

Ce sont parfois des douleurs constrictives, angoissantes rappelant celles des angines de poitrine, que les névropathes décrivent au médecin avec un grand luxe de détails, mais que leur longue durée, leur siège dans la région précordiale, et non derrière le sternum, feront distinguer de l'angor pectoris vrai.

Dans d'autres circonstances, et surtout chez les dyspeptiques, la douleur survient après le repas, accompagnée ou non de météorisme, de pyrosis, de pesanteur à l'épigastre ; elle consiste soit dans une sensation passagère de constriction, de brûlure, d'élançements aigus, de piqure, etc., principalement au niveau de la pointe du cœur et souvent accompagnés de palpitations.

Enfin chez les neuro-arthritiques surtout, les sensations douloureuses, de localisation plus vagues, semblent se rattacher à de la pleurodynie, à des névralgies intercostales, réveillées surtout par la pression digitale, ou encore par l'impulsion de la pointe du cœur.

La *conclusion* qu'il faut tirer de cette courte revue, c'est que lorsqu'un malade se plaint très vivement d'éprouver des douleurs dans la région précordiale et se croit par cela même atteint d'une « maladie de cœur » le médecin sera presque toujours autorisé à conclure qu'il a devant lui un *faux cardiaque, nerveux, dyspeptique ou fumeur* à l'excès. L'auscultation attentive du cœur appuiera le plus souvent ce diagnostic, qui ne tardera pas à être confirmé par la disparition ou l'atténuation considérable des troubles morbides, à la suite d'un traitement par les antispasmodiques et les nervins, par un régime alimentaire réglé sévèrement, par la cessation définitive du tabac.

Dyspnée cardiaque.

La dyspnée chez les cardiaques est *un des troubles fonctionnels les plus importants*, un de ceux qui surviennent avec le plus de précocité et dont se plaignent les malades avec le plus d'insistance. La pathogénie en est complexe et les causes multiples ; elles seront étudiées ultérieurement avec détail.

Examen des urines.

L'examen des urines chez les cardiaques est un des points qui doivent attirer tout particulièrement l'attention du clinicien. Pendant toute la durée de la période d'état des maladies organiques du cœur (période dite encore de *compensation* lorsqu'il s'agit de cardiopathies valvulaires) les urines ne présentent en général rien d'anormal en tant que quantité ni qualité, mais dans les stades plus avancés, un

des premiers signes qui doivent mettre le médecin en éveil sur l'apparition prochaine d'accidents subasystoliques, c'est la *diminution* d'abord, puis la *rareté* des urines (oligurie). En même temps que celle-ci se manifeste, apparaissent peu à peu l'œdème des extrémités, d'abord passager ou peu intense, puis permanent, ainsi que des troubles dyspnéiques qui disparaissent ou s'amendent considérablement dès que le cours des urines est rétabli. Le médecin devra donc employer tous ses soins à entretenir et même à provoquer la diurèse. De plus, l'examen chimique répété des urines s'impose encore ; la recherche de l'albumine, du sucre, de l'urobiline, des pigments biliaires sera faite d'après les procédés ordinaires, que nous n'avons pas à rappeler ici ; enfin le dosage de l'urée, de l'acide urique, des chlorures et des phosphates peut fournir des indications précieuses. On devra aussi rechercher l'état de perméabilité des reins par le procédé d'Achard avec le bleu de méthylène, et l'état d'intégrité ou d'insuffisance de la cellule hépatique par le procédé de la glycosurie expérimentale (Lépine, Colrat) principalement dans l'asystolie hépatique. Dans *l'asystolie*, un des signes les plus précoces, est la diminution et quelquefois la *rareté extrême des urines*, qui peuvent tomber à 300, 200 grammes et même moins ; ces urines sont denses, rougeâtres, chargées de sédiments briquetés, avec augmentation de l'acide urique, des urates, des chlorures et des phosphates. L'urée est généralement diminuée d'une façon absolue, et augmentée relativement à la quantité des urines émises (Fauquez). On y rencontre encore, d'une façon constante, de l'albumine, variant depuis une quantité indosable jusqu'à 0,50 centigr., 1 gramme et même davantage dans les 24 heures.

