

Symptômes cardiaques. — Le pouls s'accélère, monte à 120, 140, 150 en même temps que les battements cardiaques s'accroissent. On note souvent le rythme fœtal, exceptionnellement de l'arythmie. Tout se borne là dans les péricardites sèches. Les phénomènes subjectifs consistent en palpitations survenant plusieurs fois par jour sous forme d'accès de quelques minutes à une demi-heure de durée à l'occasion d'un mouvement, de l'ingestion des aliments ou même au repos. Il s'y ajoute aussi des accès de dyspnée de même forme, indépendants des palpitations, sans lésion pleurale ou pulmonaire. Suivant l'étendue de la péricardite et sa durée, ces troubles fonctionnels varient comme intensité et comme ténacité.

La péricardite sèche étendue peut déterminer le syndrome de la dilatation du cœur : pouls petit, très rapide, sans tension, refroidissement et cyanose des extrémités, dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, lipothymies, syncopes. Le collapsus cardiaque se retrouve plus volontiers lorsqu'il y a un épanchement abondant, surtout si sa formation a été rapide. La compression du cœur, qui en est la conséquence, équivaut, d'après les expériences de Franck et Lagrolet, à un véritable arrêt de la circulation qu'une paracentèse du péricarde est susceptible de prévenir. Dans les formes rhumatismales, l'exsudat présente dans le péricarde la mobilité qu'il affecte dans les jointures, et se résorbe spontanément. A la phase aiguë succède une période subaiguë. Dans les formes purulentes à marche rapide, les désordres de la circulation sont les mêmes.

Symptômes pulmonaires. — Dans les péricardites aiguës diffuses avec ou sans épanchement, il y a, en général, des troubles fonctionnels, d'autant plus marqués que l'enfant est plus jeune. West considère l'orthopnée comme un bon signe de la péricardite. Zehetmayer¹ a vu un enfant atteint d'un épanchement péricardique ne pouvant respirer qu'appuyé sur les mains et sur les pieds. La forme tuberculeuse, en raison de l'abondance de la collection séro-hématique, renfermée dans la péricardite, présente souvent, au nombre de ses manifestations essentielles, la dyspnée vive au point que le sujet ne peut respirer que dans la position genu-pectorale (Pelthier). C'est qu'en effet, dans ces conditions, l'épanchement produit de la compression pulmonaire : cette dernière se traduit à la base gauche, tantôt par les signes de pleurésie, tantôt par les signes de broncho-pneumonie s'il y a coexistence de bronchite (Perret et Devic)². Pins³ a montré que dans ces cas les signes de la pleurésie s'atténaient ou disparaissaient par l'inclinaison du malade en avant dans l'attitude genu-pectorale. Le syndrome pseudo-pleurétique est fréquent, d'après Pins, qui l'a observé 6 fois. On a même pratiqué des thoracentèses dans les cas de ce genre (Labin, Ashby). Royer, Guersant rapportent des faits de péricardite confondus avec la pleurésie gauche. La pseudo-pleurésie péricardique paraît être spéciale aux enfants, et aux jeunes gens à corpulence grêle, à thorax étroit. Elle peut être réalisée par des épanchements moyens (Pins). Perret et Devic croient nécessaire un épanche-

(¹) ZEHETMAYER cité par FRIEDREICH, *Traité des mal. du cœur*.

(²) PERRET et DEVIC, *Province méd.*, 1889.

(³) PINS, *Wiener med. Wochenschr.*, 1889.

ment abondant. Marfan¹ l'a observée dans un cas de péricardite avec hypertrophie du cœur, fausses membranes épaisses, et peu de liquide. Aviragnat et d'Elmsitz ont publié à la Société de pédiatrie² un cas de péricardite rhumatismale chez un sujet de 15 ans, avec signe de Pins manifeste. A la même séance, Moizard et Guinon en rapportaient chacun un cas³. Je l'ai notée dans un cas d'épanchement abondant, mais la manœuvre de Pins a échoué. Au signe de Pins, j'ai proposé d'ajouter une autre épreuve : Le sujet est placé dans la position genu-pectorale. Si l'on peut sentir la pointe du cœur en dehors et à gauche, il faut songer à la pseudo-pleurésie. Si la pointe est refoulée à droite, il faut conclure à la pleurésie.

