

l'asthme, des migraines, des névropathies opiniâtres; son fils est arthritique.

On reconnaît sous sa forme typique la maladie de l'aïeul et on la lui attribue; on oublie cet anneau intermédiaire, dans la chaîne de l'hérédité, qui en établit la continuité. Si l'on ne voit dans la goutte que l'arthrite goutteuse, on a raison de dire qu'elle est rare chez les femmes; mais rien n'est plus faux, si l'on rattache à cette maladie les nombreuses manifestations morbides sous lesquelles elle se larve et qui ne lui appartiennent pas moins que l'affection articulaire, regardée avec raison comme son expression la plus caractéristique.

DE LA PÉRICARDITE (1)

Sommaire. — Fréquence. — Causes. — Point douloureux costo-xiphoïdien. — Douleur à la pression sur le trajet des nerfs phréniques. — Signes physiques. — Modifications de la sonorité thoracique. — Signes stéthoscopiques. — Bruits de frottement. — Leurs variétés. — Leurs caractères. — Modifications de ces bruits produites par la pression de la région précordiale et par les changements de position.

Difficultés du diagnostic dans les cas de péricardite compliquée de pleurésie.
Adhérences du péricarde.

MESSIEURS,

Les travaux de Collin, de Bouillaud, de Hope, de Stokes, ont rendu appréciable à nos moyens d'investigation, dans le plus grand nombre des cas, une affection dont Laennec regardait le diagnostic comme un problème presque insoluble; cependant, suivant la remarque de Stokes, quand on songe au nombre très-considérable de lésions péricarditiques qui paraissent relever d'un processus inflammatoire, tels que les plaques laiteuses, les adhérences partielles ou générales, les épaisissements du tissu conjonctif sous-séreux, il faut convenir alors que la péricardite est une des maladies les plus communes qui existent, et que très-souvent elle passe inaperçue: tantôt parce qu'elle n'est qu'un épisode d'un état morbide grave, et que ses symptômes propres se perdent au milieu de troubles fonctionnels plus saillants et plus retentissants; tantôt parce que les phénomènes qui l'accompagnent n'ont pas une signification très-dessinée qui fasse aisément remonter jusqu'à leur origine. Aussi Stokes a-t-il donné le conseil d'examiner le péricarde toutes les fois qu'on est en présence d'un état fébrile dont la nature reste douteuse, qui ne paraît se rattacher à aucune localisation orga-

(1) Leçon rédigée d'après une lettre au professeur Stokes (de Dublin), insérée dans la *Gazette hebdomadaire*, 1870.

nique ou à aucune condition pathogénique apparente. Ce conseil m'a été plus d'une fois utile, et plusieurs fois un examen attentif m'a fait constater des péricardites comme substratum d'états fébriles qu'on faisait rentrer dans le cadre classique des fièvres gastriques, des fièvres continues, ou bien encore derrière des exacerbations inexplicables dans le cours des maladies aiguës. En effet, si, comme l'a montré M. Bouillaud, la fièvre rhumatismale est, de toutes les maladies aiguës, celle que la péricardite vient le plus souvent compliquer, on la rencontre dans beaucoup d'autres, parmi lesquelles nous citerons en première ligne les pleuro-pneumonies, les fièvres éruptives et spécialement la scarlatine et la variole.

Nous avons, cette année même, observé une malade récemment accouchée, présentant un état fébrile dont nous avons cherché vainement l'explication dans l'appareil générateur, et nous trouvâmes une péricardite qui fut enrayée par un traitement approprié. L'an dernier, dans le cours d'une scarlatine maligne, j'ai vu survenir une arthrite compliquée de péricardite. J'en ai vu une succéder à un érysipèle (1). Tout dernièrement, chez une malade qui, à première vue, ne présentait d'autre phénomène objectif qu'un état fébrile continu, nous avons constaté une inflammation du péricarde qui nous a paru pouvoir être regardée comme rhumatismale, bien qu'indépendante de toute complication articulaire, parce qu'elle s'était développée sous l'influence des conditions extérieures qui provoquent ordinairement l'évolution des affections rhumatismales.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur cette fréquence très-grande de la péricardite, reconnue par les observateurs les plus compétents; je n'entreprendrai pas une description complète de cette maladie, si magistralement tracée par les auteurs que j'ai nommés plus haut. Je me contenterai d'indiquer quelques signes nouveaux ou peu connus qui, dans des cas obscurs, peuvent éclairer le diagnostic.

