

Symptômes généraux. — La péricardite aiguë est ordinairement accompagnée d'une FIÈVRE plus ou moins vive, suivant l'intensité, la nature et la cause de cette affection. Il est impossible de fixer à cet égard aucune règle générale. Un mouvement fébrile avec ou sans frisson annonce l'invasion de la péricardite dans les rares cas où elle est primitive; une exacerbation thermique peut indiquer son apparition quand elle survient dans le cours d'une maladie fébrile. Toutefois, la fièvre peut manquer ou passer inaperçue; parfois même, c'est un abaissement thermique qui marque le début de la phlegmasie, à tel point que Lorain considérait la chute inattendue de la température, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, comme un signe de péricardite. Cette particularité doit être tenue pour exceptionnelle, tandis que l'exacerbation thermique est la règle. C'est plutôt chez le vieillard qu'on a observé ce singulier abaissement de la température. Une péricardite survient-elle dans le cours d'une pneumonie, ou la courbe thermique restera stationnaire, ou, le plus souvent, elle subira une dépression insolite. Cette algidité marche ordinairement de pair avec l'adynamie et la tendance aux lipothymies; les altérations séniles du myocarde et des reins n'y sont sans doute pas étrangères. C'est ainsi que l'on pourrait également expliquer l'abaissement de la température observé par Letulle dans deux endo-péricardites survenues dans le cours de la fièvre typhoïde.

Quand la péricardite est fébrile, l'élévation de la température, qui atteint 39 ou 40 degrés, ou moins, dure quelques jours seulement. La persistance de la fièvre doit faire redouter la purulence de l'épanchement, surtout quand on observe des alternatives de rémissions et d'exacerbations thermiques irrégulières. A cet égard encore il n'existe pas de type fébrile uniforme, la purulence pouvant être due à des microbes ou à des poisons divers et non également pyrétogènes. Dans une observation de péricardite purulente primitive à streptocoques rapportée par Foureur, la température a oscillé entre 39 et 40 degrés, pour tomber à 38 degrés le cinquième jour, jour de la mort. La péricardite purulente n'a pas toujours cette marche rapide et peut se caractériser par une fièvre hectique, en général peu élevée, avec sueurs et frissonnements. Somme toute, la fièvre dépend autant et plus de la maladie causale ou de l'infection générale que de la péricardite elle-même.

Les caractères du pouls sont également variables. Parfois normal, il est plus habituellement accéléré les premiers jours, montant à 100, 120 et même à 200 au moment des crises de palpitations éprouvées par quelques malades. Dans des cas rares, il est ralenti, comme l'ont observé Stokes et Graves: ce dernier a vu le pouls tomber de 80 à 30 au début d'une péricardite aiguë. L'accélération, qui est la règle, est quelquefois accompagnée d'irrégularités. Enfin, quand la péricardite se complique de myocardite avec parésie cardiaque, l'accé-

lération est souvent considérable, continue, et le pouls est petit et dépressible.

Comme dans toute maladie fébrile, on peut observer dans la péricardite les signes d'un embarras gastrique avec ou sans vomissements. Enfin, certains malades présentent des phénomènes d'excitation ou de dépression qui ne dépendent pas directement de la péricardite. Stokes, en signalant le *delirium tremens* et l'état typhoïde dans une forme particulière de péricardite qui succède « à un excès de débauche et à l'exposition au froid », et se termine par la mort, a soin d'ajouter qu'on trouvait, à l'autopsie, des lésions méningées, de la bronchite, de la pneumonie double, de la pleurésie et de la gastro-entérite coïncidant avec la péricardite. Il est donc vraisemblable qu'il s'agissait d'une infection pneumococcique généralisée.

L'état typhoïde, ou mieux l'adynamie, se trouve surtout dans la péricardite des vieillards. Lejard a noté la tendance générale à l'assoupissement, la prostration, la sécheresse de la langue; très rapidement, le pouls devient petit et filiforme, la face, d'abord pâle, se cyanose, et le malade meurt au bout de quelques jours au plus, sans avoir présenté d'autre réaction qu'un peu d'agitation.