Symptômes généraux. Marche. — La péricardite primitive idiopathique s'annonce par un malaise général, des frissonnements, de la fièvre ; par les symptômes habituels de toute infection. L'attention n'est attirée du côté du cœur que s'il existe de la douleur, de la dyspnée, des palpitations. Lorsque la péricardite est secondaire, ce qui est la règle, son début peut être masqué par la maladie antérieure, rhumatisme, pleurésie, pneumonie, etc. Elle est complètement latente et ne se révèle que par des signes physiques. Dans d'autres cas, et surtout si la complication se produit dans la convalescence de l'affection causale, la température remonte, on voit paraître le malaise, l'agitation, la toux sèche, la dyspnée, les douleurs locales. L'étude des symptômes généraux et de la marche doit surtout guider le diagnostic de la nature de la péricardite. Dans la *péricardite sèche, circonscrite*, il y a peu de réaction et la lésion s'efface rapidement.

Dans la *péricardite diffuse*, à fausses membranes épaisses, étendues, la température rappelle celle du rhumatisme subaigu. Elle est peu élevée, dure peu, mais est sujette à des retours qui correspondent souvent à des aggravations de la lésion. Ces péricardites récurrentes aboutissent en quelques mois à la symphyse avec affaiblissement du myocarde et asystolie. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre dans la seconde enfance.

La *péricardite séro-fibrineuse* débute par des symptômes éclatants, pour peu que l'épanchement soit abondant et se fasse avec brusquerie. Elle confond souvent ses effets avec ceux d'une pleurésie ou d'une congestion pulmonaire qui naissent simultanément. Quoi qu'il en soit, il est rare qu'elle ne se résorbe pas et cela au bout de quelques jours, laissant derrière elle des fausses membranes, c'est-à-dire une péricardite fibrineuse plus ou moins étendue. Dans quelques cas, les phénomènes généraux cèdent et il persiste un épanchement, comme on voit une hydarthrose succéder à une arthrite aiguë. Cet épanchement met plusieurs mois à se résorber et conduit le plus souvent à la symphyse.

L'*épanchement purulent* n'ajoute souvent rien à l'infection qu'il complique (pyémie, pleurésie purulente, pneumonie). Il constitue une trouvaille d'autopsie. Dans d'autres cas, survenant dans la convalescence d'une scarlatine ou dans le cours d'un mal de Bright, il s'annonce par des troubles

(¹) MARFAN, *Bulletin médical*, 1895.

(²) AVIRAGNAT et d'ELSNITZ, *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 19 mai 1905.

(³) MOIZARD et GUINON, *Ibid.*

locaux intenses en même temps que la température s'élève et prend un type rémittent. La mort survient rapidement au bout d'un ou deux septénaires, parfois brusquement. La marche est dans d'autres cas plus lente. L'exsudat persiste, n'apportant à la circulation que des embarras relatifs, et crée ainsi un mélange d'infection générale et d'asthénie cardiaque. Le patient est essoufflé, il a une fièvre rémittente ou intermittente, des frissonnements, de la pâleur, une cachexie progressive. Localement, outre les symptômes signalés, on note de la voussure et un développement des veines sous-cutanées. La mort subite peut survenir dans le cours de la péricardite chronique purulente. Le pus se fait jour dans quelques cas et vient former un abcès, soit au sommet de l'appendice xyphoïde, soit dans le deuxième espace intercostal droit, soit près de la clavicule gauche.

La *péricardite hémorragique* des pyrexies graves, celle du scorbut épidémique décrite par Kyber, a une marche foudroyante. Elle détermine la paralysie aiguë du myocarde et tue en quelques jours ou quelques heures.

Diagnostic. — Les phénomènes subjectifs, douleurs, palpitations, angoisse, sont, dans l'enfance, d'une appréciation difficile. On devra donc, dans le cours des maladies susceptibles d'engendrer la péricardite, tenir compte des moindres signes révélateurs : cris, agitations, impulsion du cœur, légère cyanose, orthopnée, et surtout se livrer fréquemment à un examen du cœur.

