

mènes de stagnation sont beaucoup moins l'effet de la péricardite elle-même que de l'*atrophie* et de la *dilatation* du cœur qu'elle entraîne souvent après elle.

Quelques formes spéciales de péricardite.

1. **Péricardite externe et péricardite médiastine** (*Pleuro-péricardite*). On entend par péricardite externe l'inflammation de la surface externe du péricarde, laquelle s'allie habituellement à l'inflammation du tissu cellulaire du médiastin et de la plèvre avoisinante, surtout de celle qui revêt la languette du poumon gauche. Cette forme de péricardite peut subsister pour son propre compte ou être combinée avec la péricardite interne. C'est une maladie rare. On l'observe le plus souvent comme consécutive à la pleurésie tuberculeuse.

Les symptômes physiques de cette maladie doivent différer tellement d'après le siège et l'étendue du processus, qu'il n'y a pas moyen de donner à cet égard des règles absolues. Il n'y a que quelques signes particuliers qui peuvent être considérés comme caractérisant un grand nombre de cas. Au voisinage de la pointe ou à la limite gauche de la matité cardiaque, on perçoit souvent un *frottement* dit *extra-péricardique* (*pleuro-péricardique*). Ce frottement est autant en rapport avec les mouvements du cœur qu'avec ceux du poumon. Ainsi, quand le malade retient son haleine on n'entend que le bruit dépendant de l'impulsion cardiaque, tandis qu'une profonde inspiration donne surtout naissance au frottement pleurétique. Les modifications sont tellement multiples pour les divers cas qu'on ne peut les énumérer toutes. Un autre symptôme intéressant que GRIESINGER et KUSSMAUL ont signalé les premiers comme relevant de la péricardite médiastine avec plaques calleuses, c'est le *pouls* dit *paradoxal*. Il consiste en ce que, à chaque mouvement d'inspiration, le pouls devient plus petit. Ce phénomène est dû, au moins dans une partie des cas, à ce que les brides fibreuses et les adhérences qui enveloppent l'origine de l'aorte, l'incurvent mécaniquement et en rétrécissent la lumière chaque fois que le thorax s'amplifie dans l'inspiration. Cette explication n'est pourtant pas généralement applicable, puisque le pouls paradoxal se rencontre aussi dans d'autres circonstances (par ex. en présence d'un grand exsudat péricardique). Chez quelques malades, on observe à chaque inspiration, concurremment avec le pouls paradoxal, une forte *turgescence de la veine jugulaire*, provenant de ce que les gros troncs veineux subissent également à chaque mouvement inspiratoire, une incurvation mécanique et un resserrement. Nous avons vu nous-même dans un cas compliqué d'adhérences extrapéricardiques, un

ralentissement très marqué du pouls se déclarer à chaque inspiration (irritation du nerf vague?). Disons enfin que RIEGEL a noté, en cas de bandes fibreuses rattachant le poumon à la surface externe du cœur, la *disparition du battement de la pointe cardiaque coïncidant avec le mouvement d'expiration*. A chaque expiration, ces brides se tendaient davantage et empêchaient par conséquent le jeu du cœur.

2. **Oblitération du péricarde** (*Péricardite adhésive. Adhèrece des feuillets du péricarde, symphyse cardiaque, calcification et synéchie du péricarde*). A la suite de la péricardite une adhérence plus ou moins complète peut s'établir entre les deux feuillets du péricarde. Parfois on peut parfaitement observer au cours d'une péricardite que la symphyse cardiaque est en train de se développer. Par contre on constate quelquefois du vivant du malade ou à l'autopsie, la présence d'adhérences étendues entre les deux feuillets du péricarde, sans qu'il y ait eu apparence de péricardite aiguë. En ce cas la péricardite doit avoir évolué d'emblée d'une façon chronique et en l'absence de symptômes.