On a parlé de la douleur développée sous la pression à l'épigastre ou dans la région péricardiale. La première m'a paru plus commune que

(1) Dans ces affections la congestion du péricarde coïncide souvent, comme cela a lieu dans le rhumatisme, avec des fluxions articulaires.

La péricardite n'est pas une complication rare des accidents puerpéraux, on l'observe dans le typhus puerpéral, dans l'affection pyogénique, dans la plupart des maladies infectieuses, de celles qui ont pour cause excitante, suivant l'expression de Hunter, un poison morbide.

Dernièrement M. Labadie-Lagrave a montré la coïncidence fréquente des lésions inflammatoires du péricarde et de l'endocarde avec la diphthérie.

la seconde, et, de plus, elle m'a offert quelques particularités que je crois dignes d'intérêt. Tandis que la douleur caractéristique de la pleurésie diaphragmatique, et que j'ai appelée le *bouton diaphragmatique*, a son foyer à la réunion de deux lignes, dont l'une suivrait le bord externe du sternum, et dont l'autre suivrait parallèlement le bord inférieur de la poitrine dans la région hypochondriaque, le foyer principal de la douleur péricardique est le plus souvent dans l'angle costo-xiphoïdien, tantôt des deux côtés de l'appendice xiphoïde, tantôt d'un seul côté et aussi souvent à droite qu'à gauche; en même temps et du côté où se révèle cette sensibilité épigastrique, on constate dans l'intervalle des attaches inférieures du muscle sterno-mastoïdien une sensibilité analogue sur le trajet du nerf phrénique, comme dans la pleurésie diaphragmatique.

Il est facile de donner l'explication physiologique de ce phénomène: les deux nerfs diaphragmatiques enchâssés dans la tunique fibreuse du péricarde peuvent recevoir l'impression du travail irritatif qui, envahissant le tronc nerveux, se transmet à la fois dans une direction ascendante et descendante, vers l'origine de ses branches et vers une de ses branches terminales qui correspond à l'angle costo-xiphoïdien (1). Suivant que le travail inflammatoire se localisera davantage dans le côté droit ou dans le côté gauche du péricarde, l'un ou l'autre nerf phrénique en reçoit plus directement l'impression, qui se propage à la fois dans une direction centrifuge et dans une direction centripète. Je constate le fait sans chercher à déterminer le mode de cette propagation: le travail congestif envahit-il le névrilème, ou bien y a-t-il une modification anormale du tissu nerveux? Jusqu'à présent on ne peut, sur ce point, émettre que des hypothèses.

Les anomalies de la sensibilité dont je viens de parler ne se révèlent que par la pression; elles ne se montrent pas constamment dès le début de la péricardite; dans plusieurs cas cependant, je les ai observées alors que les autres signes de la maladie étaient encore très-obscurs et ne permettaient pas d'affirmer le diagnostic. Je les ai vues manquer dans un cas de péricardite puerpérale; mais il faut se rappeler que dans les phlegmasies puerpérales l'élément douleur peut faire défaut, et qu'on

(1) Dans des affections du cœur, accompagnées d'une hypertrophie considérable, j'ai parfois retrouvé la sensibilité costo-xiphoïdienne et sterno-mastoïdienne: on comprend que la distension du péricarde puisse, en tirillant les nerfs phréniques, produire sur eux une incitation anormale. Quelquefois cependant dans la péricardite, cette sensibilité anormale se montre au niveau du *bouton diaphragmatique*.

peut pétrir la paroi abdominale sans développer la moindre douleur dans des cas où la cavité péritonéale est remplie de pus.

Cette sensibilité morbide dont je viens d'indiquer les foyers me paraît beaucoup plus constante que la sensibilité précordiale indiquée par les auteurs, et dans le cas où celle-ci existe il y aurait à rechercher si elle ne siègerait pas dans les nerfs intercostaux, et si elle ne constituerait pas alors un phénomène de sensibilité réflexe analogue à ceux que j'ai souvent constatés dans d'autres affections viscérales.