Le diagnostic du frottement est aisé. Le souffle de l'endocardite a un champ de propagation très étendu chez l'enfant. Les bruits cardio-pulmonaires revêtent souvent un timbre rude, mais, comme je l'ai signalé, la flexibilité de la paroi permet de les faire disparaître par une pression forte du stéthoscope. On reconnaîtra aisément la présence d'un épanchement d'après l'augmentation de la matité cardiaque à sa partie supérieure et dans le sens transversal, d'après la constatation de l'encoche de Sibson et surtout d'après l'examen radioscopique, comme nous l'indiquerons plus loin. Le diagnostic sera facilité, si on a pu suivre l'évolution de la lésion, constater d'abord un frottement qui disparaît à mesure que le choc cardiaque et que les bruits du cœur s'éloignent.

On a confondu la péricardite exsudative avec la *dilatation du cœur* qui présente comme elle une augmentation de la matité précordiale, l'absence des chocs de la pointe, l'assourdissement des bruits cardiaques, l'asthénie circulatoire. On se basera sur la présence de signes pseudo-pleurétiques à la base gauche, leur disparition par la manœuvre de Pins, la réapparition d'un frottement dans la station penchée en avant. Maragliano considère comme signe important d'un épanchement péricardique la réduction du diamètre transverse du cœur, dans la position assise, réduction qui ne s'opère pas en cas de dilatation ou d'hypertrophie. Ce diagnostic de la dilatation acquiert une grande importance dans la scarlatine qui peut se compliquer, à la même période, de péricardite ou de dilatation du cœur. L'existence d'une néphrite aiguë fera pencher la balance en faveur de la dilatation.

Le diagnostic avec la *symphyse du péricarde* ressortira de l'étude de cette dernière. L'épanchement peut être masqué par des adhérences par-

tielles du cœur en avant ou par des adhérences pleuro-péricardiques qui retiennent les bords pulmonaires. Dans le premier cas, le choc et les bruits du cœur sont perçus en avant, mais assourdis en arrière, ce qui, chez l'enfant, constitue une présomption sérieuse en faveur d'une accumulation du liquide en arrière du cœur.

L'étude que nous avons faite de la compression pulmonaire nous permet de passer rapidement sur le diagnostic de la *pseudo-pleurésie* et de la *pseudo-broncho-pneumonie* (Perret et Devic). Il suffit d'être prévenu pour éviter la confusion.

On reconnaîtra la *quantité* du liquide exsudé d'après l'étendue de la matité, les signes de compression cardiaque et pulmonaire.

L'*examen radioscopique* peut apporter un solide appoint au diagnostic de l'affection. M. Béclère¹ a beaucoup insisté sur les renseignements fournis par les rayons de Röntgen. « Dans les péricardites avec épanchement, dit-il, l'examen radioscopique montre avec netteté sur l'écran la forme spéciale dite en brioche que prend le sac péricardique distendu par une collection liquide. Il fait constater la disparition plus ou moins complète des mouvements rythmiques de l'ombre cardiaque, enfin par les changements qui surviennent dans l'étendue de cette ombre, il permet de mesurer approximativement les variations de quantité du liquide épanché. » J'ai pu vérifier plus d'une fois la valeur de la méthode. J'ai observé notamment un cas concernant une enfant de 14 ans, entrée dans mon service avec de la dyspnée et une altération à peine accentuée de l'état général, sans aucun symptôme cardiaque cliniquement appréciable et chez laquelle l'examen radioscopique nous montra précisément un élargissement considérable de l'ombre cardiaque sur l'écran fluorescent. L'autopsie fit voir, en effet, qu'il s'agissait d'une péricardite tuberculeuse.

Le diagnostic de la *nature* de l'épanchement sera basé sur les conditions étiologiques. La péricardite rhumatismale coïncide avec les manifestations articulaires ou endocarditiques de l'infection, elle a souvent des caractères de mobilité, que ne possède pas au contraire la péricardite tuberculeuse plus stable et qui affecte souvent un type subaigu. La péricardite liée à une infection pyogène, à une pneumonie, à une pleurésie purulente, aboutit ordinairement à la suppuration. La fièvre persistante, l'amaigrissement, la cachexie sont en faveur de cette dernière. La formation d'un abcès superficiel lèvera tous les doutes. — L'épanchement hémorragique coïncide avec une infection générale qui s'accompagne de purpura et d'hémorragies superficielles.