Cette oligurie des asystoliques reconnaît pour cause l'hypotension artérielle, et d'autre part l'augmentation de la pression veineuse, ainsi que la stase et la congestion passive rénales qui en découlent ; l'albuminurie en est également la conséquence, et tend à augmenter par le fait des lésions du *rein cardiaque* (voir le *rein cardiaque*).

E. EXAMEN ANATOMIQUE DU COEUR

Il existe plusieurs procédés d'examen anatomique du cœur à l'amphithéâtre, le plus complet et le mieux réglé, est celui qu'à proposé Cornil ; Letulle en a donné les détails, que nous résumerons d'après sa description, en y ajoutant quelques modifications. C'est la méthode des incisions méthodiques des quatre orifices valvulaires.

Il faut examiner d'abord le cœur en place sur le cadavre, et de suite

on remarque ou bien qu'il occupe sa position physiologique ou au contraire qu'il est déplacé, refoulé, par un épanchement pleurétique, ou par un hydropneumothorax.

A simple vue, on pourra noter encore l'existence d'une symphyse péricardique plus ou moins complète. Ce premier examen terminé, il faut ensuite :

1° *Ouvrir le péricarde* par une incision cruciale faite sur la face antérieure. On met ainsi à nu, en quatre coups de ciseaux, la cavité péricardique, et on relève l'absence ou au contraire la présence d'un épanchement, sa quantité et sa qualité.

2° Mesurer les *dimensions* du cœur¹ :

a. Prendre sa *circonférence* à la base, le long du sillon auriculo-ventriculaire, en passant le ruban métrique au-dessous de la saillie des auricules.

b. Noter sa *longueur* : tantôt on mesure, sur la face antérieure de l'organe, la hauteur du sillon inter-ventriculaire, tantôt on prend au niveau de la face postérieure, la hauteur de l'organe, depuis l'insertion de la veine cave supérieure jusqu'à la pointe du cœur. Cette mesure sera prise *avant l'extraction du cœur et l'ouverture des cavités*.

3° Si le sac péricardique est normal, on procède à l'*extraction du cœur*. Il suffit d'ordinaire, après avoir pris la masse du cœur dans la main gauche, de couper, aux ciseaux : a) aussi loin que possible des parois des oreillettes, les veines pulmonaires et les deux veines caves (l'inférieure fait corps avec l'oreillette); b) l'artère pulmonaire et l'aorte. Il est indispensable de conserver au moins un centimètre et demi des deux troncs artériels, afin de pouvoir constater l'état fonctionnel de leurs valvules sigmoïdes.

4° Avant toute nouvelle incision, *examiner de visu l'état des orifices* du cœur, et pratiquer le *toucher des orifices*. Pour cela, il faut les regarder d'abord de haut et par la base. A l'ordinaire la base des oreillettes est béante, en partie délabrée par les coups de ciseaux; il sera cependant plus commode de fendre chaque oreillette par le haut, en réunissant, à droite les orifices des veines caves, à gauche les quatre orifices des veines pulmonaires; on prolongera au besoin les incisions le long des deux bords du cœur.

Il faut ensuite enlever avec soin et regarder, avant de les jeter, les caillots contenus dans chaque oreillette. C'est alors que l'œil et le doigt démontreront l'intégrité ou au contraire l'état pathologique des quatre orifices du cœur. Cet état pathologique consiste surtout en *déformations, indurations, végétations, sténoses, ruptures, etc.*

1. Les dimensions normales du cœur, ainsi que son poids ont été indiqués précédemment, on pourra s'y reporter pour les comparer avec les dimensions à l'état pathologique.