Une symphyse cardiaque presque totale peut ne se traduire par aucun symptôme et ne se révéler qu'accidentellement à l'autopsie. Dans d'autres cas, au contraire, l'oblitération du sac péricardique s'exprime par des symptômes physiques particuliers et de graves conséquences cliniques. Parmi les premiers, le plus important c'est la *dépression systolique de l'espace intercostal correspondant à la pointe, ou de plusieurs espaces intercostaux avoisinants*. Cette dépression se comprend facilement quand les adhérences qui unissent le cœur au péricarde rattachent celui-ci à la paroi thoracique (SKODA). Cependant la dépression systolique existe positivement en l'absence de ces adhérences extrapéricardiques. Quand elle n'existe qu'à la pointe, la dépression systolique n'est pas une preuve absolument certaine d'adhérence intrapéricardique, attendu qu'elle appartient également à d'autres troubles de la révolution cardiaque. Mais si elle porte sur toute la région précordiale, elle est le plus souvent un signe évident d'adhérence péricardique. Parfois l'intensité de ces dépressions varie d'après les phases de la respiration. Elles sont d'ordinaire plus accusées pendant l'inspiration.

Les autres symptômes de l'oblitération du péricarde sont plus rares et d'une interprétation diagnostique moins sûre encore. FRIEDREICH a noté que les veines du cou s'affaissaient tout à coup à chaque diastole cardiaque (*collapsus veineux diastolique*), et se gonflaient de nouveau à la systole subséquente. Il explique ce phénomène en admettant que le dégorgement veineux est plus facile au moment de la diastole ventriculaire, grâce au relâchement subit de la paroi thoracique rétractée par la systole précédente.

RIESS a décrit quelques cas d'adhérences péricardiques où les tons du cœur avaient un éclat métallique, à raison de la consonnance de l'estomac attiré dans la sphère cardiaque. Quoi qu'il en soit, convenons qu'en mainte circonstance le diagnostic d'une adhérence péricardique peut s'affirmer, mais que les signes sur lesquels on se base pour le faire n'ont jamais qu'une valeur plus ou moins douteuse, puisqu'ils font parfois défaut quand l'oblitération péricardique existe et qu'en l'absence de celle-ci ils peuvent être le produit d'autres conditions morbides.

Quand l'adhérence péricardique donne naissance à des troubles graves de la circulation, ceux-ci ne sont d'ordinaire pas la conséquence directe de l'adhérence, mais un effet des altérations secondaires qui ont atteint le muscle cardiaque. C'est seulement quand il existe de fortes adhérences extrapéricardiques que la systole cardiaque peut mécaniquement être assez gênée pour qu'il doive en résulter une réplétion moindre des artères et une stase dans les veines. Cependant c'est le plus souvent l'atrophie secondaire qui se déclare concurremment avec l'adipose et la dilatation du muscle cardiaque, laquelle provoque les troubles graves de la circulation. Ces cas d'ailleurs reproduisent exactement l'image d'une affection valvulaire. La dyspnée, l'anasarque, les symptômes de stase dans le foie, les reins, etc. en sont les principales manifestations. Le diagnostic est parfois très malaisé. Il est surtout difficile, en l'absence de tout souffle cardiaque, d'éviter la confusion avec la myocardite chronique. Mais si le muscle cardiaque demeure indemne, les adhérences péricardiques les plus étendues peuvent subsister pendant des années, sans occasionner les plus légers troubles.

3. **Péricardite tuberculeuse.** La péricardite tuberculeuse est une maladie qui a une certaine importance clinique, puisqu'en beaucoup de circonstances on la rencontre à titre d'affection autonome en apparence, revêtant tantôt des allures inflammatoires et tantôt la forme chronique. Parfois elle débute assez brusquement, d'autres fois d'une façon plutôt insidieuse par des douleurs thoraciques indécises, de la dyspnée, une faiblesse générale, une fièvre modérée, etc. Quand la maladie se prolonge, elle s'accompagne d'œdèmes plus ou moins prononcés. L'examen objectif fait-il découvrir les signes de la péricardite, on pourra en présumer la nature tuberculeuse, quand un « habitus phthisique » général, une tare héréditaire, et surtout la coïncidence d'affections d'autres membranes séreuses, particulièrement de la pleurésie (plus rarement de la péritonite chronique) font pencher le diagnostic de ce côté. Dans ces conditions, la péricardite tuberculeuse constitue une partie intégrante de ce qu'on appelle la *tuberculose des membranes séreuses*. Cependant, comme nous l'avons dit, il y a aussi des

péricardites tuberculeuses qui, d'après les apparences, sont *primitives et complètement isolées* (v. plus haut). Nous avons vu plusieurs cas semblables, principalement chez des vieillards. La maladie n'est pas facile à diagnostiquer en cette occurrence. Ces malades semblent être atteints d'une affection du cœur. Toutefois les symptômes physiques que présente cet organe, sont parfois d'une nature assez vague. Les bruits de frottement peuvent faire complètement défaut par suite des adhérences, ou à raison de la masse de matière exsudée. C'est ainsi que la maladie a été confondue avec la myocardite, le rétrécissement mitral, etc. Mais dans d'autres cas, tous les signes physiques de la péricardite, mentionnés plus haut, sont manifestes et permettent de poser le diagnostic.