La péricardite tuberculeuse chez un sujet atteint d'autres localisations, est facilement rapportée à sa cause. On pourra, dans certains cas, s'aider de moyens sur l'importance desquels on a récemment insisté. La séro-réaction tuberculeuse, suivant la méthode d'Arloing-Courmont, pourra être recherchée : mon élève Descos² dans trois cas de péricardites soupçonnées tuberculeuses a trouvé trois fois l'agglutination positive. Il conclut même que la tuberculose

⁽¹⁾ BÉCLÈRE. Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. *Actualités médicales*, 1901, p. 22.

⁽²⁾ DESCOS. Le séro-diagnostic de la tuberculose chez les enfants. *Thèse de Lyon*, 1902-1905.

des séreuses chez l'enfant est « une des formes de l'infection tuberculeuse dans laquelle la séro-réaction d'Arloing-Courmont se montre avec plus de netteté et peut fournir les indications les plus précieuses ». Il est vrai de dire cependant que la valeur de cette constatation positive est diminuée par ce fait que les sujets sont souvent atteints de tuberculose pulmonaire qui est l'origine première des accidents péricardiques. Si l'on ponctionne l'épanchement, la cytologie pratiquée suivant la méthode de Widal et de ses élèves peut être très utile. M. Rendu¹, dans un cas concernant un adulte, a constaté de la lymphocytose du liquide contenu dans le sac péricardique. La forme primitive tuberculeuse se reconnaît, d'ailleurs, à l'évolution; elle aboutit en effet à une symphyse d'un type clinique très spécial, comme nous le verrons.

Pronostic. — Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité des formes hémorragiques et purulentes. On a cependant cité des cas de transformation calcaire de l'exsudat ou de guérison après incision et drainage. La forme séro-fibrineuse peut tuer dans sa période aiguë ou, si le liquide se résorbe, aboutir à une symphyse. Seule, la péricardite sèche, circonscrite, offre peu de danger. Dès qu'elle est étendue, lors même qu'elle relève du rhumatisme, elle constitue une lésion redoutable, et cela tient à la fréquence même chez l'enfant du rhumatisme récidivant qui renouvelle incessamment ses attaques sur le péricarde et arrive à entraîner l'affaiblissement du myocarde. Il est remarquable de voir ce dernier, qui offre une tolérance surprenante vis-à-vis de l'endocardite chronique, présenter une grande susceptibilité vis-à-vis de la péricardite chronique, et cela sans que sa structure soit altérée autrement que dans ses couches superficielles. Aussi peut-on dire que le pronostic général des maladies du cœur et du rhumatisme chez les enfants est commandé en partie par la péricardite. « Tous les enfants qui meurent de rhumatisme, dit C. de Gassicourt, meurent par la péricardite. » J'ai insisté, dans mon Traité sur les maladies de cœur chez les enfants, sur le rôle néfaste des péricardites dans la symptomatologie des cardiopathies infantiles. Marfan² de son côté a soutenu la même opinion. La mortalité est de plus de 6 pour 100 chez l'enfant (6 pour 97), alors que chez l'adulte elle est de 5 à 4 pour 100. Roger, sur 22 enfants atteints de péricardite rhumatismale, a noté 5 morts; sur les 17 survivants, 2 ont failli mourir, 5 fois il y a eu symphyse péricardique, 12 fois la péricardite a passé à l'état chronique. Mes observations m'ont montré que, chez les rhumatisants morts d'affections cardiaques, le péricarde a été intéressé dans une proportion de 72, 7 pour 100; j'ai trouvé dans une proportion variable des symphyses totales fibreuses, des adhérences chroniques plus ou moins étendues, des péricardites aiguës diffuses avec fausses membranes fibrineuses épaisses, formant symphyse aiguë. Dans quelques observations, le muscle cardiaque, examiné histologiquement, présentait des signes caractérisés d'inflammation parenchymateuse; elle paraît jouer un rôle important dans la terminaison des cardiopathies et c'est en la provoquant que la péricardite exerce son action fatale.

Traitement. — I. Peut-on prévenir la péricardite dans le cours des affec-

(¹) RENDU. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 mars 1901.

