

mentérie véritable; d'ailleurs cette forme semble mal établie, et pour quelques faits, tout au moins, il s'agissait simplement d'une péricardite dans le cours d'une fièvre typhoïde.

c. Il faut signaler encore une forme de la plus haute gravité qui peut se rencontrer dans des cas même où l'épanchement est peu abondant : c'est la *forme paralytique* (Jaccoud) dans laquelle on note, et cela dès la première semaine, des *signes de défaillance du cœur* : les battements deviennent faibles, irréguliers, le premier bruit du cœur est sourd, effacé, le pouls est inégal, à peine perceptible. La marche de cette forme grave est très rapide, et la mort survient généralement à la suite de phénomènes syncopaux. Ces *accidents* sont *imputables à une myocardite* sous-jacente à la séreuse malade, ou contemporaine de la péricardite et née sous la même influence.

A côté de ces formes franchement aiguës, il y a lieu maintenant de signaler les *péricardites latentes* si bien étudiées par E. Leudet¹ et revues plus tard par Letulle². D'après le premier de ces auteurs, le *caractère latent* se retrouve dans un grand nombre de *péricardites secondaires*. Elles sont souvent sèches, ne donnent lieu le plus souvent à aucune douleur ni à aucune gêne respiratoire appréciable; la fièvre est nulle ou à peine accusée; enfin, beaucoup d'entre elles ne sont trouvées qu'à l'autopsie.

Chez les *enfants* et les *vieillards*, la péricardite revêt souvent ce caractère latent, ou ne se manifeste que par des signes peu caractéristiques qui se perdent dans la symptomatologie de la maladie causale, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, etc. Chez l'enfant, la péricardite secondaire passe très souvent inaperçue; elle serait une trouvaille d'autopsie dans la proportion de 1 sur 2 (Weill); chez les tout jeunes enfants, elle affecte le plus souvent la *forme purulente*.

Marche et Terminaisons. — Lorsque la péricardite est sèche et peu étendue, elle peut se terminer rapidement en quelques jours.

Lorsqu'il s'agit d'une péricardite avec épanchement et que la maladie marche vers la *guérison*, on note une amélioration progressive dans les troubles fonctionnels, la fièvre tombe et peu à peu réapparaissent des frottements de retour parfois de haut en bas, en même temps que les bruits du cœur reprennent insensiblement leur netteté. Dans les cas moyens, la disparition du liquide ne s'obtient pas avant 15 à 25 jours, et quelquefois même beaucoup plus tard. Quoi qu'il en soit, la *guérison* peut être *complète* ou *incomplète*, et dans ce dernier cas, elle est due à des altérations persistantes du myocarde, ou encore à des

1. E. Leudet, *Arch. gén. de Médecine*, 1862.

2. Letulle, *Gaz. Médicale de Paris*, 1879.

adhérences plus ou moins nombreuses entre les deux feuillets de la séreuse.

Dans les cas graves, la *mort* peut survenir très rapidement : 24, 36 heures après le début, c'est ce qu'on observe surtout dans la *forme dite scorbutique* de Kyber; dans d'autres cas, la mort survient par *syncope*, par *asphyxie*, par *altération profonde du myocarde*, ou encore à la suite de complications diverses.

Enfin la maladie peut s'acheminer lentement vers l'*état chronique*, et dans ce dernier cas sa durée est pour ainsi dire indéfinie.

Complications. — La péricardite peut se compliquer d'un assez grand nombre d'affections qui peuvent modifier sensiblement le pronostic. Les plus importantes sont celles qui portent sur le cœur lui-même, ce sont l'*endocardite*, la *myocardite* et l'*aortite*, puis la *pleurésie*, la *pneumonie*, et aussi le *rhumatisme articulaire* qui peut apparaître quelquefois après que la péricardite était déjà très manifeste.