Diagnostic. Des seules considérations qui précèdent il résulte que le diagnostic de la péricardite est très facile dans beaucoup de cas, et dans d'autres très difficile, si pas impossible. Le signe le plus péremptoire, c'est le *frottement* caractéristique. Une oreille exercée en distingue immédiatement la nuance d'avec celle du souffle endocardique. Le bruit péricardique résonne comme une râpe, un raclement, tout près de l'oreille; le bruit endocardique est soufflant, plus éloigné de l'oreille. Dans les cas douteux, les caractères suivants peuvent servir d'éléments de distinction: 1. Les bruits péricardiques se perçoivent, dès le début comme par la suite, à la base du cœur, dans la région de l'artère pulmonaire; les bruits endocardiques ont leur maximum d'intensité à la pointe du cœur. 2. Les bruits péricardiques ne sont pas aussi étroitement que les bruits endocardiques liés aux deux phases de la révolution cardiaque, à la systole et à la diastole. 3. Les bruits péricardiques, comme l'expérience l'enseigne, ne se propagent pas au loin. En un point déterminé, on peut entendre un frottement rude qu'on n'entend déjà plus à quelques centimètres au delà. Les bruits endocardiques intenses sont au contraire perceptibles à peu près dans toute l'étendue du cœur. 4. Parfois on pourra utiliser, pour le diagnostic, la propriété des bruits péricardiques d'être plus sensibles à l'oreille quand les malades se dressent ou qu'on appuie plus fortement le stéthoscope, etc. — Souvent aussi des souffles anémiques accidentels un peu intenses, perçus à la base, peuvent en imposer pour la péricardite.

Au cas où les bruits péricardiques manquent, le diagnostic pourra se déduire de la configuration de la matité cardiaque (forme triangulaire), ainsi que des données fournies par le choc de la pointe, par le pouls et les tons du cœur. Nous avons déjà fait remarquer combien il est facile de confondre la péricardite avec la dégénérescence du myocarde et avec le rétrécissement mitral non accompagné de souffle. Il n'y a pas moyen

d'établir de règles généralement applicables pour différencier ces deux états. Plus l'examen sera attentif et plus on aura d'expérience personnelle, plus aussi on évitera des erreurs de diagnostic.

Nous avons analysé plus haut, en insistant sur leur valeur, les signes distinctifs des diverses formes de péricardite.

Marche et pronostic. Beaucoup de péricardites qui viennent compliquer le rhumatisme articulaire ou qui se déclarent consécutivement à la pneumonie et aux maladies du cœur, puis un grand nombre des rares cas de péricardite qui semblent être primordiales, sont susceptibles d'une guérison complète. La durée de la maladie dans les cas les plus légers ne comporte qu'une semaine environ ; elle est beaucoup plus longue dans les cas graves.

Cependant la péricardite se termine fréquemment par la mort. La terminaison funeste dépend de la gravité de l'affection primitive ou de l'intensité et de la nature de la péricardite elle-même. Au cours d'une pneumonie croupale étendue, de lésions valvulaires, de la néphrite chronique grave, la péricardite intercurrente constitue souvent un phénomène ultime, précurseur immédiat de la mort. Néanmoins chez des personnes saines d'ailleurs, une péricardite grave à vaste exsudat peut par elle-même amener la fin en entravant le jeu du cœur. Le pronostic est absolument défavorable dans toute péricardite tuberculeuse. Cette dernière peut, il est vrai, traîner assez longtemps, mais elle n'aboutit presque jamais à une guérison définitive. Le pronostic n'est pas plus favorable dans la péricardite pyémique.

Dans une série de cas la péricardite suit de prime abord une marche chronique, à moins que l'état chronique ne soit qu'une conséquence de l'état aigu. Le pronostic n'en est pas moins funeste le plus souvent, parce que l'atrophie secondaire et la dilatation du cœur qui surviennent, entraînent à la longue des désordres irrémédiables de la circulation. Nous avons parlé plus haut de l'oblitération du péricarde comme terminaison de la péricardite.