(²) MARFAN. *Bulletin méd.*, 1901.

tions générales qui la provoquent? La question se pose surtout pour le rhumatisme, et à ce sujet je crois avec la plupart des auteurs que la médication salicylée, sans exercer une influence absolue, diminue cependant les chances de complications cardiaques. Jaccoud admet au contraire que le salicylate, en atténuant les manifestations articulaires du rhumatisme, expose aux complications viscérales. La pathologie infantile ne confirme pas cette opinion, car les complications cardiaques sont la règle dans le rhumatisme infantile et même dans ces formes de rhumatisme qui, en raison de leur bénignité apparente, sont rarement traitées avant que la complication n'éclate. Cette circonstance doit imposer, dans le traitement du rhumatisme infantile, une rigueur hors de proportion avec les manifestations observées. On donnera donc du salicylate de soude à propos des douleurs articulaires insignifiantes en apparence, ou même dans des cas de rhumatisme musculaire qui sont aussi redoutables à certains égards que les arthropathies les mieux caractérisées. L'usage du salicylate sera prolongé au delà de la cessation des phénomènes articulaires. Si l'enfant est indocile, on fera des applications cutanées d'essence de Wintergreen ou de salicylate de méthyle suivant la méthode préconisée par Lannois et Linossier¹. A ces moyens, il faut ajouter le repos, soit à la chambre, soit au lit, s'il y a un mouvement fébrile, en même temps qu'une diète relative. Les mêmes précautions sont applicables à la chorée, si on la soupçonne de nature rhumatismale. L'attention sera d'autant plus éveillée que le sujet aura déjà eu antérieurement des atteintes de son cœur. Pour les autres affections susceptibles de produire la péricardite, la prophylaxie est illusoire, sauf cependant pour la pleurésie purulente qu'une intervention hâtive pourra arrêter dans ses actions collatérales sur le péricarde.

II. La péricardite une fois déclarée dans le cours d'un rhumatisme, il faut continuer à administrer le salicylate. Celui-ci est fort bien toléré par les enfants. Les doses seront de 0^{gr},50 par jour dans la première année, 1 gramme dans la seconde, 1^{gr},50 dans la troisième, 2 à 5 grammes jusqu'à 6 ans, 3 à 4 grammes jusqu'à 10 ans. Archambault poussait jusqu'à 10 grammes dans la seconde enfance, en signalant la rareté des vomissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles. Le salicylate a des succédanés : la salipyrine, 0^{gr},50 à 3 grammes par jour; le salophène, 0^{gr},25 à 2 grammes; le salol, 0^{gr},25 à 2 grammes; l'aspirine aux mêmes doses. Ces médicaments doivent être administrés jusqu'à la cessation de la fièvre. Si le cœur manifeste des symptômes d'affaiblissement, la médication salicylée est contre-indiquée. Dans tous les cas de péricardite, il est important d'assurer le repos maximum du cœur par l'aliment et la diète, en particulier la diète lactée.

III. Le traitement local comprend : les applications de *pommade mercurielle* à titre d'agent résolutif et antiphlogistique; les Anglais, qui préconisent cette thérapeutique, ajoutent encore le calomel pris à l'intérieur à doses réfractées; la *réfrigération continue* au moyen de compresses d'eau froide ou de vessies de glace; elle est surtout employée en Allemagne, soulage rapidement les douleurs, tonifie le cœur; elle est parfois difficile à faire accepter

(¹) Congrès de méd., Nancy, 1896.

aux enfants; les *ventouses simples et scarifiées* qui agissent rapidement contre la douleur. La *saignée générale* est à rejeter; car on doit éviter à l'enfant une perte quelque peu abondante de sang. La *révulsion* est communément employée, soit sous forme de badigeonnages iodés, soit sous celle de vésicatoires volants, plus rarement de pointes de feu, peu acceptées par l'enfant. La révulsion est encore indiquée, même si un épanchement se produit. Dans ce cas, on applique une série de vésicatoires. La *paracentèse* du péricarde est commandée par le collapsus rapide témoignant de la compression. Il ne faut pas craindre de la pratiquer aussi bien dans les formes séreuses que purulentes ou hémorragiques en se souvenant toutefois que les épanchements d'origine rhumatismale, quelque menaçants qu'ils paraissent, se résorbent spontanément dans la majorité des cas.

