B. Comme la pleurésie étendue à une plèvre tout entière, les pleurésies partielles peuvent affecter une marche aiguë ou chronique. Comme cette pleurésie-là, et même à bien plus forte raison, elles peuvent aussi être latentes.

C. Pour peu qu'un épanchement pleurétique, forcément circonscrit par des adhérences, soit abondant, il refoule très fortement la portion correspondante du parenchyme pulmonaire, puisqu'il ne peut s'étendre autrement. Il creuse, là, en quelque sorte, une cavité dans le poumon même, de manière qu'au premier aspect on serait tenté de croire que ce viscère est corrodé. Mais ce n'est là qu'une fausse apparence. Cette cavité, que remplit un liquide ordinairement puriforme, videz-la; enlevez la pseudo-membrane qui toujours la tapisse, et vous reconnaîtrez que le poumon est simplement refoulé, et que la plèvre même est intacte.

D. Les pleurésies partielles, en tant qu'elles existent seules et sans complication, sont, en général, un cas peu grave. La preuve en est qu'il est très rare de rencontrer ce cas dans les investigations nécroscopiques, tandis qu'il ne l'est pas du tout de rencontrer les vestiges anatomiques de la guérison de semblables pleurésies : on trouve, en effet, sur maints et maints cadavres, des adhérences anciennes qui unissent soit le diaphragme au poumon, soit les lobes de cet organe entre eux, ou bien sa face interne au médiastin, le reste de la plèvre étant parfaitement libre. Quelquefois, cependant, une pleurésie partielle peut offrir un haut degré de gravité, voire même entraîner la mort, à raison, surtout, de l'excessive quantité de l'épanchement.

E. Les épanchemens pleurétiques circonscrits sont généralement assez faciles à reconnaître, pour peu qu'ils occupent une certaine étendue. Ce qui sert à les déceler, c'est la matité thoracique, c'est l'absence du bruit respiratoire, la respiration bronchique, et surtout c'est l'égophonie. Laënnec (t. II, p. 202) assure avoir observé ce dernier signe très distinctement dans des cas où l'épanchement partiel n'était que de quelques *onces* de liquide. M. Andral l'a rencontré à la partie antérieure de la poitrine, dans un cas où un épanchement assez considérable se trouvait renfermé entre le diaphragme, la base du poumon et le médiastin, de manière que le poumon était repoussé en arrière (*loc. cit.*, — obs. XXXII). Toutefois, quand l'égophonie n'existe pas et qu'il n'y a pas eu, au début de la maladie, un point de côté, il n'est guère facile, en vérité, de diagnostiquer sûrement un épanchement pleurétique partiel,—de le distinguer, par exemple, d'avec une tumeur squirrheuse, ou autre, développée dans le tissu pulmonaire ou dans la plèvre.

ARTICLE XXXIV.

PÉRICARDITE.

(Modern., — de Περικάρδιον, péricarde.)

(Voir nos 303-4.)

599. *Bibliographie.* — SÉNAC. — (*Traité des maladies du cœur.* Paris, 1778, 2 vol. in-12.) Voir t. Ier, chap. II et IV.

CORVISART. — (*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.* Première édition, Paris, 1806, in-8°: avec le nom de Horeau, comme rédacteur de cet ouvrage d'après les leçons cliniques de l'illustre médecin de l'Empereur. — IIe édit., 1811; mais le nom de Horeau n'y était déjà plus. — IIIe édit., 1818.) — Voir Ire classe, *Affections des enveloppes membraneuses du cœur*, chap. Ier.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 21, *De la péricardite.*

LOUIS. — (*Mém. ou Recherches anatomico-path.* — Pag. 253-300.) Ve mémoire : *De la péricardite.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. III, p. 2-43.)

HOPE. — (*A treatise on the diseases of the heart and great vessels and on the affections which may be mistaken for them.* — Ire édit. Londres, 1832, in-8°. — IIIe édit., 1839.) — Part. II, chap. I, *On Pericarditis.*

BOUILLAUD. — (*Traité clin. des mal. du cœur.*) — T. Ier, p. 348-574. (De la péricardite et de ses suites.)

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXIII, — art. *Péricarde.*) § III. *Péricardite.* — Pag. 472-89.