Les signes physiques de la péricardite ont été l'objet d'études approfondies depuis Collin, qui, le premier, décrivit le bruit de cuir neuf. L'augmentation de la matité absolue ou relative indique la présence d'un épanchement dans le péricarde; M. Piorry a insisté avec raison sur la nécessité de pratiquer successivement la percussion superficielle et profonde. Très-souvent, en effet, le poumon recouvre la face antérieure du péricarde, et la percussion profonde seule fera connaître l'agrandissement de ce sac membraneux. Il faut comparer avec soin, à l'aide de la percussion, les deux moitiés du sternum. Dans l'état normal, elles donnent le même son. L'obscurité du son de la moitié gauche indique une augmentation de volume du cœur ou de son enveloppe. L'appréciation de la tonalité a également dans ce cas une grande importance toutes les fois que le volume du cœur ou du péricarde est augmenté: on constate un son plus aigu à timbre tympanique dans la région sous-claviculaire et préaxillaire du côté gauche. J'ai même retrouvé quelquefois ce son tympanique en arrière dans la partie correspondant au péricarde, et Graves, dans une de ses observations, dit l'avoir constaté au niveau de cette dernière région; il ne parle pas des régions sous-claviculaire et préaxillaire, où on le rencontre beaucoup plus souvent. Il convient d'ajouter que cette modification de la sonorité thoracique peut être rencontrée dans d'autres circonstances. Sans parler des épanchements pleuraux, des infarctus pulmonaires, où M. Skoda l'a pour la première fois signalée, je l'ai observée dans l'hypertrophie de la rate, dans le météorisme de l'estomac; on peut la trouver plus ou moins accentuée, je crois, toutes les fois que l'espace destiné au poumon se trouve diminué, soit par une lésion intra-thoracique, soit par le développement anormal des organes sous-diaphragmatiques.

L'auscultation combinée avec les modes précédents d'exploration permet le plus souvent d'établir la diagnose. Cependant, les signes qu'elle fournit ne sont ni uniformes ni constants. La diffusion, la variabilité des bruits est même un de leurs caractères distinctifs. Cette varia-

bilité s'exprime dans leur siège, dans leur timbre: ils peuvent même paraître et disparaître suivant que les feuillets du péricarde, revêtus de néoplasmes, arrivent au contact pendant les mouvements du cœur, ou suivant qu'un épanchement liquide plus abondant les maintient écartés; ils changent de timbre et de tonalité suivant les modifications que subit la surface de ces néoplasmes, et suivant l'énergie des mouvements cardiaques. C'est ainsi qu'ils peuvent être rudes ou doux, faibles ou forts. Les bruits de frottement ou de souffle sont quelquefois précédés d'un bruit moins caractérisé qui succède à la systole et qu'on peut appeler bruit de décollement: il ressemble en effet au bruit qu'on produit en décollant brusquement les deux paumes des mains légèrement humides, et préalablement appliquées l'une contre l'autre. Un léger exsudat à la surface de la séreuse, peut-être même sa sécheresse, suffisent pour produire ce bruit de décollement qu'il est commun de rencontrer au second temps quand un bruit de souffle ou de râpe existe au premier (1). Quand un échappement occupe la cavité du péricarde, les bruits anormaux peuvent manquer; alors les bruits normaux du cœur sont faibles, comme éloignés, et le choc de la pointe est nul ou à peine sensible.

La difficulté la plus sérieuse est la distinction des bruits du péricarde et des bruits qui accusent une lésion de l'endocarde, difficulté d'autant plus grande, que souvent la même action morbide se localise simultanément dans ces deux membranes. Ce que nous disions plus haut de la diffusion, de la variabilité des bruits péricardiques, est déjà un élément de diagnostic, leur superficialité en est un autre. Quand les deux ordres de bruits morbides existent, une oreille attentive peut souvent les distinguer, les *étager* en quelque sorte: on peut dans certains cas reconnaître que leurs points d'origine ne sont pas situés à la même profondeur. Le docteur Stokes remarque que la pression exercée sur la région précordiale exagère les bruits du péricarde. J'ai rencontré des cas où le contraire avait lieu, et l'observation m'a permis de concilier ces résultats en apparence contradictoires. Quand la péricardite est sèche, une pression

(1) Parmi les variétés nombreuses de bruits morbides qui accompagnent la péricardite, il y en a une qu'on pourrait appeler bruit crépitant du péricarde: la systole donne à l'oreille une sensation de crépitation ou de bruit de râpe saccadé, à saccades nombreuses et très-rapprochées. Une autre variété de bruit de frottement est un bruit saccadé à une seule saccade qu'on prend souvent pour un dédoublement du premier bruit: il succède très-souvent à la péricardite et persiste quand l'inflammation a laissé à la surface du péricarde viscéral des fausses membranes organisées plus ou moins épaisses, plus ou moins résistantes, qui frottent à chaque systole contre le feuillet pariétal.

un peu forte diminue l'étendue du frottement; plus forte encore elle peut même diminuer l'énergie de la contraction cardiaque, comme il est aisé de s'en convaincre en explorant le pouls. Si, au contraire, un épanchement éloigne l'un de l'autre les deux feuillets opposés du péricarde revêtu de fausses membranes, la pression sur un point de la région précordiale les rapproche et augmente le frottement. Ces changements des bruits morbides par la pression ne se rencontrent guère que dans la péricardite, et ils peuvent servir à distinguer les bruits anormaux qui doivent lui être imputés de ceux qui dépendent de l'endocardite. Cependant, si une pression trop forte sur la région précordiale diminue l'énergie de la contraction cardiaque, on comprend qu'elle puisse diminuer l'intensité des bruits produits par les lésions des orifices. Mais il est probable qu'il faudrait pour obtenir cette modification une pression beaucoup plus énergique que celle qui suffit pour modifier les bruits du péricarde.