IV. Si la péricardite devient chronique, le traitement varie suivant la forme. La péricardite sèche à tendance fibreuse comporte l'emploi répété des révulsifs, de l'iode de potassium administré comme résolutif à la dose de 0^{gr},20 à 0^{gr},50 par jour pendant des mois, avec suspension de quelques jours tous les mois, des purgatifs répétés 1 à 2 fois par mois. On prescrit aussi le repos de façon à éloigner toute cause d'excitation cardiaque. Pour un épanchement qui tarde à se résorber, on a recours à côté des révulsifs aux diurétiques: nitrate, acétate de potasse, diurétine, lactose, diète lactée, et aux dérivatifs intestinaux, purgatifs drastiques, dans la pensée de déshydrater l'organisme qui fera des emprunts à la collection liquide du péricarde. La théobromine est un agent précieux dans certaines péricardites tendant vers la symphyse (Marfan). Cette pratique, basée sur l'exemple des épanchements et des œdèmes non inflammatoires, est très contestable pour les exsudats inflammatoires. Au surplus un épanchement qui dure, purulent ou non, est redoutable pour le cœur qui s'affaiblit progressivement. Il y a un intérêt évident à prévenir cette phase et à limiter l'atteinte du myocarde, l'épaississement des parois péricardiques, l'infection générale.

L'intervention ne doit pas être seulement une opération d'urgence (épanchement aigu) ou de dernier recours (péricardite infectante), elle doit être précoce dans la péricardite purulente, dans la péricardite du rhumatisme récidivant, dans toutes les formes où on ne peut espérer une guérison relative ou totale, par l'emploi des moyens médicaux. Malheureusement, elle se heurte à des obstacles divers.

La *ponction* que l'on pratique avec un fin trocart ou les aiguilles 1 et 2 de Dieulafoy, combinée habituellement à l'aspiration, se fait, d'après les classiques, très en dehors du sternum, au centre de l'espace mat situé au-dessous du mamelon gauche (Trousseau), à 5 ou 6 centimètres en dehors du bord gauche du sternum, dans le 4^e ou le 5^e espace (Dieulafoy). Or la plèvre gauche tapisse le péricarde jusque près du sternum (Delorme et Mignon)⁽¹⁾, et on risque ainsi d'infecter la plèvre ou de provoquer un pneumothorax.

Delorme et Mignon proposent de ponctionner au ras du sternum et

(¹) *Revue de chirurgie*, 1895-1896.

même, pour éviter plus sûrement la plèvre dont le bord se glisse quelquefois jusque sous le sternum, de diriger le trocart de façon à atteindre le péricarde en dedans du bord gauche du sternum. Mais la fréquence des adhérences en ce point, la proximité du cœur droit, exposent à un danger autrement redoutable que l'ouverture de la plèvre, c'est la blessure du cœur. Il me paraît plus prudent de continuer à pratiquer la ponction externe, non pas seulement parce qu'elle s'éloigne des vaisseaux mammaires qui, au niveau du 4^e et 5^e espace, sont à 3 millimètres du bord du sternum chez l'enfant (Roger), mais surtout parce que l'épanchement se collecte plus à gauche qu'à droite, qu'elle éloigne du cœur droit, et que les blessures faites au ventricule gauche, en cas d'adhérences, sont moins facilement perforantes. Au surplus, les chances de complications pleurales, tout évidentes qu'elles soient d'après les belles recherches de Delorme et Mignon, ne sont pas fatales. Je crois d'ailleurs qu'il y aurait tout intérêt à faire précéder la ponction évacuatrice d'une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, ce qui permettrait de reconnaître la nature de l'épanchement et de mieux choisir le genre d'intervention que comporte chaque cas. La ponction évacuatrice, dans l'enfance, est appréciée diversement.