Traitement. La péricardite quelle qu'elle soit étant toujours une affection grave, il importe avant tout que le malade observe un repos complet et qu'il évite toutes les fatigues. Si les malaises subjectifs du début sont légers, c'est alors surtout qu'il faut instamment engager les malades à être prudents. On les condamnera rigoureusement au lit et on ne leur permettra pas même de le quitter momentanément.

Les moyens usités contre la péricardite ont pour objectif, d'une part, de maintenir l'inflammation dans les bornes, et de l'autre, de venir en aide à l'action du cœur. Quant au premier point, l'application permanente de la glace sur la région du cœur mérite surtout d'être recommandée, des émissions sanguines locales (huit à douze sangsues à la région du cœur) beaucoup

plus en usage jadis que de nos jours, peuvent procurer un grand soulagement chez des personnes fortes d'ailleurs et saines, atteintes de malaises subjectifs considérables. Les badigeonnages à la teinture d'iode et les vésicatoires méritent par contre peu de confiance. La digitale sert principalement à abaisser la fréquence du pouls et à renforcer l'action cardiaque. C'est le remède le plus employé et le plus efficace contre la péricardite, et qui est toujours indiqué quand le pouls va vite et que sa tension est diminuée. Comme toujours, en prescrivant la digitale, il faut surveiller assidûment l'action du médicament. Indépendamment de la digitale on emploie aussi avec avantage la teinture de strophanthus. Sous le rapport symptomatique, la morphine rend parfois des services dont on ne peut se passer en présence de désordres subjectifs graves et quand le malade est en proie à une grande agitation.

Les symptômes devenant dangereux, on se demandera si la cause n'en réside pas dans l'abondance du liquide péricardique. En ce cas, l'évacuation de l'épanchement s'impose nécessairement comme indication vitale. Mais cette indication n'est pas toujours facile à saisir dans la pratique, parce que en telle circonstance donnée il est très malaisé, parfois même impossible, d'évaluer le volume de l'exsudat. Avant tout, il faut considérer l'étendue de la matité cardiaque et l'affaiblissement des mouvements du cœur. Or, ces deux signes peuvent aisément prêter à des erreurs. C'est pourquoi il est toujours bon de faire au préalable une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. En général, l'extrémité sternale du quatrième ou du cinquième espace intercostal est envisagée comme le meilleur endroit pour pratiquer la ponction, le malade étant dans le décubitus dorsal. Si la ponction exploratrice donne un résultat positif, on fera l'opération avec un trocart de BILLROTH, de FRÄNTZEL ou un autre semblable. Pour ce qui concerne le manuel opératoire, nous renvoyons à la description de la thoracentèse. La ponction du péricarde se fait toujours en la combinant avec l'aspiration. Elle est moins dangereuse qu'on serait tenté de le croire. Des piqûres du cœur n'ont presque jamais eu de suites sérieuses, s'il faut en croire les expériences faites jusqu'à ce jour. Si la ponction réussit, le soulagement palliatif qu'en ressent le malade est d'ordinaire frappant. Mais les résultats durables de la ponction du péricarde sont beaucoup moins avantageux que ceux qui suivent la ponction de la plèvre, ce qui dépend surtout de la nature de la maladie fondamentale. Dans quelques cas de péricardite purulente, on a aussi déjà tenté le drainage du péricarde à l'instar de ce qui se pratique dans l'opération de l'empyème. Mais sous ce rapport l'expérience acquise ne s'appuie pas encore sur un nombre suffisant de faits.

Quand la *faiblesse du cœur* entre en scène, les excitants sont indiqués : du vin généreux, des injections sous-cutanées d'éther ou de camphre, de la teinture de musc, etc. On cherchera autant que possible à maintenir les forces du malade par une bonne alimentation.

Les conséquences qu'entraînent les troubles circulatoires en cas de péricardite chronique (œdème, etc.) seront traitées de la même manière que celles qui succèdent aux affections valvulaires. La digitale à petite dose et les diurétiques constituent les principaux remèdes.

CHAPITRE DEUXIÈME.

HYDROPÉRICARDE, HÉMOPÉRICARDE ET PNEUMOPÉRICARDE.

