

CHAPITRE PREMIER

LA DYSPNÉE PÉRICARDIQUE

Le « signe des attitudes ».

Nous ne ferons point la part du cœur, des poumons ou du phrénique dans les troubles dyspnéiques qu'on observe dans l'épanchement du péricarde. La compression des veines pulmonaires, des oreillettes et des bronches molles, le refoulement et le collapsus pulmonaire, l'inhibition du diaphragme, les lésions inflammatoires si variables, toutes ces causes diverses interviennent plus ou moins pour créer la dyspnée.

Dyspnée légère, dyspnée intense, orthopnée, « attitudes » caractéristiques, telle est la gamme que l'on peut parcourir d'une limite à l'autre des troubles dyspnéiques.

1° Dyspnée et orthopnée.

La dyspnée est un symptôme fonctionnel fort variable ; certaines péricardites évoluent sans déterminer de l'oppression ni aucun phénomène fonctionnel, véritables péricardites latentes.

Chez d'autres, la gêne respiratoire est déjà appréciable et le nombre des inspirations augmente. Elle peut devenir marquée, continue ; enfin, dans certains cas, l'oppression devient telle que le patient ne peut rester étendu sur le dos.

Certains malades ne sont soulagés que par la station assise ou bien penchent le corps en avant. La respiration est rapide, superficielle. Gendrin avait déjà insisté sur cette dyspnée extrême qui met les malades dans l'impossibilité de dormir autrement « qu'assis sur leur lit ou penchés en avant ».

D'ailleurs, l'orthopnée peut manquer, et des malades, bien que très asphyxiques, peuvent ne pas être soulagés dans la position assise.

2° Signe des « attitudes ».

Pour diminuer leur angoisse respiratoire, certains patients adoptent d'instinct l'attitude qui réduira au minimum les troubles que cause la compression.

Hirtz a eu le mérite d'attirer l'attention sur les postures singulières prises par des malades atteints d'épanchement du péricarde et de démontrer la réelle valeur du signe qu'il a mis en lumière.

Nous en avons décrit une variante que nous avons dénommée le signe de « l'oreiller », véritable attitude intermédiaire entre les attitudes d'orthopnée et la position génu-pectorale.

Signe de « l'oreiller ». — Un enfant, qui pendant plusieurs nuits, est haletant, se dresse sur son lit, puis se courbe en avant pour s'endormir les bras repliés sur l'oreiller qu'il a placé lui-même sur ses genoux, telle est l'histoire de l'attitude prise par un petit malade dont nous avons longuement relaté l'observation dans notre thèse.

Il libérait ainsi, en partie son médiastin du poids de l'épanchement péricardique et il garda cette attitude (fig. 13) si caractéristique, jusqu'à la première ponction.

Sir John Broadbent a observé une petite fille de sept ans, atteinte de péricardite rhumatismale évo-

lant vers la symphyse, chez laquelle la dyspnée était devenue telle « que la seule position que l'enfant pouvait supporter était de s'appuyer les bras sur une tablette étendue à travers le berceau, la tête reposant sur les bras ».

Un malade de P. Lereboullet, constamment dyspnéique, prenait une attitude intermédiaire entre



Fig. 13. — Signe de « l'oreiller ».

l'attitude d'orthopnée et la position génu-pectorale, se courbant en avant pour appuyer sa tête et ses bras sur ses genoux.

Signe de « la prière mahométane » ou de la position génu-pectorale. — Hirtz a eu la double occasion d'observer cette attitude au cours de péricardites. La seconde fois, elle fut « le fil directeur qui devait donner la clef de l'énigme » (fig. 14).

On trouve peu d'observations dans lesquelles il en soit fait mention.

Dans un ouvrage sur les maladies du cœur, publié

par Zehetmayer en 1845, on lit, à propos des épanchements péricardiques :

La respiration devient de plus en plus rapide dans le décubitus horizontal, mais elle est singulièrement facilitée dans une situation plus droite et inclinée en avant ; j'ai même observé un enfant de huit ans qui avait un gros épanchement péricardique post-scarlatineux, et qui ne pouvait respirer qu'en s'appuyant sur les pieds et sur les mains.

Merklen signale la position genu-pectorale dans l'une de ses cliniques. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, entré à l'hôpital en proie à une dyspnée intense ; il restait assis dans son lit, le corps penché en avant. Les urines étant fortement albumineuses, on s'arrêta au diagnostic provisoire d'urémie dyspnéique avec œdème pulmonaire et pleurésie de la base gauche chez un malade atteint de néphrite avec hypertrophie ventriculaire gauche.

Malgré le traitement, la situation du malade ne fit que s'aggraver, et la dyspnée s'accrut au point *« que le malade passait tout son temps accroupi dans la position genu-pectorale, c'est-à-dire à genoux, le tronc renversé en avant et soutenu par les coudes. Cette position singulière nous fit immédiatement penser à une péricardite »*.