a. De toutes ces complications, l'*endocardite* est la plus fréquente de toutes : sur 161 faits de cardiopathie rhumatismale réunis par Sibson, il y avait 54 cas d'endopéricardite, soit 34 pour 100 des faits observés. Chez les enfants nous avons vu que l'association de l'endopéricardite est des plus fréquentes, et même serait la règle, suivant certains auteurs. Le plus fréquemment il est vrai, le travail morbide semble débiter par l'endocarde pour se propager ensuite au péricarde; souvent aussi ce dernier est pris d'emblée avec l'endocarde sous l'influence de la même cause : rhumatisme, maladies infectieuses. Lorsque l'endocardite est à son début, le diagnostic en est pour ainsi dire impossible, car le signe qui la révèle consiste dans une *atténuation très marquée des bruits normaux du cœur* qui présentent un timbre amorti, étouffé, pour ainsi dire; or ce signe peut être *rattaché également à un épanchement péricardique*; ce n'est en somme que lorsque l'endocardite, parvenue à un stade d'évolution plus avancé, se manifeste par un *bruit de souffle* organique localisé à un des quatre orifices du cœur, que la péricardite peut être regardée comme sûrement compliquée d'endocardite ou associée avec elle. Le pronostic de cette association est en général sévère, car si la péricardite peut se résorber et se guérir complètement, l'endocardite au contraire tend souvent à s'organiser.

b. La *myocardite* est une complication sérieuse lorsqu'elle est définitivement constituée : on voit alors le cœur s'affaiblir peu à peu, les *bruits deviennent sourds*, à peine perceptibles, le *choc de la pointe est nul*, le pouls misérable, souvent arythmique, on observe de l'angoisse précordiale, des palpitations, des défaillances, des tendances syncopales, etc. La mort peut survenir ainsi ou par rupture du cœur.

c. L'aortite, beaucoup plus rare, et d'un diagnostic difficile, se caractérise par des *crises douloureuses*, des brûlures, des pincements de la *région rétro-sternale* avec irradiations vers l'épaule gauche, suivies de palpitations, de vive dyspnée, etc; plus tard on note à l'auscultation que le bruit diastolique est sourd, étouffé d'abord, puis fort et éclatant à une période plus éloignée.

d. Les complications *pleuro-pulmonaires* sont quelquefois si intenses que la péricardite peut passer inaperçue; l'auscultation attentive et répétée mettra à l'abri d'une semblable omission. Nous avons indiqué déjà la valeur du signe de Pins dans les manifestations pseudo-pleurétiques.

Diagnostic. — On ne doit pas oublier que la péricardite est souvent très fruste, et que ses signes propres sont fréquemment perdus au milieu de l'ensemble symptomatique des maladies qui la compliquent (Corvisart) ou qui l'ont engendrée : le rhumatisme articulaire, par exemple, d'où la nécessité absolue pour le médecin d'ausculter régulièrement le cœur des rhumatisants. On ne peut trop répéter que le diagnostic de la péricardite est souvent très difficile, et ne trouve qu'un appui médiocre dans les troubles fonctionnels présentés par le malade, car ils n'ont rien de caractéristique, et peuvent se rencontrer dans la plupart des cardiopathies et même dans quelques affections des voies respiratoires ; au contraire les signes physiques ont une valeur diagnostique incontestable. On ne saurait donc partager l'opinion de Laënnec et de Duroziez qui se déclaraient incapables de diagnostiquer un épanchement du péricarde.

Le diagnostic de l'affection doit être établi à ses deux stades différents, stade avec exsudat, stade avec épanchement.

1. DANS LA PÉRICARDITE SÈCHE, le signe capital est le *frottement* ; celui-ci, nous l'avons vu précédemment, est un bruit sec, inégal, superficiel, donnant la sensation de deux corps rugueux froissés l'un contre l'autre dans un mouvement de va-et-vient ; il siège, le plus souvent, à la base du cœur, surtout au niveau de l'artère pulmonaire ou à la partie moyenne du cœur ; il ne se propage pas, « il meurt sur place ». Enfin ce bruit, qui augmente sensiblement d'intensité quand le malade passe du décubitus dorsal dans la position assise, n'a pas de rapport étroit avec les temps de la révolution cardiaque, il est « autour des bruits du cœur » et le plus souvent méso-systolique ou méso-diastolique. Ces caractères si nets le font distinguer des bruits de souffle, de nature organique ou d'origine cardio-pulmonaire qu'on peut entendre au niveau de la région précordiale.

a. Les *souffles cardio-pulmonaires* en effet, sont le plus souvent des bruits soufflants doux, voilés, un peu aspiratifs, siégeant habi-

tuellement dans la région préventriculaire gauche, ou encore un peu au-dessus de la pointe du cœur ; leur tonalité est moyenne, et de même que le frottement péricardique, leur propagation est nulle et leur moment est presque toujours méso-systolique. Mais outre que leur timbre est différent de celui du frottement péricardique, ils se distinguent encore de ce dernier, en ce que leur maximum d'intensité se perçoit dans le décubitus dorsal, et au contraire qu'ils s'atténuent considérablement et même peuvent disparaître dans la station assise. De plus, si le frottement péricardique subit de notables modifications, souvent d'un jour à l'autre, les souffles cardio-pulmonaires présentent une mutabilité bien autrement caractéristique, changent de siège, de rythme et de timbre quelquefois pendant la durée d'un même examen ; enfin ils ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel et s'observent dans l'état de santé parfait : leur valeur pathologique est nulle.

