication instituée dès le début, les accidents du côté du cœur m'ont toujours paru considérablement atténués. Les propriétés antiplastiques des alcalins rendent bien compte de cette action spéciale.

Notre rhumatisant était depuis quatre jours dans le service, et son état allait s'améliorant, lorsque, le cinquième jour au matin, nous lui avons pour la première

(1) Jaccoud, *Traitément du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose* (*Gazette hebdomadaire*, 1862).

fois trouvé de la fièvre; les douleurs cependant n'étaient pas devenues plus intenses, aucune articulation ne s'était prise depuis la veille; cette fièvre soudainement allumée dénotait donc à coup sûr quelque complication viscérale. Dirigeant mes recherches d'après la fréquence relative des déterminations rhumatismales, j'ai aussitôt examiné le cœur; le volume de l'organe n'était pas accru, les battements étaient fréquents et forts, sans irrégularité, la pointe se détachait nettement du doigt explorateur; le second ton normal était perceptible avec tous ces caractères physiologiques, mais le premier était comme voilé par un souffle systolique, sans rudesse; le bruit anormal était également bien entendu à la pointe et à la base, et il se propageait dans les vaisseaux du cou. C'est alors que j'ai obtenu le bénéfice du soin que j'avais pris d'examiner tous les matins le cœur de ce malade; si je n'avais pas eu ces renseignements antérieurs, j'aurais pu hésiter sur l'interprétation de ces phénomènes; en raison du timbre, du siège et de la propagation du souffle, j'aurais eu à compter avec la possibilité d'un souffle simplement anémique; mais je savais que la veille encore ce bruit anormal faisait défaut, je savais en outre qu'aucun traitement spoliateur n'avait été mis en usage, conséquemment j'étais certain d'emblée que ce symptôme était *nouveau*, et la signification en était positive; nous assistions au début d'une endocardite. Cette phlegmasie était pour le moment très-légère, car elle n'avait eu d'autre effet que de provoquer un peu de fièvre; il n'y avait pas de palpitations, pas d'irrégularités dans le rythme du cœur, l'anxiété thoracique et l'oppression manquaient aussi, bref les symptômes subjectifs faisaient défaut. Dans

cette situation, il n'y avait pas de motif suffisant pour une intervention thérapeutique plus énergique, et je me bornai à continuer l'administration des alcalins.

Le lendemain, l'état du malade était moins satisfaisant; la fièvre, gagnant en intensité, faisait battre le pouls 120 fois à la minute, le malade accusait dans la poitrine une sensation pénible de plénitude; il avait eu pendant la nuit quelques palpitations. Le souffle était plus fort que le jour précédent, et il s'était localisé; la veille il avait la même intensité dans toute la région précordiale, maintenant on l'entendait bien encore dans toute cette étendue; mais il présentait un maximum des plus marqués au niveau de l'orifice aortique. En outre, en auscultant attentivement la région de la base, je constatais un phénomène nouveau: c'était une altération dans le rythme et dans le nombre des bruits du cœur; le souffle tenant lieu du premier claquement normal, et le second bruit n'étant pas modifié, je ne devais entendre là que deux bruits: le souffle d'abord, puis le claquement sigmoïde, séparés par le petit silence; au lieu de cela je percevais trois bruits différant tous trois par leurs qualités: c'était d'abord le souffle, puis à la place du petit silence un frôlement faible et comme lointain, brusquement terminé par le deuxième claquement normal. Au point de vue de la durée respective, ces trois bruits peuvent être représentés par une brève entre deux longues - - -; le bruit complexe qui résulte de la succession de ces trois éléments rappelle assez exactement à l'oreille le bruit rythmé du galop d'un cheval: de là le nom de bruit de galop sous lequel ce phénomène est connu; d'après ce nouveau symptôme, dont la valeur sémiologique est des

plus précises, j'ai annoncé l'invasion d'une péricardite, et j'ai fait appliquer huit ventouses scarifiées sur la région du cœur, la médication alcaline étant d'ailleurs continuée.