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhumatisme.*) Voir le passage, p. 187-205, où se trouve examinée la question de la péricardite rhumatismale.

PIGEAUX. — (*Traité pratique des maladies du cœur.* Paris, 1839, in-8°.) — Pag. 124-213 (péricardite aiguë); — p. 214-58 (péricardite chronique).

GENDRIN. — (*Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères.* Recueillies et publiées sous ses yeux par MM. Colson et Dubreuil-Hélion. T. Ier. Paris, 1841-2, in-8°.) XVe-XXIe leçons (*Des péricardites*).

ARAN. — (*Manuel pratique des malad. du cœur et des gros vaisseaux.* Paris, 1842, in-12.) IIe partie, Ire classe, chap. I, *De la péricardite.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. Ier, p. 200-17.)

600. *Définition scolastique.* — La péricardite est une inflammation de la membrane séreuse qui tapisse intérieurement le sac fibreux du péricarde, et, de là se réfléchissant sur l'origine des gros vaisseaux, tapisse extérieurement le cœur.

601. *Synonymie.* — Cardite : dans maintes et maintes observations de nos devanciers, même sur le vu des pièces anatomiques. — *Pleuritis pericardii :* dans la *Nosologie* de Sauvages (cl. III, *Phlegmasiæ*, gen. XIII, sp. 4).

602. *Distinction capitale entre les péricardites sous le rapport de leur étendue.* — Tantôt la péricardite est *générale ;* elle envahit tout ou très grande partie du sac séreux ; et en pareil cas elle constitue toujours une maladie plus ou moins grave. Tantôt elle est *partielle*, et peut alors se trouver bornée à un très petit espace, à tel point que bien des fois elle passe inaperçue sur le vivant, non seulement sans symptômes spéciaux dans la région précordiale, mais peut-être même aussi sans aucune perturbation notable de la santé : la preuve en est dans ces *plaques blanches du péricarde*, qui sont si communément rencontrées dans les ouvertures de cadavres et y sont le vestige non moins incontestable que perpétuel d'une péricardite partielle de date plus ou moins ancienne, point sur lequel je vais revenir tout-à-l'heure dans le numéro consacré à l'anatomie pathologique.

603. *Symptomatologie.* — A. Douleur pongitive, ressentie au-dessous du sternum, ou plus rapprochée du point où l'on sent battre le cœur : jointe la plupart du temps à une grande anxiété, à une véritable *angoisse* dans toute la force du terme (46. A. ε.). Dyspnée, et très souvent dyspnée suffocante. Pouls inégal, surtout irrégulier dans son rhythme, à fréquentes intermittences ; parfois vermiculaire ou formicant (46. F. δ.), dès la période initiale de la maladie. Palpitations et syncopes répétées, ou plutôt, d'ordinaire, imminence de syncope par accès plus ou moins rapprochés, quelquefois à l'occasion d'un changement de position du corps, et lorsque, par exemple, le malade se tourne dans son lit. A l'auscultation, bruit de frottement péricardiaque (46. F. ε.), mais, bien plus souvent sans comparaison, bruits de soufflet, de râpe ou de scie, qui n'ont pas, à beaucoup près, la valeur séméiologique du bruit de frottement péricardiaque. Et quand un épanchement s'est formé en quantité abondante, matité de la région précordiale à un degré et surtout dans une étendue plus considérable que ne le comporte l'état normal, — dans une étendue double, triple, et quelquefois davantage encore ; voussure de cette même région ; choc du cœur, très affaibli ou nul ; bruits normaux de tic-tac, faibles, obscurs et comme lointains, de manière, parfois, à donner véritablement à l'oreille la sensation distincte d'une sorte de nage du cœur dans un liquide

interposé. En certains cas, très rares d'ailleurs, où l'épanchement est excessivement abondant et dilate énormément le péricarde au-devant du poumon refoulé, égophonie parfaitement prononcée comme dans un cas d'épanchement pleural. Voilà, en fait de troubles fonctionnels, en fait d'auscultation, en fait d'habitude extérieure et de percussion, les symptômes plus ou moins caractéristiques que la péricardite peut produire. Bien entendu que tous ces symptômes ne se rencontrent pas réunis en même temps sur un seul et même sujet. Il y en a dont la coexistence est impossible : ainsi, par exemple, le frottement péricardiaque implique contradiction avec les phénomènes de percussion et d'auscultation qui se lient à un épanchement très abondant du péricarde.