5° *Eprouver le jeu des valvules.*

a. *Pour l'aorte et l'artère pulmonaire*, le doigt en accolant les sigmoïdes pendant que l'autre main maintient le cœur suspendu par l'artère, fournit tous les renseignements les plus précis. Il est cependant de règle classique qu'on doit faire subir aux valvules sigmoïdes l'*épreuve de l'eau*.

En ce cas, *on ne doit jamais couper transversalement la pointe du cœur*, manœuvre inutile et qui déforme l'organe. S'il s'agit de l'*artère pulmonaire*, il convient seulement de sectionner le bord droit du cœur par une incision verticale, parallèle à ce bord et entamant (ou respectant, au besoin) l'orifice tricuspide et le bord droit de l'oreillette.

Pour l'*aorte*, afin d'assurer le libre écoulement de l'eau versée, de haut, sur l'orifice aortique, il faut pratiquer de même une incision parallèle au bord gauche du cœur. Cette incision (qu'il peut être préférable de compléter avec les ciseaux), part exactement de la pointe du ventricule gauche pour passer par l'orifice mitral, *entre les deux piliers*, par l'angle gauche de cet orifice. C'est alors qu'on versera de haut dans l'aorte, l'eau destinée à faire l'épreuve des valvules; on se rappellera que le liquide ne séjourne pas dans le vaisseau, mais s'écoule par les coronaires ouvertes plus ou moins loin de leur origine.

Si les *valvules sigmoïdes* sont *suffisantes*, elles *s'abaissent* dès qu'on a versé l'eau dans l'aorte et elles *s'accolent* les unes contre les autres, *obturant complètement l'orifice*; si elles sont *insuffisantes*, elles *laissent entre elles un petit pertuis ou hiatus*, à travers lequel l'eau pénètre et descend dans le ventricule.

b. Pour s'assurer de l'*insuffisance mitrale* par l'épreuve de l'eau, on verse dans l'oreillette gauche, une certaine quantité d'eau qui en vertu de la simple pesanteur passe rapidement dans le ventricule. On prend alors celui-ci à pleines mains et on le presse brusquement; si le cœur est *normal*, les *valves de la mitrale* se *redressent*, *ferment complètement l'orifice* auriculo-ventriculaire gauche et l'eau passe tout entière du ventricule dans l'aorte; s'il y a *insuffisance* une partie du *liquide reflue dans l'oreillette*, à travers l'orifice mitral incomplètement fermé.

6° On procède ensuite à l'*ouverture du cœur*; pour cela, *chaque cœur doit être ouvert suivant son bord correspondant*.

Cœur droit. — a. Une première incision est faite le long du bord droit, c'est-à-dire que le couteau à autopsie ou les ciseaux pénètrent sur ce bord, guidés par l'index de la main gauche, maintenu fixe à travers l'orifice tricuspide. *L'incision doit descendre jusqu'au bas de la cavité ventriculaire* et ne point entamer la cloison, mais elle doit remonter verticalement sur le bord droit de l'oreillette, ouvrant ainsi largement les cavités du cœur droit.

b. Pour ouvrir ensuite l'*orifice de l'artère pulmonaire*, sans altérer

les sigmoïdes, l'instrument s'engage entre le pilier antérieur de la valvule tricuspide et la paroi antérieure de l'infundibulum, suivant une ligne parallèle à l'axe de ce dernier ; avec un peu de soin, il est facile d'inciser l'artère pulmonaire très exactement entre ses valvules sigmoïdes droite et gauche. On découpe de la sorte, sur *la face antérieure du ventricule droit*, un lambeau triangulaire à sommet inférieur, qui permet l'examen des cavités et des orifices du cœur droit, et ne déforme aucunement les parties. On peut en même temps apprécier l'épaisseur des parois du ventricule et de l'oreillette, et étudier le myocarde du cœur droit dans ses points importants (piliers, paroi ventriculaire, infundibulum).