Sur 15 cas concernant des enfants de moins de 11 ans réunis par Delorme et Mignon, sans distinction de purulence ou non-purulence, la ponction simple ou répétée a donné 11 morts sur 12, et encore le cas de guérison, observé par Villeneuve, chez un enfant de 5 ans 1/2, peut être attribué à la formation d'une fistule consécutive à la ponction; 3 opérés par incision ont guéri. L'incision est donc particulièrement indiquée chez les enfants. Toutefois la ponction compte des succès dans le jeune âge: Cas de Roger⁽¹⁾, 2 ponctions. Cas de Moore⁽²⁾, péricardite purulente: 6 ponctions, les 4 dernières suivies d'injection de teinture d'iode. Cas de Bouchut⁽³⁾, 8 ponctions: la mort survient après la 8^e. Cas de Jürgensen⁽⁴⁾; il laisse la canule en place et fait des lavages. Dans les cas de guérison, l'épanchement se reproduisait facilement, l'évacuation était plus ou moins complète et l'infection pouvait se prolonger, témoin l'enfant opéré par Bouchut et celui de Moore qui mourut peu après l'intervention d'une péritonite purulente. Les autres cas se rapportent à des péricardites séro-fibrineuses. Encore, dans les formes récidivantes d'une observation fréquente chez l'enfant, la ponction ne peut assurer l'évacuation des masses fibrineuses qui nagent dans le liquide et qui retardent la guérison. La ponction doit être réservée aux épanchements brusques (séreux ou hémorragiques) qui ne sont graves que par la compression. Durand (*Arch. de chir.*, 1896) propose la résection du 5^e cartilage costal qui donne du jour, même pour pratiquer la ponction.

Dans les formes durables qui agissent lentement sur le cœur (péricardite récidivante) ou qui sont infectantes, le procédé de choix c'est l'incision

(¹) *Soc. méd. des hôp.*, 1868.

(²) *Brit. med. Journ.*, 1875.

(³) *Gaz. des hôp.*, 1875.

(⁴) Cité par Bernheim. Art. PÉRICARDITE in *Dict. encycl. des sc. méd.*

qui assure l'évacuation complète, et permet la désinfection. Rosenstein¹ l'a pratiquée systématiquement et a eu des succès ainsi que West², Dickinson³ qui ont réussi chacun dans un cas où la ponction avait échoué. Fraenkel⁴ a fait l'incision avec succès chez une petite fille atteinte de péricardite séro-fibrineuse. Il y eut immédiatement chute de la fièvre et amélioration des symptômes. Porter⁵, qui a réuni un certain nombre d'observations de péricardotomies pratiquées pour évacuer des suppurations siégeant dans la cavité séreuse et dues à diverses causes, trouve que la mortalité après traitement chirurgical est de 60 pour 100. — Delorme et Mignon (*loc. cit.*) font l'incision contre le sternum, résèquent les 5^e et 6^e cartilages costaux et réclinent le bord pleural en dehors. Leur procédé d'incision doit être adopté, car il ménage la plèvre, autrement menacée par l'incision que par la ponction, et n'a pas les inconvénients de cette dernière au point de vue des blessures du cœur. La grande objection qu'on peut faire à l'incision, surtout chez l'enfant, est la nécessité d'une anesthésie discutable dans les conditions où se trouve placé le cœur. On en est réduit à faire une anesthésie locale, beaucoup plus infidèle. L'incision peut être combinée au drainage et aux lavages. Il n'y a pas à redouter l'effet de la décompression brusque du cœur; cependant, dans un cas de Roger, 5 heures après l'intervention, des concrétions fibrineuses se formèrent dans le cœur. Les lavages sont bien tolérés en général. Parker⁶ a vu un enfant mourir subitement pendant une injection. Les cas de mort après incision signalés dans la littérature ne sont pas rares ni chez l'adulte ni chez l'enfant (cas de Partzenski⁷, Ashby⁸, Parker⁹, Kørke¹⁰). Ils n'ont pas grande signification, car ils se rapportent à des cas d'intervention tardive. On ne pourra avoir d'opinion précise sur la chirurgie du péricarde que si on se décide à opérer de bonne heure.

Il est vraisemblable que la péricardite tuberculeuse bénéficiera également de l'incision, au même titre que la péritonite tuberculeuse. L'expérience est à peu près muette sur ce point. Février¹¹ rapporte 4 cas d'intervention chez des enfants, sans grand succès définitif, la tuberculose n'étant pas limitée au péricarde, mais avec soulagement immédiat. Dans un cas de péricardite chez une jeune fille de 14 ans, avec signes d'épanchement de moyenne abondance, nous décidâmes, M. A. Pollosson et moi, une intervention chirurgicale. Elle n'amena aucun résultat : la mort survint au bout de vingt-quatre heures, avec un état de défaillance cardiaque de plus en plus accentué. Pendant l'opération nous eûmes plusieurs fois à redouter un arrêt du cœur. L'autopsie démontra d'ailleurs qu'en réalité le péricarde n'avait pas été intéressé par l'incision : la plèvre au contraire avait été

(¹) ROSENSTEIN. *Berliner klinische Wochenschr.*, 1881.