B. Bien des fois, lors même que la péricardite est générale, qu'elle est grave et très grave, et qu'elle tend à une terminaison mortelle, elle peut être latente (304. C.), ne se développer et ne s'aggraver que d'une façon sourde, obscure, insidieuse, et ne produire de perturbations fonctionnelles manifestement alarmantes qu'au dernier moment et quand il n'est plus temps d'y porter remède.

C. Pour peu que la péricardite ait une certaine étendue, pour peu, surtout, que les symptômes locaux aient un certain degré de gravité, il y a, en règle générale du moins, un appareil fébrile, un cortége plus ou moins considérable de symptômes généraux (280. D.).

D. Un symptôme qu'il importe de noter, et qui le plus ordinairement ne survient qu'à la longue, mais qui, parfois aussi, se déclare peu après l'invasion d'une péricardite intense, c'est d'abord l'œdème des extrémités inférieures, puis l'anasarque universelle.

E. Il va sans dire que la péricardite peut avoir une marche aiguë ou chronique. Quelquefois, par exemple, elle est suraiguë, et se montre capable d'emporter le malade en quelques jours : d'autres fois, au contraire, on ne la voit aboutir à une issue funeste ou favorable qu'après un an, dix-huit mois et même deux ans.

F. En fin de compte, les terminaisons de la péricardite aiguë ou chronique peuvent être : 1° la mort ; 2° une entière et parfaite guérison, après laquelle les mouvemens du cœur et les battemens du pouls ne gardent rien, absolument rien d'anomal ; 3° une guérison imparfaite, c'est-à-dire avec des adhérences qui, après la cessation des phénomènes inflammatoires et la résorption de l'épanchement, ne laissent pas que de gêner plus ou moins notablement les mouvemens du cœur, de produire une certaine perturbation de la circulation et de la respiration, et de constituer par là une sorte d'infirmité, surtout chez les individus qui se livrent habituellement à de pénibles efforts, à de rudes exercices. Car, contrairement à l'opinion de Laënnec et de Bouillaud, mais avec Sénac, Corvisart et bien d'autres observateurs, je me crois, d'après les faits

qui se sont présentés à ma propre observation, autorisé à considérer les adhérences du péricarde comme parfaitement capables de causer par elles-mêmes un état morbide, et surtout, comme ayant le fâcheux privilége de contribuer singulièrement à la production d'une hypertrophie excentrique ou, autrement dit, anévrismatique du cœur.

604. *Anatomie pathologique.* — (304. B. D. E. F. G. I.) — A. L'épanchement produit par la péricardite, épanchement d'ordinaire entièrement séreux et limpide, ou à peine mélangé de quelques flocons pseudo-membraneux, plus rarement purulent et tout-à-fait trouble, présente, comme on doit bien le prévoir, de grandes différences, selon les cas, sous le rapport de sa quantité; et notons d'ailleurs, que dans la péricardite partielle, lorsque la rougeur hyperémique et l'exsudation pseudo-membraneuse occupent un très petit espace, il peut être aussi considérable que dans la péricardite générale. Il n'est pas rare qu'il s'élève à plus d'un demi-litre. Corvisart a trouvé, dans un cas, près de deux litres de sérosité (quatre *livres*, ainsi qu'il disait, dans l'ancien style des poids et mesures). Mais bien des fois, d'autre part, l'épanchement est en quantité inférieure ou à peine égale au volume de l'exsudation pseudo-membraneuse qui tapisse la surface intérieure de la membrane séreuse. Parfois, même, à l'autopsie de certaines péricardites qui ont offert une forme symptomatique des plus intenses, on ne trouve point de sérosité, mais seulement une exsudation pseudo-membraneuse, plus ou moins épaisse, plus ou moins concrète, qui remplit toute la cavité du péricarde et unit le cœur et les gros vaisseaux au feuillet séro-fibreux de cette sorte de sac viscéral, soit qu'en pareil cas l'exhalation séreuse ait été réellement nulle, soit peut-être plutôt que la sérosité, exhalée au début de la maladie avec plus ou moins d'abondance, ait été promptement résorbée, et par là ait laissé s'opérer la contiguïté, et, par suite, la fusion des couches pseudo-membraneuses produites sur les deux surfaces opposées de la cavité séreuse.