Cœur gauche. — *a.* L'incision de l'*orifice mitral* se fait de la même façon que celle de l'orifice tricuspide. L'index, introduit dans le ventricule, sert de conducteur au couteau qui tranche verticalement le cœur gauche dans toute sa longueur (de l'oreillette jusqu'à la pointe du ventricule), suivant une ligne parallèle au bord gauche du cœur.

L'examen attentif des parties permet de *faire passer l'incision suivant l'angle gauche de l'orifice*, et par conséquent de respecter l'état des valves de la mitrale. Il faut *avoir soin*, autant que possible, de *respecter les deux piliers valvulaires* ; le postérieur doit rester en arrière et l'antérieur faire partie du lambeau antérieur que l'on va compléter au moyen de la seconde incision.

b. Cette seconde section passe entre le pilier antérieur et la paroi antérieure du ventricule gauche. Elle a soin de *respecter l'intégrité des sigmoïdes aortiques* ; pour y arriver, il faut rejeter à gauche le tronc de l'artère pulmonaire en le décollant doucement et à l'aide des ciseaux, de la face antérieure de l'aorte. Il suffit alors, guidé par le doigt, d'incliner quelque peu obliquement à gauche les lames des ciseaux (ou le tranchant du couteau). L'incision passe ainsi entre la sigmoïde droite, qu'elle laisse à gauche, et la sigmoïde gauche qui se trouve former la lèvre droite de l'ouverture. Par cette manœuvre, on a taillé sur la face antérieure du cœur gauche un lambeau ou volet triangulaire analogue au lambeau du cœur droit, plus petit, mais ménageant aussi la forme des parties.

7° On examinera ensuite avec soin, les *cavités des deux auricules*, et enfin l'état de l'*endocarde pariétal* des quatre cavités du cœur.

8° L'autopsie se terminera par la *pesée* du cœur, débarrassé entièrement des caillots qu'il contenait, par la *mesuration de la circonférence des orifices*, par celle de *l'épaisseur des parois ventriculaires* et des *piliers charnus hypertrophiés*. On notera ensuite la *couleur* du myocarde, le degré de sa surcharge graisseuse, sa *consistance*, et enfin on examinera avec soin l'état des *artères coronaires*, non seulement à leur embouchure dans l'aorte mais sur la longueur de leur trajet, par une série de *coupes* pratiquées *perpendiculairement à leur axe*.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DU PÉRICARDE

PÉRICARDITE

C'est l'inflammation de la séreuse qui enveloppe le cœur.

Historique. — Signalée déjà au point de vue des lésions anatomiques par Morgagni et par Lancisi, la péricardite a été décrite pour la première fois par Sénac (1749). Plus tard Avenbrügger (1760) au moyen de la percussion, démontra l'existence de la matité dans les épanchements péricardiques et Corvisart (1806) s'efforça d'en préciser le diagnostic, en montrant qu'elle donne lieu à de la matité dans le côté gauche du thorax. Mais ce n'est qu'à partir des travaux de Louis (1824-1830) et de Collin (1824), un des élèves de Laënnec qui décrivit le frottement péricardique, que l'affection se dégagait avec ses caractères propres, et fut mise bientôt en lumière par l'œuvre magistrale de Bouillaud.

A l'étranger, la maladie entrevue par Kreysig, fut étudiée surtout par Stokes, Bamberger, Friedreich, etc. Depuis cette époque un grand nombre de travaux ont complété l'étude de la péricardite ; nous indiquerons, chemin faisant, les principaux d'entre eux.

Division. — L'inflammation du péricarde peut être *aigüe* ou *chronique*, si l'on n'envisage que sa marche et son évolution clinique ; d'un autre côté, au point de vue des lésions qu'elle détermine, elle peut être *sèche* ou donner lieu à un *épanchement* qui lui-même sera *séro-fibrineux*, *purulent* ou *hémorragique*.