Cette attitude avait été remarquée par le Professeur Marfan. Dans une leçon clinique faite en 1893 à l'hôpital des Enfants-Malades, il signale chez une petite rhumatisante une dyspnée péricardique telle que l'enfant, durant une demi-semaine, « passa presque toute la nuit à quatre pattes ».

La première observation de Hirtz date de 1898 : il s'agissait d'un nègre vigoureux, âgé de vingt ans, reçu à l'hôpital pour une forte dyspnée qui l'empêchait de dormir la nuit.

A l'examen, on trouve une bronchite généralisée avec emphysème ; le foie est énorme, la matité pré-

cordiale est accrue. On perçoit facilement les bruits du cœur et l'on ne trouve pas de frottement ; pouls paradoxal.

Par élimination, nous arrivons à la conclusion : asystolie d'origine péricardique. Mais, comme il n'y avait pas de bruit de frottement, que les bruits du cœur se percevaient avec une netteté parfaite, je pensai à une asystolie par symphyse cardiaque établie insidieusement.

Le malade devient de plus en plus déprimé et fort dyspnéique. Il ne trouve pas une bonne place dans son lit et *ne se sent soulagé que dans la position génu-pectorale qu'il ne quitte pour ainsi dire plus.*

L'autopsie montra que le péricarde contenait près de 3 litres de liquide!

Hirtz rencontra son deuxième malade douze ans après.

Il avait été appelé d'urgence auprès d'un jeune homme de dix-sept ans qui, à la suite d'une atteinte de rhumatisme articulaire, sans complication apparente, avait été pris d'une dyspnée intense, accompagnée d'une extrême anxiété et d'une vive agitation. Cette dyspnée ne permettait plus la position couchée ; l'attitude assise et penchée pouvait être conservée à peine quelques instants, et le malade ne se trouvait soulagé que dans la *position génu-pectorale* qu'il prenait instinctivement de lui-même.

Aussi, est-ce dans cette singulière position que se présente à moi le malade à mon arrivée, c'est-à-dire à genoux sur son lit, le corps penché en avant et soutenu par les coudes. *A la seule vue de cet individu angoissé, cyanosé, si fortement dyspnéique et accroupi en position génu-pectorale, avant tout interrogatoire et avant tout examen clinique, je posai très fermement le diagnostic de péricardite à gros épanchement.*

Une intervention d'urgence s'imposait, car la vie était menacée. Une injection de morphine amène

l'accalmie : la ponction du péricarde permet de retirer 500 grammes de liquide séro-fibrineux. Le malade guérit.

Ainsi, Hirtz avait pu poser d'emblée le diagnostic exact, grâce au singulier malade de 1898. La position génu-pectorale avait été tellement « parlante » que sa seule constatation avait suffi à porter un diagnostic.

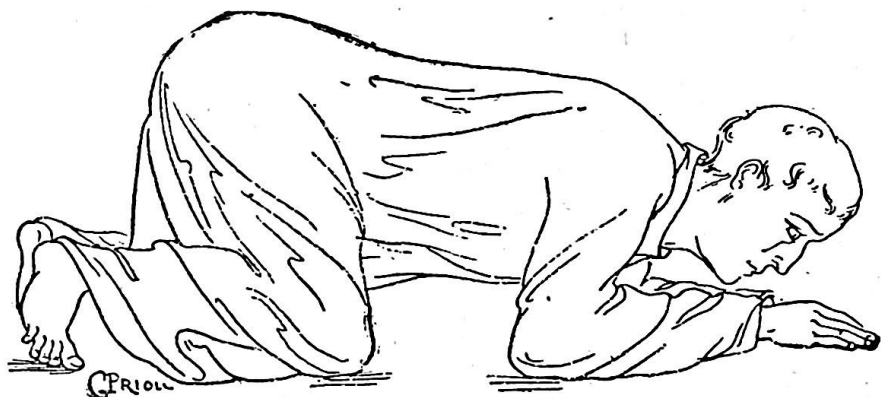


Fig. 14. — Attitude de « la prière mahométane ». (Position génu-pectorale).

Dans certains cas même, l'existence antécédente du signe de Hirtz permettra de porter, d'après nous, un diagnostic rétrospectif. Voici le résumé d'une observation de Cochez et Fenouillet, qui semble appuyer ce que nous avançons :

Un cultivateur, âgé de 68 ans, entre à l'hôpital le 19 mai 1913. Il présente, en même temps que des crises de dyspnée des plus violentes, une fistule intarissable de la région chondro-sternale gauche.

Un jour, le malade prend froid et s'alite. Il n'avait pas de fièvre, mais se plaignait « d'une dyspnée asthmatiforme intense, que rien ne calmait, si ce n'est (et ceci, remarquons-le bien, est un aveu spontané du malade, ne résultant nulle-

ment d'une suggestion due à l'interrogatoire), si ce n'est la position à quatre pattes, ou le *décubitus ventral* ».

Le pouls rapide, arythmique, le foie douloureux et gros, l'œdème des jambes font porter le diagnostic d'abcès froid costal chez un asystolique.