B. Quelquefois la nécroscopie, et la nécroscopie seule, a pu constater la réalité de la *péricardite hémorragique*, de la péricardite compliquée de diapédèse sanguine. C'est à savoir, — ai-je besoin de le dire? — que dans cette variété anatomique la sérosité est sanguinolente, et les pseudo-membranes tachées ou teintes d'un rouge plus ou moins vif. On en trouve un fort intéressant exemple dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier (livraison XVI, planche 2).

C. L'exsudation fibrineuse, couenneuse, qui, par exemple, en cas de péricardite générale, tapisse toute la membrane séreuse, tant sur le cœur et les gros vaisseaux que sur la face opposée à ces organes, ne forme pas d'ordinaire une couche égale, unie, régulière, comme les pseudo-membranes pleurétiques; mais le plus souvent elle présente, à sa surface

libre, un grand nombre de parties saillantes, rugueuses et informes. Quelquefois ces nombreuses proéminences sont assez égales entre elles, de sorte que la pseudo-membrane offre alors un aspect mamelonné. Quoi qu'il en soit, la formation de ces inégalités dans la couche pseudo-membraneuse tient, sans aucun doute, à ce que les mouvemens continus du cœur ne laissent guère à la lymphe plastique la possibilité de se concréter sur place régulièrement au fur et à mesure de sa sécrétion.

D. Toutes les fois que, par absence primordiale ou par rapide résorption de l'épanchement, les couches pseudo-membraneuses produites sur les feuillets opposés de la membrane séreuse du péricarde se trouvent en contiguïté dans leur état de mollesse primitive et, si l'on peut s'exprimer ainsi, de vitalité amorphe, il en résulte des adhérences qui s'organisent et se consolident, au bout d'un temps plus ou moins long, entre le cœur et les gros vaisseaux, d'une part, et le feuillet séro fibreux du péricarde, d'autre part. L'adhérence intime et générale de toutes ces parties-là, et qui va, pour ainsi dire, jusqu'à les fondre complétement ensemble, jusqu'à les identifier en quelque sorte, est un fait rare: Laënnec, par exemple, ne l'avait rencontrée qu'une seule fois, et cela dans un cas où elle était constituée par l'intermédiaire d'un tissu fibro-cartilagineux et membraniforme, l'une des transformations possibles de l'exsudation pseudo-membraneuse (Laënn., t. II, p. 658). Le plus ordinairement, les adhérences du péricarde ne sont point si intimement, si étroitement tissues, mais se trouvent formées par des brides filamenteuses, par une sorte de tissu cellulaire plus ou moins lâche, et quelquefois aussi par des brides canaliculées, qui ont véritablement la structure des poches séreuses. Au surplus, ces brides sont quelquefois si courtes que le feuillet séro-fibreux du péricarde peut, au premier aspect, passer pour être immédiatement adhérent au cœur. D'autres fois, au contraire, elles sont assez longues; et après qu'elles ont été déchirées par suite de l'enlèvement du péricarde, le cœur en reste tout hérissé comme d'une sorte de chevelure. C'est à cette variété anatomique, il n'y a plus lieu d'en douter, qu'appartiennent les *cœurs poilus* dont il est question dans quelques anciens livres.

E. Un mot, maintenant, des *plaques blanches du péricarde.* Qu'est-ce que ce vice anatomique que, dans une pratique tant soit peu assidue des ouvertures de cadavres, on a maintes et maintes fois occasion de rencontrer sur la périphérie du cœur? Ces plaques blanchâtres, opaques, quelquefois larges comme la paume de la main, plus communément moindres de moitié ou même des deux tiers, et souvent très petites, ont une épaisseur à peu près égale à celle de l'ongle, une consistance semblable à celle des pseudo-membranes pleurétiques définitivement concrétées. Bichat n'avait pas manqué de les signaler et d'en proclamer

