

D'abord, elles manquent de détails précis sur l'état du péricarde, et l'on sait qu'une plaque laiteuse de faible étendue peut donner lieu à un frottement intense, surtout lorsque les cœurs sont hypertrophiés. Sur les quatre malades cités par Chabalié, on aurait constaté l'absence de péricardite, de pleurésie et de lésion valvulaire, ce qui n'est pas exact, puisque dans l'une d'elles il existait une pleurésie tuberculeuse à droite, que dans une autre il y avait des « adhérences pleurales très étendues ».

Cette question du frottement péricardique sans lésion du péricarde n'est pas résolue, ou elle l'est plutôt dans un sens négatif, et il n'y a pas lieu, comme Seitz le prétendait, d'établir une distinction entre le frottement *péricardique* et le frottement *péricarditique*.

En résumé, les trois conditions principales de production du frottement péricardique résident dans : 1° l'existence d'une lésion du péricarde aboutissant à son dépolissement avec production de fausses membranes; 2° le rapprochement des surfaces péricardiques; 3° l'énergie contractile du muscle cardiaque.

Les caractères cliniques et le mode de production du frottement péricardique permettent de ne pas le confondre : avec des souffles valvulaires, des souffles cardio-pulmonaires ou extracardiaques, des bruits pleuraux rythmés par le cœur, avec le bruit de galop de la néphrite interstitielle, avec le roulement présystolique du rétrécissement mitral.

XVII. — SYMPTÔMES PSEUDO-PLEURÉTIQUES ET PSEUDO-AORTIQUES DE LA PÉRICARDITE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE : malade atteinte d'insuffisance aortique ancienne et de péricardite rhumatismale récente avec pleurésie gauche.
- II. SYMPTÔMES PSEUDO-PLEURÉTIQUES. — Pleurésie et pseudo-pleurésie; diagnostic de celle-ci par le changement de position du malade (position génu-pectorale). Symptômes pseudo-pleurétiques dans la péricardite avec épanchement et dans la péricardite sèche.
- III. SYMPTÔMES PSEUDO-AORTIQUES. — Battements artériels du cou d'origine péricardique. Erreur possible de pronostic. Battements artériels dans l'insuffisance aortique. Frottement péricardique de la base et erreur possible de diagnostic avec un rétrécissement et insuffisance aortiques. Erreur possible de thérapeutique.

I. — Exposé clinique.

L'observation d'une jeune fille de seize ans entrée à l'hôpital pour une attaque de rhumatisme polyarticulaire présente un grand intérêt clinique. A l'âge de douze ans, elle a eu une première attaque de rhumatisme articulaire généralisé, et il semble bien que ce soit de cette époque que date la double lésion aortique : rétrécissement et surtout insuffisance.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'une nouvelle attaque de rhumatisme polyarticulaire qui céda assez rapidement après dix jours de traitement, par l'administration quotidienne de 6 grammes de salicylate de soude. Cependant nous avons pu constater que, si les douleurs avaient disparu rapidement, il n'en était pas de même de la fièvre, qui, bien que relativement moins intense que dans le rhumatisme polyarticulaire, puisqu'elle ne dépassait pas 38° 5, persistait toujours malgré la reprise de la médi-

cation salicylique. En présence de ces symptômes, j'ai annoncé que nous allions très probablement assister à l'évolution d'un rhumatisme viscéral.

C'est là, en effet, une loi clinique dont l'importance pratique sera souvent vérifiée : Quand, sous l'influence de la médication salicylique, les douleurs persistent à un faible degré ou disparaissent avec la continuation du mouvement fébrile, cherchez et vous trouverez bientôt un rhumatisme viscéral, à moins qu'il s'agisse d'une endocardite maligne par infection secondaire.

Ces prévisions se sont réalisées, et trois jours après nous constatons l'existence d'une péricardite, sèche d'abord et légèrement liquide ensuite, suivie après six jours des signes d'un épanchement pleural gauche d'abondance modérée : 1 litre environ.

II. — Symptômes pseudo-pleurétiques.

Le diagnostic « pleurésie » est bientôt établi, et cependant chez cette malade il s'agissait de savoir si nous n'avions pas affaire à des accidents *pseudo-pleurétiques*, symptomatiques d'une péricardite. Je m'explique.

Autrefois, Friedreich avait dit que, dans les cas de dilatation considérable du péricarde, la compression du poumon en arrière peut donner lieu à une matité plus ou moins accusée à la partie postérieure de la région thoracique, et en même temps à la diminution ou à la suppression du murmure vésiculaire, symptômes qui peuvent « faire croire à la présence d'une pleurésie gauche ». PINS (de Vienne), en 1889, a insisté sur ce nouveau signe de la péricardite. Il a été suivi dans cette étude en France par PERRET et DEVIC, par MARFAN et par nous (1).