Le jour suivant, le malade se trouvait mieux, la fièvre tait un peu moins forte, et les phénomènes locaux plus accusés étaient de nature à lever tous les doutes qui étaient restés dans l'esprit de quelques-uns d'entre vous; le souffle endocardiaque était le même, mais au lieu d'un frôlement lointain difficile à percevoir, on entendait à la base du cœur un frottement rude des plus manifestes, signe certain de la présence d'une exsudation récente sur les feuillettes de la séreuse extra-cardiaque. Le diagnostic endo-péricardite était par là justifié; la phlegmasie du péricarde était sèche, sans trace d'épanchement liquide. Tenant compte du mieux être accusé par le malade, sans me préoccuper autrement du renforcement des bruits morbides, je n'ai pas fait de nouvelle émission sanguine; d'un autre côté, la localisation très-limitée des frottements montrait que l'exsudation phlegmasique était peu abondante, conséquemment l'indication la plus positive du calomel à doses réfractées n'existait pas; les accidents étant tout récents, et l'épanchement liquide nul, il n'y avait aucune raison plausible en faveur des vésicatoires; enfin les battements du cœur étant d'une énergie et d'une régularité convenables, il n'y avait pas de motif pour donner de la digitale; j'ai obéi à ces indications négatives et je me suis borné à continuer le bicarbonate de soude.

Huit jours plus tard notre jeune homme était guéri et de ses douleurs articulaires et de ses accidents cardiaques, mais il gardera de ces derniers une trace indélébile. Une

semaine s'est écoulée depuis que la guérison peut être considérée comme complète, ce garçon quitte demain l'hôpital, et vous pouvez constater la persistance de son bruit de galop et d'un léger souffle systolique au niveau de l'origine de l'aorte. Le premier de ces phénomènes n'a aucune importance pour l'avenir, mais le second est une source de dangers dont l'échéance, pour être éloignée, n'est pas moins certaine. N'oubliez jamais dans la pratique que le rhumatisme comporte dans tous les cas un double pronostic : l'un se rattache à la guérison de la maladie articulaire actuelle, l'autre embrasse la destinée ultérieure de l'individu; toutes les fois que l'endocarde a été touché, ce pronostic à longue distance doit être sérieux, parce que la restitution *ad integrum* des orifices et des valvules est positivement rare; le patient tient ainsi de son rhumatisme tout ce qui est nécessaire pour constituer une lésion valvulaire; vienne alors une cause occasionnelle ou simplement l'involution naturelle des tissus, la maladie organique du cœur apparaît, elle éclate avec ses conséquences fatales.

Cette réserve particulière du pronostic n'est pas le seul enseignement que vous deviez tirer de l'histoire de ce malade; il faut encore en retenir deux faits également importants : d'une part, la possibilité des déterminations cardiaques dans le cours d'un rhumatisme articulaire subaigu et très-bénin; d'autre part, le début insidieux et obscur de la péricardite.

C'est une erreur contemporaine de Corvisart, que celle qui regarde la péricardite comme une maladie aux bruyantes allures, éclatant toujours avec fracas; bien des descriptions ont été tracées d'après ces caractères pré-

sumés, mais elles ont pour origine l'imagination dramatique des auteurs, plutôt qu'une sévère observation. Abordez la pratique avec une semblable présomption, attendez pour admettre une péricardite l'apparition de ces phénomènes saisissants donnés comme caractéristiques, et neuf fois sur dix vous méconnaitrez la maladie, qui silencieusement et tout doucement tuera votre patient. Il y a longtemps que le professeur Bouillaud, dans ses mémorables travaux, s'est élevé contre cette symptomatologie trop accentuée, mais on ne peut trop insister sur les dangers d'une telle erreur; un phénomène entre autres doit être particulièrement signalé : c'est la douleur; le symptôme douleur est étranger à l'inflammation du péricarde, sachez-le bien; lorsqu'il existe, il est dû à quelque complication du côté du poumon ou de la plèvre.

En fait, la péricardite secondaire, qui est la plus fréquente, se développe en général d'une manière obscure; le début en est insidieux et latent, et les seuls signes positifs et constants de la maladie sont ceux qui sont fournis par l'auscultation. De là ce précepte que vous ne devez jamais négliger : il faut ausculter tous les jours le cœur des individus atteints de rhumatisme, de pneumonie, de pleurésie, de scarlatine, de variole, de toute maladie, en un mot, capable de se compliquer à un moment donné de phlegmasie péricardique (1). C'est ainsi seulement que vous vous mettrez à l'abri de surprises honteuses et de douloureux mécomptes.