l'extrême fréquence, mais en déclarant ne pas savoir d'où elles provenaient (*Anatomie générale*, système séreux, art. II, § III). Ces plaques sont si intimement unies à la membrane séreuse, qu'il est vraiment difficile, en raison de la ténuité de cette membrane, de s'assurer, par la dissection, si elles sont situées en dessus ou en dessous. Corvisart avait adopté la seconde solution de ce problème; et il voyait là le produit d'une exsudation accidentelle, anomale, mais non inflammatoire (*op. cit.*, p. 54). Cependant, ainsi que Bichat (*loc. cit.*), ainsi que Laënnec (t. II, p. 656), ainsi que bien d'autres anatomo-pathologistes encore, j'ai moi-même réussi, et cela très souvent, à enlever ces plaques en laissant intact le feuillet séreux du cœur. La vérité est, par conséquent, qu'elles sont situées à la surface du susdit feuillet. De plus, on professe aujourd'hui généralement (et l'analogie, en effet, ne permet guère d'embrasser une autre opinion) qu'elles sont l'effet d'une péricardite partielle, qu'elles sont une transformation définitive d'une exsudation fibrineuse de nature inflammatoire. Empruntons à Laënnec un cas que ce grand observateur avait rencontré, et qui paraît éminemment propre à dissiper les doutes des esprits les plus difficiles relativement à l'origine de ces plaques blanches. « J'ai trouvé, » dit-il (t. II, p. 657), « à l'ouverture du corps » d'un homme mort de péripneumonie, une fausse membrane mince, » assez ferme, d'un jaune citrin, recouvrant l'oreillette droite et une » partie du ventricule du même côté. Aucune autre fausse membrane » n'existait sur le reste de la surface du péricarde. Sa cavité contenait » deux ou trois onces d'une sérosité transparente et légèrement fauve. » Quelques points de la fausse membrane, particulièrement sur l'oreil- » lette, offraient une couleur plus blanche et une fermeté plus grande » que le reste, et présentaient déjà un aspect presque semblable à celui » des plaques blanches du cœur. » Après cela, si les plaques blanches du cœur doivent effectivement être attribuées à une péricardite partielle, il y a donc lieu de reconnaître que la péricardite partielle est une affection et beaucoup plus fréquente et beaucoup moins grave qu'on ne pourrait le penser au premier abord; et que, chez la plupart des sujets, elle a passé inaperçue et véritablement inaccessible au diagnostic.

F. Maintenant, y a-t-il des *péricardites tuberculeuses?* Oui, sans aucun doute, encore bien qu'elles soient plus rares que les pleurésies et que les péritonites de même nom. C'est là un fait d'anatomie pathologique positivement établi par le témoignage de Corvisart (*op. cit.*, p. 282), de Laënnec (t. II, p. 658) et de plusieurs autres observateurs.

G. Dans beaucoup de péricardites, et particulièrement dans les péricardites chroniques, on trouve la substance musculaire du cœur pâlie et devenue presque blanche, comme si on l'eût fait macérer plusieurs

jours dans l'eau. Cette décoloration coïncide quelquefois avec un ramollissement notable: quelquefois, au contraire, avec la persistance de la fermeté normale du tissu dont il s'agit. Quoi qu'il en soit, elle ne nous paraît devoir être, dans aucun cas, regardée comme un caractère anatomique de l'inflammation de ce tissu-là même, comme la preuve de la maladie qu'on aurait droit de nommer proprement, et par excellence, une cardite. Quelques auteurs l'ont pensé ainsi, mais, en vérité, sans aucun fondement. Maintes observations, — hardiment données comme des exemples d'inflammation générale du cœur, ou de cardite, cette maladie, ou plutôt ce mot, que je n'ai pas cru devoir admettre dans les cadres nosographiques de notre ouvrage (308), — ne sont rien autre chose que des péricardites accompagnées de décoloration du parenchyme cardiaque.