(1) PINS, *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 38, et *Journal des Praticiens*, 1889. — PERRET et DEVIC, *Province médicale*, 1880. — MARFAN, *Bull. méd.*, 1893.

Voici en quoi consiste ce phénomène clinique :

Dans les péricardites avec épanchement, la compression que celui-ci occasionne sur la partie postérieure du poumon peut produire presque tous les symptômes d'un épanchement pleural : matité, diminution des vibrations thoraciques, diminution et même disparition du murmure vésiculaire, quelquefois égophonie. Ces symptômes, spéciaux surtout aux épanchements *moyens* du péricarde, se produisent principalement chez les individus *jeunes*, dont les parois thoraciques présentent un peu plus d'élasticité, ou encore chez les malades de corpulence grêle, à thorax étroit et aplati d'avant en arrière, ou à parois thoraciques peu épaisses. Dans ces cas, si l'on pratique une ponction exploratrice, on ne retire pas de liquide. C'est déjà là une indication. Voici un moyen simple de confirmer le diagnostic de *pseudo-pleurésie* :

Quand le malade est dans la position verticale et surtout horizontale, les phénomènes de compression broncho-pulmonaire sont naturellement à leur maximum, ainsi que les symptômes pseudo-pleurétiques. Mais, si vous faites placer le malade sur les coudes et sur les genoux, dans la position génu-pectorale, alors disparaissent tous les phénomènes de compression pulmonaire, et avec eux tous les symptômes pseudo-pleurétiques.

Nous avons, chez notre jeune malade, pratiqué une ponction exploratrice et nous avons retiré du liquide ; nous l'avons fait placer dans la position génu-pectorale, et les symptômes pseudo-pleurétiques n'ont pas varié, ce qui démontre, par deux fois, que nous étions bien en présence d'un véritable épanchement pleural. Sans doute, dans ces conditions, l'observation de notre malade n'a plus autant d'intérêt ; mais j'ai voulu en profiter pour appeler l'attention sur un symptôme encore mal connu de la péricardite avec épanchement. Ce symptôme devient encore plus intéressant s'il est vrai, comme l'affirme Marfan sur la foi d'une autopsie, que la péricardite *sèche* des enfants peut également s'accom-

pagner de signes pseudo-pleurétiques dus à l'atélectasie pulmonaire.

III. — Symptômes pseudo-aortiques.

Notre malade a présenté d'autres symptômes qui auraient pu faire croire, à tort, à l'aggravation de la lésion aortique ; je veux parler des *battements artériels du cou* et des battements de toutes les artères, sous l'influence de la péricardite. Ceux-ci existent déjà par le fait de l'insuffisance aortique ; mais ils ont considérablement augmenté dès l'apparition de la péricardite de la base, à ce point que les petites artérioles des extrémités venaient fortement frapper le doigt. Alors, quelques médecins en ont conclu que l'insuffisance aortique avait subi une aggravation nouvelle par le fait de la seconde attaque de rhumatisme polyarticulaire. Cela est possible, ai-je dit ; mais il est également possible que ces battements artériels soient dus à la seule péricardite. Car, il y a longtemps, Stokes a insisté sur l'exagération des battements des artères cervicales sous l'influence de la péricardite de la base, et ce fait a une importance que nous allons comprendre.

Souvent, quand on voit pour la première fois un malade atteint de péricardite rhumatismale avec double frottement à la base, on peut croire à l'existence d'un rétrécissement et d'une insuffisance aortiques, et cela surtout lorsque l'on constate ces battements artériels avec pouls vibrant, caractéristique de la maladie de Vieussens (1). L'erreur est possible, et je sais des cas où elle a été commise. Il suffit d'être mis en garde contre cette erreur pour pouvoir l'éviter, et chez notre malade, j'ai démontré, par la diminution des symptômes artériels coïncidant avec la disparition de la péricardite, que c'était à cette dernière, et non à l'aggrava-

(1) *Maladie de Vieussens* et non « de Corrigan », puisque j'ai démontré (*Soc. méd. des hôp.*, 1894) que Vieussens a découvert l'insuffisance aortique plus d'un siècle avant Corrigan.

tion de la lésion aortique, qu'il fallait rapporter l'accentuation des symptômes observés.

Au point de vue *thérapeutique*, la connaissance de ces symptômes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques a une grande importance, puisqu'elle permet d'éviter des fautes graves de traitement. Nous avons démontré aussi qu'au point de vue du *pronostic*, l'existence des battements artériels dans la péricardite aiguë a une certaine valeur, puisqu'elle est liée assez souvent à cette maladie et non pas à l'aggravation d'une insuffisance aortique.