Les changements de position influent dans un grand nombre de cas sur les bruits de la péricardite, et ils sont sans influence sur ceux de l'endocardite. Ainsi, dans un épanchement médiocre, soit que vous fassiez asseoir le malade, soit que vous le fassiez coucher sur le côté, il arrivera souvent que les bruits de frottement cesseront ou deviendront plus obscurs dans les points les plus déclives, tandis qu'ils pourront se développer ou augmenter dans la partie du péricarde qui devient relativement la plus élevée.

Lorsque le malade est dans une position horizontale, les bruits morbides qui appartiennent à la péricardite, bruits dont je vous ai décrit précédemment toutes les variétés et toutes les variations, peuvent être masqués ou affaiblis par l'épanchement. Si l'on fait asseoir le malade, souvent ces bruits deviennent plus forts et plus superficiels vers la base du cœur. L'épanchement, quand il n'est pas très-abondant, s'accumule vers les points déclives; alors, abandonnant la partie supérieure du péricarde, il y permet le contact et le frottement des deux feuillets séreux, si fréquemment revêtus de néoplasmes. Il y a bien des années que j'ai observé et enseigné ce signe, auquel j'attache une grande valeur. Je l'ai trouvé indiqué dans une des observations du docteur Stokes. Alors, si l'on applique l'oreille au niveau de la pointe du cœur, il peut se faire qu'on n'entende aucun bruit, ou que les bruits paraissent très-éloignés; ils deviennent plus intenses et plus superficiels à mesure qu'on s'élève vers la base de l'organe: phénomène analogue aux modifications du bruit respiratoire qu'on observe dans les épanchements

pleurétiques. Si au lieu de faire asseoir le malade on le fait coucher sur le côté gauche, on peut quelquefois constater une intensité plus grande des bruits de frottement péricardique au niveau du sternum.

On constate également des variations dans l'intensité et l'étendue de la matité, suivant les positions qu'on fait prendre au malade.

Quand une pleurésie est compliquée de péricardite, le diagnostic peut offrir quelques difficultés.

Si la pleurésie est sèche et a pour siège la partie antérieure de la plèvre, les secousses imprimées par la pointe du cœur aux feuillets pleuraux qui sont en rapport avec le péricarde peuvent produire un bruit de frottement double, isochrone à la systole ventriculaire. Mais ce bruit systolique peut disparaître ou devenir intermittent quand on fait faire au malade de grandes inspirations, pendant lesquelles on perçoit un bruit de frottement habituellement double, correspondant aux mouvements respiratoires. Ce bruit de frottement est plus superficiel que le frottement péricardique; je ne l'ai entendu que pendant la systole, tandis que le bruit péricardique s'entend très-souvent dans les deux temps. Comme Stokes l'a signalé, les bruits de frottement pleuraux et péricardiques peuvent coexister; leur simultanéité, les différences de leur timbre, de leur tonalité, de leur siège, leur coïncidence avec les deux temps du mouvement thoracique et du mouvement cardiaque, permettent de les distinguer et de les rapporter à leur origine.

Si la pleurésie concomitante est accompagnée d'épanchement, et si cet épanchement est situé aux parties postérieures et latérales de la cavité thoracique, le diagnostic est facile, la matité péricardique et la matité pleurale sont séparées par une zone qui donne un son clair, aigu, tympanique; elle en fixe les limites respectives.

Si l'épanchement remplit la cavité thoracique en avant et en arrière, le cœur, refoulé ordinairement du côté opposé, peut être exploré derrière le sternum et à droite de cet os; les anomalies de ses bruits, jointes aux autres signes de la péricardite, pourront faire reconnaître la coexistence de ces deux affections. S'il n'y a dans le péricarde que peu ou point d'épanchement, et si en même temps le cœur se contracte énergiquement, non-seulement ses battements peuvent être entendus avec une grande intensité dans toute la partie antérieure du thorax, mais on peut sentir dans la région précordiale un ébranlement isochrone à la contraction ventriculaire, dû sans doute à l'ébranlement que celle-ci communique à la masse liquide contiguë.