605. *Complications communes.* — Très fréquemment, avec la péricardite, il y a en même temps une pleurésie ou une pneumonie, ou même l'une et l'autre tout à la fois. Et c'est là, évidemment, une circonstance des plus propres à masquer la péricardite, à la dérober au diagnostic. Combien, en pareil cas, est naturelle, facile, quelquefois inévitable, l'erreur qui consiste à méconnaître, à ne pas soupçonner le moins du monde, la part que la péricardite a dans la production de l'appareil symptomatique, dans la perturbation des fonctions respiratoires et circulatoires! Quoi qu'il en soit, quoi qu'on en puisse penser et dire, pour ou contre notre opinion, relativement à ce qu'ont d'excusable ici les erreurs de diagnostic, toujours est-il que la fréquence des complications dont il s'agit est un fait incontestable. Déjà Pinel avait mis en relief ce point de pathologie, dans sa *Médecine clinique* (p. 240 et suiv.), où trois observations de péricardite sont autant d'exemples d'une telle complication bien et dûment constatée par l'autopsie. Premier cas: péricardite et pleuro-pneumonie, mort au sixième jour. Second cas: péricardite et pneumonie, mort au septième jour. Troisième cas: péricardite et pleuro-pneumonie, mort au cinquième jour. Et, depuis Pinel, nous voyons Corvisart (*op. cit.*, p. 6), Laënnec (t. II, p. 660) et tous les bons observateurs signaler d'un commun accord ces complications comme extrêmement fréquentes.

606. *Étiologie.* — (287.) — A. Rarement, très rarement, mais enfin quelquefois, la péricardite est l'effet de causes déterminantes, que le lecteur devine toutes très aisément, et sur lesquelles je n'aurai donc pas besoin d'insister. Elle peut, par exemple, succéder aux contusions de la région précordiale, comme dans la première observation, déjà citée (605), de la *Médecine clinique* de Pinel, observation dont le sujet est une femme septuagénaire qui était tombée de sa hauteur sur le côté gauche, et, par

la violence et la douleur de la chute, avait éprouvé une perte de connaissance d'une demi-heure.

B. En ce qui touche à la *péricardite rhumatismale*, à celle qui naît, par sympathie ou par métastase, sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu, la thèse à l'ordre du jour, depuis les assertions là-dessus émises par M. Bouillaud, n'est pas de démontrer que c'est là, réellement, une des manifestations les plus ordinaires de la loi d'analogie entre les membranes séreuses et les synoviales (563. E.) ; que c'est là une des variétés les plus fréquentes de la péricardite. Mais il s'agit de prouver, premièrement, que ce rapport naturel de connexion entre la péricardite et le rhumatisme articulaire avait été signalé par divers observateurs avant le professeur de la Charité, qui pourtant s'en attribue la découverte ; secondement, que la péricardite rhumatismale n'est pas, il s'en faut de beaucoup, aussi commune que celui-ci le prétend, n'est pas un accident lié à la pluralité, ni même à la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu fébrile et généralisé. Je crois avoir prouvé et mis hors de doute ces deux points dans le passage, ci-dessus cité (599), des *Leçons sur le rhumatisme et la goutte*, et j'y renvoie mes lecteurs, s'ils n'en veulent accepter de confiance la conclusion que je maintiens encore aujourd'hui, et que voici : «..... nous dirons comme par le passé, comme auparavant, » que la péricardite est un accident qui se lie quelquefois au rhumatisme » articulaire aigu, et semble reconnaître la même origine ; que cette » complication peut même, sous certaines constitutions médicales, de» venir moins rare que de coutume, comme cela paraît avoir eu lieu » dans l'épidémie de Storck [1] ; mais qu'en définitive, il n'y a pas » coexistence constante, ni même ordinaire, entre les deux maladies. »

607. *Diagnostic.* — Si l'on songe, — d'une part, — combien les symptômes de la péricardite (603. A.), pris un à un et isolément, sont tous, ou presque tous, équivoques, — combien il est naturel de rencontrer quelques uns de ces symptômes en maintes occasions autres qu'une péricardite, — combien, excepté le bruit de frottement péricardiaque, bruit, d'ailleurs, si rare à entendre, surtout d'une façon distincte et indubitable, excepté aussi les phénomènes de percussion et d'auscultation qui sont l'indice certain d'un épanchement,