On décide d'opérer le malade de sa fistule.

En débridant, nous tombons, après avoir donné issue à 700 ou 800 grammes de pus, dans la cavité péricardique; on voit battre le cœur.

Les deux feuilletts du péricarde sont épaissis, rugueux. On place un drain et les tissus sont rabattus sur la plaie et suturés au crin. Depuis, l'écoulement du pus est abondant mais l'état général du malade est satisfaisant.

Cochez et Fenouillet paraissent surpris de la marche de cette péricardite, « évoluant sans aucun des phénomènes cardinaux qui la signalent ordinairement ». S'ils avaient connu la valeur du signe de Hirtz, ils n'auraient pas manqué d'être frappés de cette dyspnée récidivante qui obligea le malade à prendre un jour la *position génu-pectorale*.

Un cas observé par Hirtz et Beaufumé prouve d'une façon absolument péremptoire que l'épanchement seul et non l'inflammation péricardique joue bien, en effet, le rôle important dans l'attitude de la position génu-pectorale nécessitée par une dyspnée énorme : c'est celui d'un asystolique porteur d'un gros hydro-péricarde, c'est-à-dire d'un épanchement purement mécanique (ce cas est, de plus, curieux par sa rareté, la position génu-pectorale n'ayant pas encore été signalée au cours de l'asystolie).

Après purgation drastique, application de 30 ventouses scarifiées, institution de la diète hydrique et du traitement digitalique, l'amélioration est frappante : l'hydro-péricarde se résorbe, et la dyspnée diminue; le malade quitte la position génu-pectorale dans laquelle il restait à peu près constamment jour et nuit depuis plus d'un mois. Deux mois après, il faisait des promenades sans éprouver d'oppression.

Valeur du signe de « la prière mahométane ».

— *La position génu-pectorale est-elle particulière à la péricardite ?* Se référant aux observations de malades qui prennent une position génu-pectorale, bien que ne présentant pas de péricardite, Cheinisse a voulu prouver que l'attitude de « la prière mahométane » n'était pas nécessairement liée à l'épanchement du péricarde. La position génu-pectorale pourrait être commune à certaines affections abdominales et thoraciques *douloureuses*. Elle a été signalée au cours de diverses affections : occlusion intestinale, ulcère duodénal, etc.

Or, comme l'a montré Frenkel dans une thèse bien étudiée et inspirée par Hirtz, entre les faits cités par Cheinisse et toutes les observations que nous avons mentionnées, *existe une différence importante, capitale.*

La position génu-pectorale, au cours de la péricardite, est prise par des malades qui *asphyxient*.

Dans les autres affections, la position génu-pectorale est prise par des malades qui *souffrent*.

Nous ne connaissons pas encore d'observation *en dehors de la péricardite*, où la dyspnée ait pu faire prendre au patient la position génu-pectorale.

Cette dernière attitude est vraiment caractéristique, et avec Hirtz nous concluons *que la position génu-pectorale nécessitée par une dyspnée intense est un signe pathognomonique des péricardites à gros épanchement.*

Pathogénie. — I. Comme l'a montré Essex Winter, l'inhibition abdomino-phrénique est un facteur important de la dyspnée péricardique, car la paralysie du diaphragme favorise la dilatation de l'estomac et de l'intestin, d'où, collapsus des lobes inférieurs du poumon. En prenant la position d'orthopnée, le malade utilise, instinctivement, le poids des viscères abdominaux rattachés au diaphragme, pour

déprimer le centre phrénique et élargir l'aire thoracique.

II. En prenant la position génu-pectorale, le malade s'efforce « de calmer l'oppression formidable qui l'étouffe », *par décompression*. Dans l'attitude de Hirtz, le liquide repose sur la paroi thoracique, les poumons ne sont plus refoulés dans l'angle vertébro-costal et la dyspnée s'atténue en partie.

CHAPITRE II

L'ASYSTOLIE PÉRICARDIQUE

Signe des Jugulaires (Cyril Ogle).

Pouls paradoxal de Küssmaul.

La pression intra-péricardique, dans le cas d'épanchement abondant, est parfois considérable. Il n'en existe pas d'observation manométrique, mais à l'incision, on a pu voir un jet de pus se projeter à plusieurs dizaines de centimètres.

Haven Emerson (communication personnelle à Bovaird) a montré que l'injection de liquide dans le péricarde du chien affaiblissait le cœur qui devenait irrégulier et abaissait la tension artérielle, moins par l'effet de la pression du liquide sur le muscle cardiaque que par l'obstacle au retour du sang au cœur (compression des deux veines caves). Le sang pénétre donc difficilement dans les oreillettes, les ventricules se remplissent incomplètement et le myocarde s'épuise dans un vain effort pour maintenir la pression artérielle défaillante. Ces observations complètent les recherches expérimentales antérieures de François-Franck et Lagrolet.

La compression du cœur lui-même peut se traduire par de la lipothymie ou par une véritable syncope.