FORMES. — Les auteurs ont décrit un grand nombre de formes de la péricardite. La PÉRICARDITE SÈCHE et la PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT sont des types anatomiques et cliniques nettement caractérisés. En ce qui concerne l'épanchement, il importe de rappeler qu'il peut être SÉRO-FIBRINEUX, PURULENT et HÉMORRAGIQUE. La nature purulente de l'épanchement peut être soupçonnée quand la péricardite survient dans le cours d'une maladie infectieuse et pyogénique (infection purulente, ostéo-myélite, infection puerpérale, etc.), ou quand cette affection, développée primitivement en apparence, est accompagnée d'un état général grave, de fièvre intense, et, si elle se prolonge, de fièvre hectique. La péricardite hémorragique, comme la péricardite purulente, n'est souvent constatée qu'à l'autopsie, à moins qu'une ponction faite pendant la vie n'ait permis de reconnaître la nature du liquide. Elle n'a pas de signes propres, et les symptômes généraux graves qui souvent l'accompagnent dépendent surtout de la maladie causale (scorbut, fièvres éruptives hémorragiques, tuberculose, mal de Bright, cancer). Son diagnostic repose donc en grande partie sur l'étiologie.

A côté de la péricardite sèche et de la péricardite avec épanchement, Stokes a décrit la péricardite avec myocardite, ou MYO-PÉRICARDITE (forme paralytique ou syncopale de Jaccoud). L'ENDO-PÉRICARDITE, et surtout la PLEURO-PÉRICARDITE, doivent être mentionnées au même titre, en raison des troubles fonctionnels qui résultent de ces associations et qui donnent naissance aux formes douloureuse, dyspnéique et hydrophobique.

Se basant sur l'absence des symptômes subjectifs et fonctionnels, seuls capables de guider le diagnostic avant la découverte de la percussion et de l'auscultation, les anciens auteurs avaient décrit sous le nom de PÉRICARDITES LATENTES celles qui ne s'accompagnent ni de douleur, ni de dyspnée, ni de troubles circulatoires, passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'autopsie. Stokes distinguait à ce point de vue la péricardite latente légère, dont le type le plus simple est la péricardite sèche du rhumatisme articulaire aigu, la péricardite latente grave, et la péricardite manifeste grave. Ainsi qu'il résulte du mémoire de Letulle, les péricardites latentes sont excessivement communes et englobent un grand nombre de péricardites graves, purulentes, tuberculeuses, etc. On les méconnaît parce qu'elles sont accompagnées de déterminations morbides du côté d'autres organes qui appellent plus directement l'attention. Elles n'échappent pas à l'observation quand, dans le cours des maladies qui peuvent se compliquer de péricardite, on pratique régulièrement la percussion et l'auscultation du cœur.

L'âge imprime à la péricardite des allures un peu spéciales. Chez l'enfant, en raison de l'étroitesse du thorax, la péricardite avec épanchement simule fréquemment un épanchement pleurétique; d'autre part, les symptômes fonctionnels et même les symptômes généraux sont nuls ou difficiles à déterminer, ce qui fait que la PÉRICARDITE DE L'ENFANT est souvent une péricardite latente. Cela est encore plus vrai pour la PÉRICARDITE DES VIEILLARDS, qui demande à être recherchée toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un état adynamique inexpliqué.

Enfin la péricardite présente certains caractères différents suivant sa cause. La PÉRICARDITE RHUMATISMALE n'est pas toujours semblable à elle-même. Elle se caractérise par sa mobilité et la rapidité de son évolution. C'est, le plus souvent, une péricardite sèche, partielle, sans troubles fonctionnels notables, habituellement associée à un certain degré d'endocardite mitrale. L'endo-péricardite guérit en laissant à sa suite les signes d'une lésion d'orifice, sans rien d'appréciable du côté du péricarde. Toutefois, la péricardite rhumatismale latente de l'enfant et les poussées répétées de péricardite sèche rhumatismale de l'adulte peuvent aboutir à la symphyse cardiaque.