b. Les *souffles endocardiques* peuvent être doux, filés, aspiratifs, ou rudes et râpeux ; mais le timbre seul ne suffirait pas à les différencier des frottements péricardiques ; d'autres signes ont une valeur diagnostique bien autrement importante.

Les souffles organiques siègent toujours au niveau d'un des quatre orifices du cœur, et de préférence à la pointe même du cœur ou au niveau de l'orifice aortique ; ces bruits se propagent nettement suivant des directions déterminées et invariables : ceux de la base vers la clavicle droite et les vaisseaux du cou, ceux de la pointe vers l'aisselle gauche et la région dorsale. Ces souffles qui, au point de vue du rythme, correspondent rigoureusement à la systole, à la diastole, ou à la présystole, ne se modifient pas sensiblement suivant le changement d'attitude du malade. Enfin, lorsqu'au niveau d'un orifice, par exemple celui de l'aorte, il existe deux bruits de souffle, ceux-ci pourraient à la rigueur simuler le va-et-vient du frottement péricardique, mais celui-ci présente un timbre uniforme dans chacune de ses deux parties, alors que dans le cas de double souffle, chaque bruit offre un timbre différent.

c. Lorsque ce premier travail d'élimination est terminé, et que le diagnostic a établi qu'il s'agit, non d'un souffle, mais d'un frottement, on peut encore hésiter sur sa nature et se demander si on se trouve en face d'un *frottement péricardique* ou d'un *frottement pleural*. Dans un bon nombre de cas, celui-ci est lié aux mouvements respiratoires, il suffit alors de faire suspendre la respiration pour voir disparaître le frottement pleural. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et ce bruit est quelquefois rythmé par les battements du cœur, lorsqu'il est dû à une pleurite médiastino-costale ; il se perçoit alors au niveau du bord du ventricule gauche et est surtout manifeste dans les grandes expira-

tions, mais n'augmente pas comme le frottement péricardique, si le malade se penche en avant (Potain, Choyau). Enfin, au dire de Maurice Raynaud, si l'on fait pratiquer une inspiration forcée, le frottement pleural se suspend alors que, au contraire, le frottement péricardique s'accroît pendant ce temps de la respiration.

d. Dans les cas assez fréquents d'association du frottement avec un souffle endocardique, le diagnostic est plus délicat, et ce n'est que par l'examen attentif des signes d'auscultation, de leur siège, de leur timbre différents ainsi que de leur propagation, nulle pour l'un des bruits, très manifeste avec l'autre, que l'on arrive au diagnostic exact.

2. LE DIAGNOSTIC DE L'ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE soulève parfois de très réelles difficultés. Lorsqu'il y a du liquide en petite quantité, on peut encore constater le frottement en certaines zones de la région précordiale, mais il disparaît dès que l'épanchement est un peu abondant : dès lors le meilleur signe qui caractérise la présence de celui-ci, consiste dans la délimitation de la *matité en forme de brioche* avec l'*encoche* de Sibson, et aussi dans l'augmentation de la zone quadrangulaire qui répond à la partie découverte du cœur. Malgré tout, ces signes n'ont pas pour tous les auteurs, une valeur absolue, et d'autre part, sont parfois mal caractérisés, il en résulte que l'épanchement péricardique a pu être confondu avec certaines cardiopathies et notamment l'*hypertrophie* et la *dilatation du cœur*.