Revenons maintenant sur quelques-uns des symptômes de la péricardite.

(1) J'ai découvert et démontré depuis cette époque que l'érysipèle doit figurer dans cette énumération.

La division classique de la péricardite aiguë en péricardite sèche et en péricardite avec épanchement semble épuiser le sujet, et catégoriser nettement les formes cliniques en les basant sur l'anatomie pathologique; néanmoins, à ces deux formes je crois utile d'en ajouter une troisième, bien qu'elle soit presque toujours consécutive à l'une des deux autres, afin de mieux graver dans votre esprit un groupe de phénomènes qui fait tout le danger de la maladie; ce sera la forme paralytique, caractérisée par le désordre et l'impuissance des muscles cardiaques. Ces trois formes se succèdent souvent chez le même individu; c'est ainsi que les choses se passent d'ordinaire dans les cas mortels, mais elles peuvent exister isolément, et il convient d'apprécier rigoureusement quelques-uns de leurs signes diagnostiques.

La péricardite sèche, dont notre malade vous a présenté un exemple, est souvent caractérisée par trois ordres de signes : phénomènes fébriles, — phénomènes tactiles, — phénomènes stéthoscopiques; mais les symptômes des deux premiers groupes peuvent manquer totalement si la phlegmasie est à la fois légère et limitée; seuls les symptômes d'auscultation sont constants.

Les sensations tactiles perçues par la main qui explore la région précordiale sont diverses : c'est quelquefois simplement une lenteur insolite dans le retrait de la pointe après le choc systolique; il semble que l'organe arrivant au contact de la paroi thoracique y adhère un instant, parce qu'il rencontre une surface agglutinative, au lieu de la surface lisse et polie de l'état sain; la pointe se détache mal, elle traîne. Ce signe est souvent isolé; mais pour peu que l'exsudation soit abondante et solidifiée, la

main appliquée à plat perçoit en outre un frottement plus ou moins étendu; l'absence du caractère vibratoire permet en général de distinguer ce frottement du frémissement cataire éminemment vibrant, qu'on observe dans certaines lésions valvulaires. Souvent aussi l'impulsion du cœur est exagérée, et les bruits plus éclatants que de coutume ont un timbre presque métallique.

Mais le signe pathognomonique est fourni par l'auscultation, c'est le bruit de frottement; il résulte du mouvement rythmique qui a lieu entre les deux feuillets séreux du péricarde; silencieux à l'état sain, parce que les surfaces frottantes sont lisses et unies, ce mouvement devient bruyant lorsque des dépôts phlegmasiques, demi-solides ou solides, couvrent ces surfaces d'aspérités et de saillies rugueuses. La signification de ce bruit est absolue : toutes les fois qu'il existe, il révèle une péricardite actuelle ou ancienne; la difficulté n'est donc pas dans l'interprétation, elle est tout entière dans la constatation du phénomène. Le bruit de frottement péricardique est un bruit d'attrition, de roulement, de craquement que l'on compare volontiers au bruit du cuir neuf ou du parchemin; mais cette comparaison, prenez-y garde, n'est juste que pour les gros frottements, que l'on reconnaît d'emblée et qui d'ailleurs sont les plus rares; souvent c'est un frottement ténu, analogue à celui du papier de soie, et si vous voulez une comparaison, je trouve en somme que la plus fidèle est celle-ci : le frottement ressemble au bruit que l'on produit par l'expiration gutturale et aphone des lettres *krr*; faites varier la force de l'expiration et le nombre des *r*, et vous pourrez imiter fidèlement toutes les nuances du craquement péricar-

diatique, depuis le papier de soie jusqu'au cuir neuf. Or, le souffle endocardique non râpeux, rappelant toujours le bruit produit par l'émission aphone de la diphthongue *ou*, ce souffle étant en outre un bruit filé, uniforme et arrondi, tandis que le bruit de frottement est un bruit inégal et aplati, il est toujours facile de distinguer ce dernier bruit du souffle non râpeux en prenant uniquement en considération le caractère propre des deux phénomènes.