La péricardite rhumatismale, quand elle est intense, se complique d'épanchement et, habituellement, de pleurésie gauche, celle-ci, d'après Duroziez, succédant à la péricardite. On sait les troubles fonctionnels, douleurs et dyspnée, qui résultent de cette association. Il est plus important de connaître la marche de l'épanchement péricardique. Il succède à la péricardite sèche et se développe le plus souvent avec une grande rapidité, annoncé par une recrudescence fébrile et de la dyspnée. Il se forme en vingt-quatre ou qua-

rante-huit heures, parfois en quantité assez considérable pour compromettre les fonctions du cœur et mettre la vie en péril. Mais cette gravité est l'exception, et la terminaison la plus ordinaire est la guérison. La fièvre tombe dès la formation de l'épanchement, et la résorption se fait rapidement du cinquième au septième jour (Bouillaud). Elle avait commencé le cinquième jour chez un malade observé par Potain, dès le quatrième chez un de mes malades, et la fièvre, qui avait marqué l'apparition de l'épanchement, était tombée dès le troisième jour. La résolution définitive se fait en deux ou trois jours, mais on peut observer des poussées successives, caractérisées par la réapparition de la fièvre et de l'épanchement.

D'après Arch. E. Garrod, la péricardite appartient aux formes graves du rhumatisme articulaire aigu, ainsi que le prouve la coïncidence fréquente de l'hyperpyrexie, de la pleuro-pneumonie et de la néphrite. Ces cas sont heureusement l'exception.

On peut comprendre sous le nom de PÉRICARDITE HYPERINFECTIEUSE ou MALIGNÉ les formes graves de la péricardite dont il a été question à propos des troubles fonctionnels. Quelquefois primitives, isolées, dues à une infection streptococcique ou pneumococcique, elles sont plus souvent secondaires, associées ou non à une pleuro-pneumonie. La péricardite épidémique de Trécourt, les cas de Bouillaud, l'observation de Mirabeau en sont des exemples. Il s'agit de péricardites suraiguës avec épanchement purulent, fièvre vive, douleur, dyspnée intense et souvent dysphagie, parfois troubles cérébraux, à la fin troubles circulatoires, accidents qui entraînent la mort en peu de jours. La gravité de ces cas rappelle ce qui se passe dans les pneumonies et les endocardites infectieuses. La péricardite infectieuse, comme l'endocardite infectieuse, peut d'ailleurs se développer dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

La PÉRICARDITE TUBERCULEUSE a une marche particulière; mais elle se présente dans des conditions diverses. Parfois elle survient secondairement dans le cours d'une tuberculose aiguë ou d'une phthisie chronique, passe inaperçue pendant la vie et n'est constatée qu'à l'autopsie; c'est une péricardite latente que la recherche des signes physiques pourrait seule faire reconnaître. Elle peut être primitive, associée à la tuberculose d'autres séreuses, la plèvre en particulier, ou se développer comme unique localisation de la tuberculose. Cette péricardite tuberculeuse primitive débute insidieusement, plus rarement avec les allures d'une péricardite aiguë. Une malade, observée récemment par Jaccoud et traitée pour une anémie grave, fut prise brusquement de malaises, de frissons et d'oppression, et le lendemain on constatait des frottements péricardiques; elle succomba au bout de quatre mois, après avoir présenté tous les accidents de l'asystolie, dus, ainsi que le démontra l'autopsie, à une péricardite tuberculeuse avec symphyse totale. C'est une des terminaisons habi-

uelles de la péricardite tuberculeuse qui se rencontre soit sous forme de péricardite sèche, cela au début, soit sous forme de péricardite chronique avec épanchement séreux ou hémorragique, soit surtout sous forme de symphyse.

L'affection est presque toujours subaiguë ou chronique, et se caractérise, d'une part par des troubles généraux de la santé qui, d'après la remarque de Vierordt, ont plus de valeur pour le diagnostic de la tuberculose des séreuses que les signes objectifs souvent absents; d'autre part par des troubles circulatoires qui, à la période d'état et de terminaison, sont ceux de la cachexie cardiaque. Il s'agit habituellement, d'après la description d'Hayem et Tissier, de sujets d'apparence robuste, un peu pâles, perdant leurs forces et leur embonpoint. Ils sont pris de dyspnée au moindre effort, ont de fréquentes épistaxis (Letulle), une petite toux sèche, des points de côté bilatéraux, de légers mouvements fébriles le soir; mais parfois la toux fait complètement défaut. Bientôt apparaissent des hydropisies multiples, épanchements pleurétiques récidivant après la ponction, ascite, œdème modéré des membres inférieurs. Le foie, congestionné, est abaissé. L'examen du cœur révèle sa dilatation avec suppression du choc de la pointe, sans autre signe de symphyse cardiaque: le pouls est habituellement petit, régulier, et très fréquent. Chez les malades d'Hayem et Tissier, le cœur présentait le rythme foetal. L'absence de signes thoraciques et les allures spéciales de la maladie font penser à une cardiopathie chronique ou à une affection hépatique bien plus qu'à une péricardite tuberculeuse. Aussi, suivant la juste remarque de Letulle (1), faut-il toujours penser à cette affection en présence d'une asystolie de cause inconnue. La prédominance des accidents hépatiques est encore en faveur de cette hypothèse, ainsi qu'on le verra à propos de la symphyse tuberculeuse. La coexistence fréquente d'une adénopathie médiastine et de la médiastinite tuberculeuse peut compliquer le tableau clinique, en raison des phénomènes de compression qui en résultent du côté des gros vaisseaux et des pneumogastriques. C'est ainsi que s'explique l'œdème des membres supérieurs, et peut-être aussi, pour certains cas, la tachycardie. La mort survient de deux à huit mois après le début de la péricardite et est due aux progrès de l'asystolie, parfois à une syncope.