[1] Voir la description intéressante que Storck a donnée d'une épidémie de rhumatisme articulaire aigu (*Annus medicus*, II) : « J'ai quelquefois observé, » disait-il, « que, lors de la disparition des douleurs dans les membres, il sur» venait de l'oppression de poitrine, des palpitations de cœur, et de l'intermit» tence dans le pouls, et qu'au retour de la douleur sur les membres ces » symptômes disparaissaient, et que le pouls, quelques instans auparavant » tremblant et intermittent, se montrait de nouveau égal et libre. »

mais qui, d'ailleurs, peuvent appartenir tout aussi bien à une hydropéricarde, tout aussi bien à une hémorragie par perforation traumatique ou spontanée du cœur, ou par diapédèse de la membrane séreuse qu'à une péricardite, chacun des autres symptômes a en soi peu de valeur séméiologique, — combien, enfin, il est rare que chez un seul et même sujet ces symptômes se présentent réunis dans un tel ensemble qu'il n'y ait pas le moindre doute possible sur la réalité d'une péricardite ; — si, d'autre part, l'on songe à la fréquence des complications qui, en ayant aussi leur siége dans le thorax, sont si éminemment propres à masquer la péricardite (605), on ne doit pas en vérité s'étonner de nous entendre dire que le diagnostic de la péricardite est généralement difficile à établir d'une manière certaine, et que, dans un grand nombre de cas, force est bien de le laisser indécis. C'est ce qu'avouait franchement Corvisart. C'est ce que Laënnec, pourtant avec une ressource de plus, avec la ressource de l'auscultation, ne faisait pas non plus difficulté d'avouer. C'est ce que M. Louis, dans son mémoire ci-dessus cité (599), avoue encore : et avec lui, aujourd'hui même, tous les observateurs judicieux et de bonne foi répéteront un semblable aveu, malgré les progrès réels que le diagnostic anatomique a faits dans ces dernier temps. Cela est la vérité, la pure vérité, n'en déplaise à certains diagnostiqueurs intrépides, qui accordent une aveugle croyance à des subtilités stéthoscopiques d'une valeur imaginaire. En règle générale, toutefois, lorsque, chez une personne qui n'est point sujette à éprouver des phénomènes morbides de la part du cœur, on voit survenir subitement tout ou partie des symptômes que nous avons reconnus pouvoir appartenir à la péricardite, et surtout lorsqu'on les voit survenir avec fièvre inflammatoire, avec état couenneux, ou, pour mieux dire, surfibrination du sang, il y a grande probabilité, quelquefois même certitude véritable, pour prononcer le diagnostic de péricardite.

608. *Pronostic.* — Si l'anatomie pathologique prouve que, dans quelques cas, la péricardite est une affection très peu grave et qui peut-être passe inapercue sans fièvre et sans aucun trouble morbide, toujours est-il que, dans tous les cas où les symptômes en sont tels qu'on ait droit de la diagnostiquer avec un certain degré de certitude, elle constitue une maladie véritablement grave, une maladie assez grave pour compromettre la vie du malade.

609. *Thérapeutique.* — (290.) — Phlébotomies. Saignées locales, particulièrement sur la région précordiale. Vésicatoires et autres agens de révulsion cutanée, sur cette même région. Purgations répétées. Emploi de la digitale. Voilà quels sont les principaux moyens de traitement à mettre en œuvre contre la péricardite aiguë et chronique, selon les indications diverses que j'ai déjà eu bien des fois occasion de spécifier

soit sous un point de vue général, soit dans l'histoire particulière des inflammations diverses, et particulièrement de celles de la même tribu.

ARTICLE XXXV.

ENDOCARDITE.

(Bouillaud : — de *Endocarde*, mot généralement adopté aujourd'hui, d'après ce même auteur, pour désigner la membrane interne du cœur, — et fort régulièrement composé d'ailleurs de deux mots grecs, Ἔνδον, dedans, et Καρδία, cœur ; — de la même façon que, depuis plus longtemps déjà, les botanistes appellent *Endocarpe* la membrane qui, dans un fruit mûr et parfait, tapisse la cavité centrale du péricarpe.)

(Voir nº 303.)

610. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Trait. de l'auscult.*) IIIe part., sect. II, chap. 19, *De l'inflammation de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.*

HOPE. — Ouvrage cité (599), — part. II, chap. III, *Endocarditis.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur.*) — T. II, p. 1 — 421. (*De l'endocardite et de ses suites*).

