

expliquer par des lésions orificielles, et quand chez un sujet jeune on constate des troubles cardiaques sans qu'il existe de myocardite, toujours rare chez les malades peu âgés, il faut songer à la symphyse cardiaque.

Traitement. — On comprend qu'il est impossible de faire disparaître les adhérences péricardiques anciennes, mais si le traitement est impuissant à ce sujet, il peut remédier dans une certaine mesure à la dilatation cardiaque et à la myocardite. Le malade devra suivre une *hygiène sévère*, éviter les efforts violents qui augmentent la dilatation du cœur, éviter les excès de table, l'alcool et le tabac.

La *révulsion* (pointes de feu, cautères) et la *médication iodurée* feront les frais du traitement. Peter insiste beaucoup sur l'utilité des moyens externes : badigeonnages iodés, petits vésicatoires volants, et plus tard application d'un cautère qu'on pourra entretenir pendant un temps assez long.

Contre l'arythmie cardiaque : la *digitale*, le *strophantus* et la *caféine* sont indiqués. Mais on sera prudent pour l'administration de la première, lorsque le cœur est atteint de dégénérescence; la caféine, au contraire, pourra être donnée à cette période avec moins de restriction. Plus tard, si l'arythmie a cédé, quelques *préparations iodurées* pourront encore rendre service. Enfin, contre les crises d'asystolie à répétition qui sont fréquentes dans le cours de la maladie, on mettra en œuvre le traitement habituel de l'*asystolie*.

PÉRICARDITE TUBERCULEUSE

Divisions. — La *péricardite tuberculeuse* (1 cas sur 35 tuberculeux; Leudet) est caractérisée par la présence de lésions tuberculeuses du péricarde; c'est la seule dont il va être question ici; elle est entièrement distincte de la *péricardite chez les tuberculeux* (Sénac) qui est beaucoup plus fréquente (12 cas, d'après Bamberger, sur 57 péricardites, mais dont l'histoire n'offre pas de particularités marquées).

Historique. — Déjà connue de Corvisart et de Laënnec, et plus tard par Trousseau, la péricardite tuberculeuse a été décrite très complètement au point de vue des altérations anatomiques par Cruveilhier¹ qui de plus, en a montré la fréquence dans l'enfance. Dans la suite, des travaux nombreux ont été publiés sur la question; en

1. Cruveilhier, *Trait. d'anat. patholog. générale*, t. IV, 1862.

France, nous citerons surtout ceux de Leudet (1862), les thèses de Biron (1877) et de T. Rousseau (1882), les mémoires de Mathieu¹, d'Hayem et Tissier² et l'article de Bernheim (*Dict. encyclop.*, 1886), les communications de Hutinel³ de Moizard et Jacobson⁴; à l'étranger, les travaux de Kast⁵, de Virchow⁶ et d'Osler⁷, etc., etc.

Si l'anatomie pathologique de la maladie est bien connue, par contre, son histoire clinique présente encore beaucoup d'obscurité.

Étiologie. — *Age.* — Observée à tous les âges, la péricardite tuberculeuse, est surtout fréquente dans l'enfance et dans l'adolescence (Blache).

Sexe. — Le sexe masculin semble plus souvent frappé, si l'on s'en rapporte aux observations publiées.

Cause. — Elle reconnaît comme cause l'infection tuberculeuse; mais celle-ci se manifeste de façons très différentes; quelquefois aiguë, mais le plus souvent chronique, et dans ce dernier cas, tantôt primitive, tantôt secondaire.

1. La *tuberculisation aiguë du péricarde* peut être une manifestation de la *granulie* sur la séreuse externe du cœur, et se montrer en même temps, ou après l'envahissement de la plèvre et du péritoine; elle fait alors partie du syndrome étudié sous l'appellation de *tuberculose des séreuses* (Strümpell).