J'ai observé dernièrement un fait de ce genre chez un malade dont le

cœur, refoulé par un énorme épanchement, battait sous le mamelon droit; on sentait dans la région sous-mammaire gauche et au niveau de l'appendice xiphoïde un choc ondulant, isochrone à la systole; je pratiquai la thoracocentèse, et retirai de la poitrine au moins quatre litres de liquide. Sous l'influence d'une pleurésie antérieure, la partie postérieure du poumon gauche avait contracté des adhérences avec la paroi thoracique, et l'on trouvait dans cette région du son pulmonaire et du bruit respiratoire: en conséquence, la ponction dut être pratiquée en dehors du sein gauche pour éviter le poumon. Après l'évacuation de quelques litres de liquide, le cœur, qui me parut augmenté de volume, vint reprendre sa position habituelle et effleurer de sa pointe la canule du trocart.

L'épanchement pleural peut être enkysté et limité à la partie antérieure de la poitrine, et alors on peut se demander si la matité qui occupe la région thoracique antérieure appartient à la plèvre ou au péricarde; dans ce cas, le cœur est refoulé en dedans et en arrière.

Dans un fait de cette espèce que j'ai observé, la matité s'étendait jusqu'à la région claviculaire, ce qui doit être très-rare dans les épanchements intra-péricardiens: pour ma part je ne l'ai jamais observé; derrière le sternum, on retrouvait les bruits du cœur superficiels, tandis que dans la péricardite avec épanchement ils sont sourds, éloignés, quelquefois imperceptibles, d'autres fois altérés par des bruits anormaux.

J'ai observé dernièrement une malade chez laquelle les signes de la péricardite se mêlaient à ceux d'une pleurésie diaphragmatique: on constatait une vive sensibilité au niveau du point diaphragmatique du côté gauche et de la région xiphoïdienne. La sensibilité récurrente entre les attaches du sterno-mastoidien du même côté était telle qu'on ne pouvait toucher légèrement cette région sans arracher des plaintes à la malade. A part ce signe commun aux deux affections, et qui par son intensité semblait exprimer la double incitation produite par les deux foyers morbides, les deux maladies conservaient leur physionomie propre et leurs signes distinctifs.

Il est presque inutile d'ajouter que la résorption de l'épanchement qui coïncide avec un retour de la sonorité précordiale donne habituellement naissance à des bruits de frottement dont l'apparition vient confirmer le diagnostic.

Une fois guérie, la péricardite, dans le plus grand nombre des cas, ne laisse aucun signe de son passage. Cependant, il n'en est pas tou-

jours ainsi: après la résorption d'un épanchement considérable, la paroi précordiale peut se déprimer. J'ai observé ce phénomène chez un de mes camarades d'études, qui est maintenant un des praticiens les plus distingués de notre pays.

Des adhérences très-étendues ou complètes se traduisent par un mouvement d'ondulation que perçoit la main appuyée sur la région du cœur, et qui est tout à fait caractéristique. Ce seul signe chez un homme apporté mourant à l'Hôtel-Dieu m'a permis d'affirmer l'existence d'une adhérence du cœur au péricarde, que l'autopsie a vérifiée.

La rétraction de la région épigastrique et celle de l'espace intercostal correspondant à la pointe du cœur ont été indiquées également comme signe de cette synéchie cardiaque.

Dans certains cas où les produits néoplasiques organisés ont acquis une épaisseur et une consistance considérables, ils peuvent donner lieu à des bruits de frottement dont la durée est indéfinie.

Le dédoublement du premier bruit du cœur peut, dans un certain nombre de cas, être attribué à une lésion de ce genre. Enfin, chez un sujet dont les bruits du cœur représentaient une sorte de mesure à trois temps, dont le premier intervalle paraissait plus court que le second, imitant le bruit des chevaux qui galopent l'amble, j'ai trouvé une bride unissant le sommet du cœur au feuillet pariétal du péricarde. J'ai rencontré d'autres fois ce bruit, sans avoir l'occasion d'en vérifier après la mort la condition organique.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur les signes de la péricardite. Je n'ai pas eu, je le répète, l'intention de traiter complètement un sujet aussi vaste et aussi exploré; mais j'ai voulu seulement apporter ma contribution au diagnostic de cette affection en mettant en relief quelques signes que je crois nouveaux, et d'autres qui, sans prétendre à ce mérite, ont été ou passés sous silence, ou contestés dans plusieurs des ouvrages classiques qui traitent de cette affection.