Mais, dans d'autres circonstances, le souffle endocardique présente un timbre tellement râpeux, que les caractères intrinsèques du bruit ne peuvent suffire pour le distinguer; il faut alors recourir à d'autres éléments : ils sont fournis par le siège, par le temps, par la propagation, par la persistance et par les modifications artificielles des bruits. Quelque étendue que soit la sphère d'un souffle, il y a toujours un point où il présente un maximum d'intensité, et ce point correspond toujours à l'un des quatre foyers d'auscultation du cœur; le bruit de frottement est parfois très-limité, et le point où on l'entend ne correspond à aucun des orifices cardiaques; lorsque le bruit est plus étendu, il peut bien être perçu avec une intensité variable dans les divers points qu'il occupe, puisque cette intensité dépend uniquement de l'état des fausses membranes; mais il n'y a aucun rapport constant entre ces points maxima et les points d'élection des souffles. Loin de là, c'est, en général, au niveau de la partie moyenne du cœur, là où le diamètre antéro-postérieur de l'organe est le plus marqué, que les frottements sont perçus avec le plus de netteté : c'est donc au niveau du troisième espace intercostal de chaque côté du sternum. Ainsi pour les souffles, rapport constant et exact du

maximum avec les orifices du cœur; pour les frottements, aucun rapport de ce genre, siège ordinaire à la région moyenne du cœur.

Quant au temps, le souffle est en général franchement systolique ou diastolique; et s'il est double, il reproduit à l'oreille le rythme des bruits du cœur séparés par le petit silence; le frottement est beaucoup plus irrégulier: coïncidant avec l'un des bruits du cœur, il le dépasse en durée; ou bien commençant avant ou après le bruit, il se termine avec lui; ou bien, enfin il n'occupe que le petit silence. Le frottement systolique, pour des raisons faciles à concevoir, est beaucoup plus fréquent que le frottement diastolique. Cette irrégularité capricieuse des bruits péricardiaques est un de leurs meilleurs caractères; elle ne vous étonnera pas si vous songez que les bruits normaux du cœur n'occupent pas toute la durée des phases motrices, et que les frottements sont liés non pas à la durée de ces bruits, mais aux changements de forme du cœur pendant les diverses périodes de sa révolution.

Le souffle se propage à distance suivant des directions bien déterminées, et distinctes pour les souffles de la pointe et pour ceux de la base. Le frottement ne se propage pas, il meurt où il est né; quand il est très-limité, il suffit d'éloigner le stéthoscope d'une distance égale au diamètre de l'instrument, pour ne plus retrouver trace d'un frottement que l'on entendait très-bien dans le premier point. Sans doute si la cause physique du frottement occupe une grande partie du péricarde, ce bruit sera entendu dans une sphère non moins grande, mais il n'est pas propagé, il est produit directement dans tous les points où il est entendu. C'est pour n'avoir pas tenu compte de

cette distinction que Graves a commis l'erreur d'attribuer aux frottements la même propagation qu'aux souffles.

Les frottements péricardiaques peuvent varier d'un jour à l'autre en intensité et en étendue, et cette mutabilité contraste avec la persistance des souffles râpeux.

Le frottement augmente de force sous l'oreille, si pendant qu'on ausculte on accroît la pression du stéthoscope; je vous ai fait vérifier ce phénomène chez le malade qui a été le sujet de cette leçon, et chez cette femme que nous avons observée il y a quelque temps dans notre salle Sainte-Anne; je ne l'ai pour ma part jamais vu manquer, et dans les cas douteux il peut être réellement utile. On peut chercher encore d'une autre manière à modifier artificiellement l'intensité du frottement; après avoir ausculté le malade dans le décubitus dorsal on le fait asseoir, le tronc incliné en avant, et l'on recommence l'auscultation: souvent alors on constate que le bruit a beaucoup plus de force. Or aucun de ces procédés ne modifie l'intensité des souffles; il résulte au contraire des recherches de Sydney Ringer, que les souffles sont plus éclatants et plus rudes dans la position horizontale.

Un dernier caractère peut être signalé; toutefois il n'a pas de valeur si le souffle est très-râpeux et très-fort: le frottement est plus superficiel que le souffle, et l'oreille apprécie très-bien cette différence dans l'éloignement de la source des bruits; mais il y des souffles tellement forts, tellement éclatants, qu'on les perçoit immédiatement sous l'oreille, tout comme des frottements péricardiaques, de sorte que ce caractère n'a d'utilité que dans le cas où le souffle présente une intensité médiocre.

Voilà les signes différentiels des frottements et des