2. La *péricardite tuberculeuse* peut être primitive, c'est-à-dire rester isolée jusqu'au bout, comme détermination unique de la tuberculose. Cruveilhier en a signalé un exemple intéressant chez un enfant : le péricarde et les ganglions bronchiques étaient seuls intéressés, et les autres organes étaient sains. D'autre part, Cornil a rapporté un fait analogue, terminé par symphyse, chez un vieillard, et Virchow a montré les pièces anatomiques d'un vieillard de 69 ans ayant succombé à une péricardite tuberculeuse sans traces de tuberculose dans les autres organes. Plus récemment Meltzer (*Munch. Med. Woch.*, août 1898) a rapporté un fait plus curieux encore dans lequel on trouva sur le péricarde une cinquantaine de petites tumeurs nodulaires du volume d'un pois à celui d'une cerise, de nature tuberculeuse, et renfermant quelques bacilles. Il existait une ancienne lésion

1. Mathieu, *Arch. gén. de méd.*, mars 1883.
2. Hayem et Tissier, *Revue de médecine*, 1889.
3. Hutinel, *Rev. mens. malad. de l'enf.*, 1893 et 1894.
4. Moizard et Jacobson, *Soc. méd. des hôpit.*, 1898.
5. Kast., *Berlin. Klin. Wochenschr.*, oct. 1883.
6. Virchow, *Soc. de méd.*, Berlin, 1892.
7. Osler, *Americ. Journal*, janv. 1893.

tuberculeuse et très localisée en haut sur le poumon gauche. Les ganglions médiastinaux étaient tuberculeux, mais il n'existait ailleurs aucune trace de tuberculose. Dans une observation de Thaon l'altération tuberculeuse longtemps isolée au péricarde finit par s'étendre à d'autres organes.

3. Plus fréquente est la *tuberculose péricardique secondaire*, qui se développe chez des individus déjà atteints de *tuberculose pleurale, pulmonaire, ou même osseuse* (vertèbres, côtes, sternum). L'observation montre que les cas les plus fréquents sont ceux où la *tuberculose* était préexistante dans les ganglions médiastinaux ou trachéo-bronchiques voisins du péricarde (Jaccoud, Osler). Dans un cas plus rare, dû à Eicchorst, la tuberculose du péricarde s'était manifestée après celle de l'intestin qui avait été le point de départ du processus morbide.

Voies de propagation. — Dans la péricardite tuberculeuse primitive, il s'agit le plus souvent sans doute d'une *tuberculose hémotogène* : le bacille, après sa pénétration dans l'organisme, étant charrié par le sang ; dans quelques cas on pourrait admettre qu'une altération antérieure du péricarde prédispose à la localisation des lésions tuberculeuses, tel le cas cité par Virchow, par exemple.

Lorsque la péricardite est secondaire à un foyer tuberculeux de voisinage, (pleuro-pulmonaire, ou ganglionnaire du médiastin ou de la région péribronchique), la propagation peut se faire par simple voie de *contiguïté*, ou par la *voie des lymphatiques*.

Dans d'autres cas enfin, il peut y avoir pénétration directe par *effraction* dans le péricarde, à la suite de la fonte caséo-tuberculeuse d'amas ganglionnaires voisins (Kast).

Anatomie pathologique. — Les lésions de la péricardite tuberculeuse se présentent sous trois formes anatomiques distinctes : 1° forme sèche ; 2° avec épanchement ; 3° forme adhésive ou *symphyse tuberculeuse* la plus fréquente des trois (21 cas sur 35, Rousseau).

1° Dans la forme sèche, propre à la tuberculisation aiguë, la séreuse est parsemée de granulations tuberculeuses plus ou moins confluentes, sans autre trace de réaction inflammatoire sur la séreuse (Rathery, 1869) ou avec une simple injection péricardique.

2° Dans la péricardite avec épanchement, celui-ci est quelquefois en grande abondance (2.100 gr. et 2.800 gr. dans deux observations (Richard), et H. Roger pense que ce caractère même devrait faire penser à la nature tuberculeuse de l'affection ; il semble cependant que en général, le liquide soit plutôt d'abondance médiocre, tantôt libre, le plus souvent peut-être, infiltré dans l'épaisseur d'adhérences celluluses partielles qui unissent les deux feuillets de la séreuse.

a. Le liquide est *séro-fibrineux*, ou plus fréquemment *hémorragique* (4 fois sur 10 cas, Bernheim), beaucoup plus rarement *purulent* ; de l'avis de la majorité des observateurs, la nature hémorragique du liquide sans être pathognomonique aurait une grande valeur diagnostique (Virchow, 1892).