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhum.*) Voir, p. 213—42, la discussion de cette question-ci : *Y a-t-il, ou non, coïncidence presque constante d'une endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu général ?*

PIGEAUX. — (*Traité prat. des mal. du cœur.*) Pag. 324-55, *Indocardite aiguë* (*Sic*) : non par faute typographique, mais par orthographe erronée du fait même de l'auteur.

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 319—32) — Art. *Endocardite.*

ARAN. — (*Manuel prat. des mal. du cœur.*) IIe partie, Ire classe, chap. 3, *De l'endocardite.*

611. *Nosologie.* — A. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou bien, en un seul mot, l'endocardite, est une affection qui n'est que trop réelle, assurément, — mais qui, — je ne crains pas, pour ma part, de le déclarer, dussé-je aux yeux de tant et tant d'esprits prévenus passer aujourd'hui pour un praticien arriéré, — me paraît être une affection, sinon fort rare, ainsi que l'enseignait Laënnec, — du moins, indubitablement beaucoup plus rare, ou, si l'on veut, beaucoup moins commune que Hope, et, après lui, M. Bouillaud ne l'ont avancé, et qu'il n'est de mode à présent, dans l'École de Paris, de le dire formellement, ou de le laisser dire sans opposition et comme par une sorte d'acquiescement tacite. Toujours est-il, après tout, que l'endocardite,

cet épouvantail si souvent évoqué par quelques contemporains, ce fantôme si facile à voir avec les yeux de l'imagination là où il n'est pas, n'est rien moins qu'une question vidée et résolue pour les observateurs d'un esprit sévère et peu crédule. Pour eux, l'endocardite n'offre encore que doutes et obscurités, non pas quant à la réalité de son existence, positivement établie sur des faits authentiques d'anatomie pathologique, mais quant à ses symptômes et à leur valeur séméiologique.

B. Quels peuvent être, en effet, les principaux symptômes de l'endocardite ?

α. Et d'abord, *y a-t-il quelque chose dans l'habitude extérieure ?* L'inspection et la percussion de la poitrine fournissent-elles des données tant soit peu caractéristiques ? Y a-t-il, peut-il y avoir, ainsi que l'enseigne M. Bouillaud, voussure de la région précordiale, — et accroissement de matité, soit en intensité intrinsèque, soit en étendue, dans cette même région ? Voilà ce que, pour ma part, je ne saurais guère concevoir. Comment se ferait-il qu'une altération toute renfermée à l'intérieur du cœur pût, comme un excès de volume de cet organe, ou comme un épanchement du péricarde, avoir pour résultat physique de déformer la paroi antérieure du thorax et d'en diminuer la sonorité ? Tout au plus est-il permis d'accorder, suivant la pensée de Hope (*op. cit.*), que parfois, et à titre d'exception très rare, à titre d'exception qui n'existera que dans le cas de la plus terrible gravité, avec une gêne extrême de la circulation et avec une véritable imminence d'asphyxie, l'accroissement de la matité précordiale peut être un effet dû à la distension excessive des cavités cardiaques, soit par le seul fait de la stase et de l'accumulation du sang, soit même, aussi, par la formation de caillots. Faisons cette concession, puisque Hope assure avoir vu, dans ses expériences sur des lapins empoisonnés avec le woorara, le cœur se gonfler jusqu'au double à peu près de son volume naturel par suite de l'engorgement sanguin, quand la respiration artificielle était momentanément suspendue. Mais, quant à la formation d'une voussure précordiale par le fait d'une endocardite pure et simple, n'est-ce pas, en vérité, une supposition chimérique, une impossibilité absolue ?

β. En ce qui touche à l'*état de la circulation et de la respiration*, ces deux fonctions si bien liées entre elles par une étroite solidarité, on comprend sans peine que l'endocardite, si peu étendue qu'elle puisse être, et fût-elle bornée à un très petit espace sur l'un des appareils valvulaires, est parfaitement capable d'occasionner le plus grand trouble dans la sphère de ces fonctions importantes. Rien qui soit plus conforme aux lois de la physiologie pathologique. Rien qui soit mieux établi par le double contrôle de l'observation clinique et de l'observation nécroscopique. Sentiment de malaise et d'embarras dans la