1°. — *Diagnostic différentiel*. — a. Dans l'*hypertrophie du cœur*, on constate parfois une légère voussure précordiale, la matité est augmentée mais conserve la forme triangulaire du cœur vu en projection, la pointe du cœur est abaissée, et reste sur la verticale qui passe par le mamelon gauche ou s'en éloigne de très peu en dehors. De plus, l'impulsion systolique est énergique, brusque et quelquefois perçue par le malade qui sent le cœur s'ébranler violemment dans la poitrine ; le pouls est fort et vibrant. Enfin à l'auscultation les bruits sont éclatants et prennent parfois un timbre métallique très accentué. On peut ajouter encore que l'hypertrophie du cœur quand elle est nettement caractérisée est le plus souvent symptomatique d'une *lésion aortique* dont on trouvera les signes à l'auscultation, ou encore d'une *néphrite interstitielle* ; dans ce dernier cas la constatation d'un bruit de galop du cœur gauche est la règle.

b. La *dilatation du cœur* ne s'accompagne pas de voussure : ici la *matité* du cœur est *allongée* dans le sens transversal et la *pointe* peu abaissée, est rejetée assez loin vers la gauche en dehors du mamelon. Le choc de la pointe est mou, diffus, mais perceptible, enfin les bruits du cœur sont sourds et le pouls radial faible ; dans quelques cas on perçoit aussi à l'auscultation un bruit de galop vrai. De plus, la dilatation du cœur s'observe principalement aux périodes avancées des

cardiopathies du cœur gauche, elle s'accompagne alors généralement de signes d'asystolie, de congestion passive des viscères, d'un peu d'ascite, de rareté des urines, etc. Le diagnostic est cependant parfois fort difficile, et la dilatation a pu être confondue avec une péricardite avec épanchement, au point qu'on pénétra dans le cœur avec le trocart, croyant pénétrer dans le péricarde distendu. Quand en dehors d'une cardiopathie initiale, la dilatation du cœur porte de préférence sur les cavités droites, elle est presque toujours liée à des troubles digestifs de l'appareil gastro-hépatique suivant le mécanisme indiqué plus loin.

Lorsqu'il s'agit d'un *épanchement péricardique*, la voussure précordiale est manifeste surtout à la partie supérieure, le *choc de la pointe* est faible, et situé manifestement au-dessus de la limite inférieure de la matité, et les bruits du cœur sont voilés, et comme lointains. De plus, les changements de position du malade modifient sensiblement les signes physiques. En effet, à moins que le cœur ne soit retenu par des adhérences à la paroi thoracique, il plonge dans le liquide et occupe toujours les parties déclives. Si le malade est debout, le cœur s'abaisse et chassant le liquide de la partie inférieure du péricarde où il était accumulé, il le refoule en haut et latéralement, et augmente ainsi la zone d'étendue de la matité. Si le malade se penche en avant, le cœur se rapproche intimement de la paroi thoracique et peut faire réapparaître, en partie du moins, le bruit de frottement et le choc de la pointe. Ces diverses modifications suivant les attitudes du malade, ne se retrouvent ni dans l'hypertrophie ni dans la dilatation du cœur.

Malgré ces considérations il faut reconnaître que le diagnostic de l'épanchement péricardique est toujours délicat, et ne sera formel que si après avoir constaté d'abord la présence puis la disparition du frottement, on note en même temps l'augmentation manifeste de la matité précordiale, l'effacement progressif du choc de la pointe et l'affaiblissement des bruits normaux du cœur.

c. Dans quelques circonstances on a pu confondre encore, quoique plus rarement, un épanchement péricardique, avec une *pleurésie gauche* ; disons de suite que l'épanchement pleurétique gauche, outre les signes d'auscultation pulmonaire qui lui sont propres, se traduit par une voussure thoracique unilatérale très manifeste ; elle se montre encore par des signes de refoulement du cœur vers la droite et par la disparition totale, ou tout au moins la diminution très appréciable de l'espace semi-lunaire de Traube, enfin quoique déplacés, les bruits du cœur conservent leur netteté physiologique et leur timbre habituel.

d. La confusion avec une *tumeur du médiastin* (néoplasmes, ané-

vrysmes de l'aorte) n'est guère possible si l'on analyse avec soin les signes fournis par la percussion et l'auscultation, et si l'on recherche les phénomènes de compression sur les gros vaisseaux, qui ne peuvent manquer de se produire dans ces différentes affections; ils se manifestent par de la matité diffuse plus ou moins étendue dans le thorax, par des douleurs intra-thoraciques en forme névralgique, par un développement inaccoutumé de veines thoraciques superficielles, de l'œdème de la base du cou, et quelquefois de l'épaule, etc; enfin dans les cas d'anévrysmes de l'aorte, on peut noter la présence d'une tumeur pulsatile agitée de battements indépendants de ceux du cœur, etc. Dans les cas douteux, l'examen radioscopique pourra rendre des services très appréciables.