(²) WEST. *British med. Journ.*, 1885.

(³) DICKINSON. *Id.*, 1888.

(⁴) FRAENKEL. XV^e Congrès allemand de médecine interne, Berlin. *Semaine méd.*, 1897.

(⁵) PORTER. *Boston med. and surgical Journal*, 1900.

(⁶) PARKER. *British med. Journ.*, 1888.

(⁷) PARTZENSKI. Cité par Bernheim.

(⁸) ASHBY. *The Lancet*, 1884.

(⁹) PARKER. *Berliner klinische Woch.*, 1892.

(¹⁰) KØRKE. *Berl. klin. Woch.*, 1892.

(¹¹) FÉVRIER. *Contrib. à l'étude de la chirurgie du péricarde.*

ouverte. Il existait en effet des adhérences assez résistantes entre le sac séreux du cœur et la plèvre. Le bistouri avait incisé cette dernière sans toucher au péricarde. Le processus adhésif qui souvent réunit les deux séreuses montre leurs rapports topographiques et la difficulté dans certains cas d'éviter l'ouverture pleurale qui se reconnaît facilement au sifflement que produit l'air en pénétrant dans la plèvre : pareils faits ont été notés parfois chez l'adulte. Si, dans notre cas, le péricarde ne fut pas ouvert pendant l'intervention, c'est que le cœur, malgré une certaine quantité de liquide épanché dans le péricarde, semblait ne faire qu'un avec cette membrane qui était tendue et dure au point de donner l'impression qu'il s'agissait de la paroi cardiaque elle-même. Il s'agissait, d'ailleurs, d'une péricardite tuberculeuse.

Peut-être pourrait-on dans certains cas, où la cavité péricardique serait dûment mise à nu, injecter dans son intérieur une solution modificatrice. Rendu, dans le cas que je rappelais précédemment, après évacuation de 250 grammes de liquide, introduisit une solution de naphthol camphré, comme s'il s'était agi d'une articulation atteinte d'une tumeur blanche. En résumé, la ligne de conduite qui nous paraît la plus favorable est celle-ci : Faire une ponction exploratrice externe avec la seringue de Pravaz. Si l'épanchement est purulent, pratiquer sur-le-champ l'incision; — s'il est séreux, ponctionner au lieu d'élection. Si l'épanchement se reproduit, consulter l'état du cœur pour les interventions ultérieures. Répéter la ponction si on n'a aucune crainte d'affaiblissement du myocarde; au cas contraire, inciser.

V. Dans le traitement de la péricardite, quelles que soient la phase de son évolution et la nature de ses altérations, il existe une indication générale, celle de soutenir le cœur. Si celui-ci fléchit, on donne les toni-cardiaques, digitale, caféine, de la manière que nous exposerons à propos du traitement de l'asystolie. En même temps, on relèvera les forces du patient au moyen du régime et d'une médication tonique (fer, quinquina, etc.).

IV. — SYMPHYSE DU PÉRICARDE

Étiologie. — Nous ne ferons pas l'énumération des causes, qui sont les mêmes que celles de la péricardite. La péricardite purulente aboutit exceptionnellement à la symphyse, dans son évolution spontanée. Les cas guéris par l'intervention (West, Rosenstein, *loc. cit.*) n'ont pas présenté les signes cliniques de la symphyse au moins dans les premiers temps de la guérison. Nous n'avons pas trouvé d'observation de ce genre suivie depuis plusieurs années, et capable de nous fixer sur l'avenir lointain de l'incision du péricarde. Dans l'enfance, l'artériosclérose ne joue aucun rôle. Il est rare que la pneumonie, la scarlatine soient en jeu. Deux affections surtout doivent être incriminées : le rhumatisme, la tuberculose. Chacune d'elles crée anatomiquement et cliniquement un type très spécial de symphyse.

La symphyse péricardique est assez fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse. Sur 50 cas réunis par Morel-Lavallée¹, 18 appartiennent à des

(¹) MOREL-LAVALLÉE. *Thèse de Paris*, 1886.