b. En sus du liquide épanché, on rencontre dans la très grande majorité des cas, des *fausses membranes* sur les feuillets de la séreuse. Celles-ci sont d'ailleurs d'aspect variable suivant leur ancienneté. Elles forment tantôt une sorte de couche homogène, molle, grisâtre, uniforme, quelquefois de plusieurs millimètres d'épaisseur, recouvrant toute l'étendue de la séreuse, tantôt elles sont déposées sur elle sous forme d'îlots entre lesquels la séreuse mise à nu, se montre sous forme d'une lame grisâtre, épaisse en certains points, ulcérée en d'autres, et recouverte de granulations ou de petites masses caséifiées de nature tuberculeuse. Lorsqu'il est de formation récente, cet exsudat formé en grande partie de fibrine, est d'aspect lamelleux à surface irrégulière et villose et sans grande adhérence à la séreuse ; quand il est ancien, il est plus difficile de l'en séparer, et son aspect est lisse, poli en certains points par les mouvements du cœur.

Enfin, il est fréquent de rencontrer dans l'épaisseur de la fausse membrane, de petits vaisseaux à parois embryonnaires peu résistantes, dont la rupture donne lieu à des suffusions sanguines, à des foyers hémorragiques en îlots, infiltrant l'exsudat, et qui expliquent la fréquence relative des épanchements hémorragiques dans le sac séreux.

Cette fausse membrane, au point de vue histologique comprend une couche fibrineuse superficielle, formée de minces lamelles entrecroisées, une couche sous-jacente répondant au feuillet endothélial superficiel, épaissie, infiltrée, et très vascularisée ; elle renferme un plus ou moins grand nombre de follicules tuberculeux nés par prolifération embryonnaire de l'endothélium, ainsi que cela se passe dans la tuberculose des séreuses (Renaut). Enfin on trouve au-dessous, la couche cellulo-graisseuse sous-péricardique épaissie, dans laquelle on a rencontré quelquefois des granulations tuberculeuses nées primitivement.

À l'examen histologique des masses caséifiées, et des amas de granulations tuberculeuses, on dénote la présence du *bacille tuberculeux* plus ou moins confluent ; dans d'autres cas, comme celui de Virchow par exemple, les bacilles sont peu nombreux et ce sont les *cellules géantes* qui dominent. Ces bacilles se rencontrent encore dans les feuillets pseudo-membraneux ; on les a trouvés aussi, quoique plus rarement dans le liquide épanché (Weigert).

3° L'affection se rencontre encore sous la forme de *symphyse car-*

diague tuberculeuse, de toutes la plus fréquente des altérations tuberculeuses du péricarde; elle est d'ailleurs la terminaison la plus habituelle de la forme précédente. Elle peut être partielle ou généralisée.

a. Dans la symphyse tuberculeuse partielle, le péricarde est cloisonné par des brides qui le divisent en loges multiples qui renferment, les unes des masses caséuses, les autres un épanchement trouble, séropurulent, ou hémorrhagique. Des granulations tuberculeuses se rencontrent dans l'épaisseur des tractus qui servent de cloisons.

b. Lorsque la symphyse est générale, les deux feuillets de la séreuse sont intimement unis par des brides grisâtres, molles, ou par des adhérences fibreuses, très résistantes; ces membranes, petites, dures, résistantes, et plus rarement de consistance caséuse, sont parsemées quelquefois de granulations tuberculeuses.

Le médiastin est infiltré d'un tissu fibreux parsemé de granulations tuberculeuses; le tout plus abondant vers la base du cœur.

Lésions de voisinage. — Cœur. Il est le plus souvent hypertrophié; dans quelques cas, au contraire, il a semblé atrophié. Le myocarde est atteint secondairement; quelquefois il est envahi par la tuberculose (Fauvel, Valdeyer, Virchow), (voir tuberculose du cœur); le plus fréquemment il est décoloré, et présente une teinte gris feuill morte, de myocardite; il existe des traînées tuberculeuses, dans les sillons, disposées autour des vaisseaux surtout à la base du cœur; enfin les vaisseaux eux-mêmes sont oblitérés plus ou moins complètement, et présentent des altérations d'endartérite. La surface externe du péricarde est surtout recouverte de nombreuses granulations tuberculeuses, 7 fois sur 35 cas (Rousseau).

Il en est de même de la surface externe de la plèvre; quelquefois on trouve un épanchement double aux deux bases, mais rarement abondant.