1. **Hydropéricarde** (*Hydropisie du péricarde*). On désigne sous le nom d'*hydropéricarde* (hydropisie du péricarde) l'accumulation d'un transsudat séreux dans la cavité du péricarde, la séreuse restant indemne de tout caractère inflammatoire. L'hydropisie du cœur qui a joué un assez grand rôle dans l'ancienne pathologie, n'est jamais une maladie autonome, mais toujours un état consécutif. Elle peut se déclarer comme conséquence de l'hydrémie chez des personnes anémiques et cachectiques. Le plus souvent cependant elle dépend d'une stase veineuse dans le péricarde, d'ordre local ou général. Dans ce dernier cas, l'hydropéricarde fait partie de l'hydropisie générale et par suite se rencontre de préférence dans les maladies du cœur, les affections rénales, l'emphysème pulmonaire, etc.

Les *symptômes cliniques* de l'hydropéricarde ne prédominent qu'exceptionnellement dans le tableau morbide créé par la maladie fondamentale. De grandes masses de liquide dans la cavité du péricarde (il peut s'en collecter jusqu'à un litre et davantage) doivent inévitablement entraver l'action du cœur, affaiblir objectivement l'impulsion cardiaque et donner lieu à un agrandissement de la matité. La distinction d'avec la péricardite se base sur l'absence de frottement, mais surtout sur la nature de la maladie primordiale. Cependant, le diagnostic différentiel entre le transsudat et l'exsudat péricardique n'est pas toujours facile pendant la vie.

Le *pronostic* et le *traitement* se fondent entièrement sur la nature de la maladie première. C'est par exception seulement que l'épanchement, par son extrême abondance, nécessite l'évacuation par la ponction.

2. **Hémopéricarde** (*Épanchement de sang dans le péricarde*). Il est rare que du sang s'amasse dans le péricarde. La source hémorragique

proportionnellement la plus fréquente, c'est la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans le sac péricardique. Les anévrysmes de l'artère coronaire et le brisement du cœur constituent d'autres causes d'épanchements sanguins. Ce dernier cas a été observé après des causes traumatiques, puis comme conséquence d'anévrysmes du cœur résultant de callosités myocarditiques (v. myocardite). Enfin des plaies directes du cœur (surtout par armes à feu) peuvent aussi donner lieu à des collections sanguines dans le péricarde.

Le plus souvent l'hémopéricarde occasionne la mort en peu d'instants par compression du cœur. Dès lors la quantité de sang épanché dans la cavité du péricarde n'est d'habitude pas très considérable. Dans le cas seulement où le sang suinte avec lenteur, la cavité du péricarde peut graduellement acquérir un grand développement. — Le *diagnostic* n'est que rarement possible. Quant au *traitement*, qu'il nous suffise de remarquer que parfois (en cas de traumatisme) on parvient à retirer le sang par aspiration.

3. **Pneumopéricarde** (*Épanchement d'air dans le péricarde*). En dehors des plaies extérieures, on a observé dans des cas insolites, la présence d'air ou de gaz dans la cavité du péricarde, à la suite de la perforation d'un pyopneumothorax ou de quelque autre foyer purulent des organes renfermant de l'air. C'est ainsi qu'on a vu la cavité péricardique être percée du côté de l'œsophage (carcinome), du côté de l'estomac (carcinome, ulcère) ou du poumon (cavernes tuberculeuses et gangréneuses). Comme l'air en passant dans le péricarde entraîne avec lui des agents inflammatoires, outre le pneumopéricarde il se développe presque toujours une péricardite purulente, rarement une péricardite sérofibrineuse commune.

Le symptôme le plus caractéristique et le plus frappant du pneumopéricarde ce sont des *bruits métalliques en rapport avec les mouvements cardiaques*. Tantôt les tons propres du cœur ou les bruits de frottement préexistants prennent, par consonnance, un timbre métallique, tantôt l'air et le liquide qui s'entrechoquent produisent dans la cavité du péricarde un cliquetis métallique susceptible d'être entendu à distance. D'ailleurs il importe de savoir, au point de vue diagnostique, que des retentissements métalliques semblables peuvent également être perçus à la région du cœur quand l'estomac est fortement dilaté et refoulé vers le haut.

La *percussion*, en cas de pneumopéricarde pur, fait constater la disparition plus ou moins complète de la matité cardiaque. En *percutant avec le marteau plessimétrique* on produit quelquefois un son métallique dont le timbre varie légèrement avec les diverses phases de la révolution cardiaque. Si, outre l'air, il y a du liquide dans la cavité du péricarde, la matité due à l'épanchement montera de niveau quand le malade se tient debout.