La PÉRICARDITE DES BRIGHTIQUES, assez fréquente dans le cours des néphrites chroniques, de la néphrite interstitielle en particulier, est souvent latente: elle est habituellement indolore et apyrétique et passe inaperçue pendant la vie, en raison surtout des accidents urémiques qui dominent la scène morbide. Quelquefois, il est vrai, comme dans le cas cité plus haut, l'intensité et les caractères de la dyspnée dus à l'épanchement péricardique peuvent la faire soup-

(1) LETULLE, Péricardite tuberculeuse chez l'adulte (*Presse méd.*, 10 fév. 1894).

çonner. La péricardite sèche est plus commune; elle est remarquable par la grande accentuation de ses signes physiques. C'est une péricardite le plus souvent généralisée avec hypertrophie cardiaque, double condition qui explique l'étendue et l'intensité des frottements. Son pronostic est toujours grave.

MARCHE. — DURÉE. — La multiplicité des formes et des causes de la péricardite ne permet pas de lui assigner une évolution et une durée déterminées. Elle peut être aiguë, subaiguë, chronique.

La *péricardite aiguë* est elle-même variable dans sa marche. Il existe une péricardite suraiguë, foudroyante, qui entraîne la mort en trois ou quatre jours. Les formes communes de l'affection ont une durée qui varie de une à trois semaines, et se terminent soit par la guérison, soit par le passage à l'état chronique. D'après Louis, la résorption du liquide et la disparition complète de l'exsudat fibrineux dans la péricardite aiguë avec épanchement exige en moyenne dix-huit jours. Mais il est rare d'observer la péricardite à l'état isolé; sa marche et sa terminaison dépendent de la maladie qui lui a donné naissance.

La *péricardite subaiguë* a une durée plus longue, avec des allures plus insidieuses. Ainsi en est-il de la péricardite tuberculeuse et de certaines péricardites des brightiques.

La *péricardite chronique* comprend, avec la symphyse cardiaque qui succède à quelques péricardites aiguës et surtout à la péricardite subaiguë, certaines péricardites avec épanchement séreux ou purulent dont la nature n'a pas été déterminée. Ces dernières conduisent à la mort par épuisement, avec les phénomènes habituels de la fièvre hectique.

PRONOSTIC. — TERMINAISONS. — Les anciens auteurs, Corvisart en particulier, avaient exagéré le danger de la péricardite parce qu'ils n'en connaissaient que les formes graves. Bouillaud s'est justement élevé contre cette exagération, insistant sur la fréquente constatation de traces d'anciennes péricardites à l'autopsie de sujets morts d'autres maladies, et sur la guérison presque constante de la péricardite convenablement traitée. Mais peut-être a-t-il trop atténué la gravité du pronostic; il n'avait en vue que la péricardite rhumatismale, et considérait que les péricardites mortelles sont presque toujours compliquées soit d'une violente pleurésie, soit d'une endocardite suraiguë.

A vrai dire, le pronostic de la péricardite dépend de conditions multiples. En ne tenant compte que de ses causes, il est toujours grave dans les formes infectieuses, pyohémiques, souvent bénin dans la péricardite rhumatismale, presque toujours fatal, bien qu'à échéance éloignée, dans la péricardite tuberculeuse et celle des