Enfin les ganglions trachéo-bronchiques sont transformés eux-mêmes en masse caséuse grisâtre. Très fréquemment, on trouve à la base du cœur, entourant les gros vaisseaux, des adénopathies volumineuses en voie de dégénérescence caséuse (Hayem et Tissier). Le péritoine diaphragmatique présente des granulations.

Le foie est souvent intéressé, c'est en même temps un foie cardiaque et tuberculeux coïncidant avec des granulations des plèvres et du péritoine, c'est le foie cardio-tuberculeux (Hutinel), la cirrhose cardio-tuberculeuse de Moizard et Jacobson.

Symptômes. — Ils sont très obscurs et la péricardite tuberculeuse peut rester latente et par conséquent inconnue pendant toute la vie du malade: sur 55 cas, 19 fois la maladie resta ignorée quoique dans 13 cas, l'examen du cœur ait été rigoureusement fait (Rousseau).

Le plus habituellement, l'affection survient dans le cours d'une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution, et pourrait se faire soupçonner par l'accroissement de la dyspnée, par un peu de gêne précordiale, et bientôt par des signes de stase veineuse périphérique et d'œdème (enflure des extrémités que ne peut expliquer une phlébite) suivis de phénomènes asystoliques à marche rapide.

Dans d'autres circonstances, la maladie revêt une allure subaiguë de péricardite avec épanchement abondant, qui peut se montrer très vite; peut-être cette forme est-elle plus fréquente chez les vieillards (Strümpell). Dès lors, on remarque une vive dyspnée, de la petitesse du pouls, de la cyanose, etc., et des signes d'affaiblissement cardiaque rapide. On est alors conduit à examiner le cœur, et la percussion et l'auscultation dénotent l'existence d'un épanchement; si, par son abondance, il nécessite une paracentèse, le liquide évacué est souvent hémorrhagique. En somme, ce sera la concomitance de signes de lésions tuberculeuses, et l'apparition de signes de péricardite, qui permettra le plus souvent d'attribuer à cette dernière la qualité de tuberculeuse.

Les symptômes de la symphyse cardiaque tuberculeuse ne sont pas moins obscurs; ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous avons énumérés précédemment, cependant l'affection reste très souvent méconnue pendant la vie.

La coïncidence de la péricardite tuberculeuse avec la pleurésie tuberculeuse double associée à la péritonite de même nature, a été notée quelquefois, mais si les deux dernières sont assez aisément décélées, au contraire la péricardite passe souvent complètement inaperçue.

Marché et Terminaisons. — La péricardite tuberculeuse survient en général dans une période avancée de la tuberculose, et suit d'emblée une marche chronique, plus ou moins perdue au milieu des manifestations multiples de l'affection bacillaire. Son influence est d'ailleurs très fâcheuse sur l'évolution de celle-ci dont elle assombrit le pronostic par le surcroît de dyspnée qu'elle produit et les accidents d'asystolie qu'elle engendre. La mort est en effet la terminaison habituelle de l'affection, soit par cachexie, soit par asystolie, ou encore par thrombose pulmonaire. La durée des accidents imputables à la péricardite tuberculeuse est difficile à préciser rigoureusement; elle est en général de plusieurs semaines.

Lorsqu'il s'agit de la forme aiguë d'emblée, l'évolution est plus rapide, mais cette variété est exceptionnelle.

Diagnostic. — Il est rempli de difficultés; en effet: d'une part comme toutes les péricardites secondaires, la péricardite tuberculeuse

peut rester latente pendant toute la vie du malade, et d'autre part, la constatation d'une péricardite chez un tuberculeux n'implique pas forcément que celle-ci est de nature tuberculeuse, car la péricardite simple peut survenir dans de semblables conditions ; le caractère hémorrhagique de l'épanchement, a une valeur diagnostique incontestable, mais non pas absolue.

Il n'y a vraiment que la présence du bacille de Koch, dans le liquide épanché (Weigert) ou dans les exsudats péricardiques, qui permet d'établir le diagnostic d'une façon ferme, mais cette constatation est rare.

Cliniquement, la maladie veut être cherchée, et le diagnostic ne s'impose jamais ; cependant on devra y penser, lorsque chez un tuberculeux, surviendront de l'œdème des membres inférieurs, et des phénomènes asystoliques sans cause appréciable (Letulle).