2° Le diagnostic doit encore comprendre l'évaluation probable de la quantité de liquide épanché; elle est très délicate. Cependant on pensera avec juste raison que l'épanchement est abondant, lorsque la voussure précordiale est très accusée, et que les frottements ont tout à fait disparu. De même lorsque l'étendue de la matité précordiale est considérable, et que les bruits cardiaques sont effacés ou presque entièrement éteints, et qu'il existe des signes évidents de compression en arrière sur le poumon (bruit skodique, respiration soufflante, vibrations thoraciques exagérées) par la distension du péricarde vers le médiastin postérieur. D'après Rendu, l'œdème de la région précordiale, et l'existence du pouls paradoxal, indiqueraient encore un épanchement péricardique abondant.

3° Enfin le diagnostic de la qualité de l'épanchement se fera surtout d'après la notion étiologique, puis sur la marche générale de la maladie, sur la courbe thermique, etc. Mais ici, la cause première de la péricardite joue le rôle prépondérant pour le diagnostic. C'est ainsi qu'on songera à la péricardite hémorragique aiguë, dans le cas d'une fièvre éruptive à forme hémorragique, ou dans ces faits décrits surtout en Russie de péricardite scorbutique (Kyber). La péricardite hémorragique à forme chronique sera soupçonnée dans les cas de tuberculose, de cancer et quelquefois dans le brightisme.

La péricardite à épanchement purulent appartient de préférence aux maladies septiques: à l'érysipèle, à l'infection puerpérale, aux fièvres éruptives, aux infections secondaires post-opératoires, et aussi quelquefois au mal de Bright.

La fièvre, les sueurs profuses, l'amaigrissement et la pâleur du malade feront penser encore à un épanchement de nature purulente; il serait encore très probable par la présence d'un abcès superficiel au niveau de la région précordiale.

Pronostic. — Corvisart, mettant à part les péricardites subaiguës

dont le pronostic, dit-il, peut être favorable, pensait que les formes aiguës ou chroniques, conduisent « à une mort rapide ou lente, mais presque toujours certaine ». Cette déclaration a été heureusement démentie par l'expérience, et l'on considère aujourd'hui la péricardite comme étant d'un pronostic relativement favorable, puisque dans plus de la moitié des cas, la maladie est suivie de guérison; dans la statistique de Louis, en effet, on donne comme taux de guérison: 66 pour 100 des cas, celle de Bamberger un peu moins bonne, accuse 58 pour 100.

D'ailleurs le pronostic est essentiellement variable suivant l'âge, l'état général du malade, ainsi que suivant la forme, l'abondance et la nature de l'épanchement.

Dans l'enfance, le pronostic de la péricardite est très sévère. Dans la première année la mort serait toujours fatale (Gendrin), et d'après Cadet de Gassicourt tous les enfants qui meurent de rhumatisme, meurent de péricardite et cela dans la proportion de 6 sur 97, alors que chez l'adulte, la mortalité est seulement de 3 à 4 pour 100 (Ernest Besnier) ¹.

L'état cachectique, l'alcoolisme, les affections septiques et les maladies infectieuses dans le cours desquelles la péricardite a éclaté, aggravent singulièrement le pronostic de cette affection. Au contraire la péricardite d'origine rhumatismale, sèche ou avec épanchement est d'un pronostic favorable. Les péricardites hémorragique et purulente au contraire, comportent un pronostic bien autrement grave; la dernière surtout est le plus habituellement mortelle si on n'intervient pas largement.

En réalité, le danger de la péricardite résulte du volume plus ou moins considérable de l'épanchement, et de l'état du muscle sous-jacent.

La grande abondance du liquide a pour conséquence une compression plus ou moins énergique sur le cœur et le poumon gauche.

Enfin, d'après la loi de Stokes, le myocarde sous-jacent au péricarde enflammé, conserve rarement son état d'intégrité absolu; c'est à la myocardite ainsi créée qu'il faut rapporter le plus souvent les accidents graves de syncope, de collapsus cardiaque notés dans quelques observations.

Traitement. — A. PÉRICARDITE SÈCHE.

Les indications thérapeutiques ² que réclame la péricardite, à cette période, sont assez nombreuses:

1. Dict. encyclop. des scienc. médicales, t. IV, 3^e série, 1877, p. 618.

2. Nous avons étudié ailleurs (Trait. de thérapeutiq. appliquée, fasc. X, p. 192 et suiv., Paris, 1897) avec de longs détails, le traitement de la péricardite dans ses différentes formes cliniques; nous ne pouvons ici qu'en résumer les points principaux.