Traitement. — Il est *purement symptomatique* : si l'abondance de l'épanchement menace la vie du malade, la *paracentèse du péricarde* s'impose, mais l'épaisseur des exsudats membraneux rend souvent difficile la pénétration du trocart jusqu'à la couche liquide. Dans le cas d'épanchement hémorrhagique, Mathieu conseille de ne faire qu'une évacuation partielle pour éviter la décompression rapide qui pourrait causer de nouvelles ruptures vasculaires et des hémorragies abondantes.

Il va sans dire que la tuberculose sera traitée par les moyens ordinaires, et que l'état général du malade sera relevé par les toniques, les phosphates, l'arsenic ou le cacodylate de soude, ainsi que par une alimentation réparatrice.

HYDROPÉRICARDE

Définition. — L'hydropéricarde, ou *hydropisie du péricarde*, est caractérisé par la présence dans la cavité péricardique, d'une sérosité non inflammatoire due à la transsudation du sérum sanguin ; c'est toujours un *accident secondaire*, analogue à l'hydrothorax, mais beaucoup plus rare ; de plus, c'est souvent un *phénomène agonique*, et il est peu d'autopsies où l'on ne rencontre plus ou moins de sérosité dans le péricarde ; dans ce cas elle est causée par la stase et la transsudation des veines du péricarde.

Étiologie. — L'hydropéricarde ressortit de causes générales et de causes locales ou d'ordre mécanique.

1° Parmi les *causes générales*, il faut signaler toutes les *dyscrasies hydrémiques* : le mal de Bright, les cachexies palustre, tuberculeuse,

etc. ; dans ce cas, l'hydropéricarde n'est que la manifestation locale d'une *hydropisie généralisée* et peut coïncider avec une ascite, un hydrothorax.

2° Les *causes mécaniques* sont celles qui entravent la circulation de retour, élèvent la tension veineuse, et provoquent la stase, d'où transsudation du sérum sanguin : telles sont les *cardiopathies chroniques* et particulièrement celles du *cœur droit* consécutives à l'emphysème, à la sclérose du poumon, etc., qui ralentissent la circulation veineuse générale, et par suite celle du myocarde et du péricarde.

Certaines *tumeurs du médiastin*, les *tumeurs du cœur* et du *péricarde* : cancer, tuberculose, en comprimant les rameaux veineux peuvent déterminer l'hydropisie du péricarde.

Anatomie pathologique. — La quantité de liquide épanché varie entre 100 et 1.000 grammes ; les épanchements sont très exceptionnels au-dessus de ce dernier chiffre. En général, c'est un liquide clair, limpide, *citrin*, quelquefois *rouge brun* par la présence de l'hématine ou du *sang* (dans le *mal de Bright*, le *cancer*, la *tuberculose du péricarde*), dans d'autres circonstances, il contient en suspension de nombreux *flocons fibrineux* ; sa réaction est *alcaline*. Sa composition est analogue à celle du sérum sanguin, avec moins d'albumine (3 pour 96 d'eau) ; on y a décélé la présence de l'urée, de l'acide urique, de la cholestérine.

La *séreuse péricardique* est pâle, lavée, amincie, et un peu grisâtre. Le *tissu graisseux sous-péricardique* est infiltré ; au-dessous, le *myocarde* est pâle, macéré.

Symptômes. — Lorsque la quantité de liquide épanché est peu considérable, l'affection ne détermine aucun trouble appréciable et reste méconnue. Au contraire, en cas d'épanchement abondant, les symptômes sont ceux de la péricardite avec épanchement ; toutefois on n'observe ni douleur précordiale, ni fièvre, ni dyspnée appréciable ; tout au plus lorsque l'affection s'est établie rapidement, peut-on rencontrer de la gêne respiratoire, des palpitations et une sensation de gêne précordiale ou de constriction thoracique.

Les *signes physiques* sont les mêmes que ceux de l'épanchement péricardique : on note l'augmentation de la matité précordiale, la voussure au devant du cœur, la disparition ou tout au moins l'affaiblissement du choc de la pointe, l'atténuation extrême des bruits du cœur ; enfin, en plus de ces signes imputables à l'hydropéricarde, on trouvera d'autres symptômes très variables suivant les cas, dépendants de la maladie cause de l'hydropéricarde : mal de Bright, les cachexies : tuberculeuse, cancéreuse, palustre, etc. ; de même on ren-