

faible, dépressible, parfois inégal. Enfin, lors d'hypertrophie ou de dilatation, on constate fréquemment un bruit de galop vrai par choc diastolique. Dans l'épanchement péricardique la matité, plus nettement limitée, tend à élargir la partie supérieure du triangle précordial; la voussure s'étend à toute la zone péricardique; les tons cardiaques semblent voilés, profonds; le choc s'atténue ou se perçoit en dedans de la limite de la matité; les changements de position modifient les signes de percussion et d'auscultation; le pouls demeure longtemps normal. Enfin, la progression journalière de l'intensité des phénomènes, souvent assez rapide, appartient à l'évolution de l'épanchement péricardique.

Peut-être, dans les cas embarrassants, pourrait-on recourir à la recherche du phénomène décrit dès 1899 par Abrams⁽¹⁾ sous la dénomination de réflexe cardiaque: d'après cet observateur, il convient de frictionner énergiquement la région précordiale avec un corps mousse, et d'attendre environ deux minutes pour laisser se dissiper la distension pulmonaire qui se produit en pareil cas; dès lors, si l'on constate une réduction de l'aire de matité cardiaque, c'est qu'il s'agit non d'un épanchement péricardique, mais d'une dilatation cardiaque.

Il est, d'ailleurs, évident que la moindre trace de frottement apparaissant à la faveur d'un changement de position tranche le diagnostic et affirme la péricardite.

On doit, cependant, ne pas perdre de vue qu'il est arrivé parfois à des cliniciens expérimentés de prendre une dilatation cardiaque pour un épanchement péricardique, et de recourir à une ponction inutile et dangereuse: c'est une preuve évidente de la difficulté du diagnostic dans bien des cas.

Il faut, du reste, songer à la possibilité d'adhérences fixant le cœur au voisinage de la paroi thoracique et modifiant, par suite, les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques au point de dissimuler un épanchement abondant ou de faire croire, comme dans l'observation de Mortagne, à une collection juxta-cardiaque.

On peut, en effet, signaler comme prêtant à la confusion un épanchement pleurétique gauche: mais d'ordinaire l'étendue de la matité au côté du thorax, la constatation du déplacement du cœur, les phénomènes d'auscultation pulmonaire, ne prêteront pas longtemps à une hésitation sérieuse. On arrive même assez aisément à établir la coexistence d'un épanchement péricardique et d'une pleurésie, ce qui est relativement fréquent, en se basant sur la constatation simultanée des signes propres à chacune de ces deux affections. Une pleurésie enkystée au voisinage du péricarde pourrait induire en erreur, mais la forme différente de la région mate, les signes d'auscultation, la persistance du battement de la pointe du cœur et des tons normaux valvulaires permettent d'éliminer l'hypothèse de la péricardite.

Il faudra toujours avoir présente à l'esprit, surtout chez l'enfant, la possibilité des signes pseudo-pleurétiques de la base gauche signalés par Pins (de Vienne), en 1889, et depuis lors par Perret et Devic; ces signes, qui disparaissent ainsi que nous l'avons vu (p. 55) dans la position genu-pectorale, ont été attribués à l'atélectasie de la base pulmonaire gauche comprimée, dans un thorax étroit, par un épanchement péricardique dont ils constituent ainsi une manifestation indirecte. Nous ne reviendrons pas ici sur l'importance attribuée

(¹) ABRAMS. *Medical Record*, janvier 1901.

par Weill à la situation de la pointe du cœur en pareil cas. D'après Marfan (¹) on peut même rencontrer ces signes pseudo-pleurétiques dans quelques faits de péricardite sans épanchement.

Enfin, les lésions avec induration de la languette pulmonaire précordiale, les tumeurs du médiastin, les anévrysmes aortiques, s'ils peuvent augmenter la matité dans la région cardiaque, seront néanmoins facilement distingués de l'épanchement péricardique par la forme même et la topographie de cette matité, et par les autres signes physiques ou fonctionnels qui leur appartiennent en propre. Il doit suffire de les avoir signalés.

Nous étudierons le diagnostic différentiel de l'hydropéricarde et du pneumopéricarde dans les chapitres qui leur seront consacrés.

Quant au *volume* de l'épanchement, c'est en rapprochant et comparant les renseignements fournis par l'étendue et la forme de la matité et de la voussure, par la disparition absolue du frottement, par l'effacement plus ou moins complet du choc cardiaque et des bruits valvulaires, par les troubles circulatoires dus à la compression cardiaque, tels que stase veineuse, petitesse du pouls, etc., que l'on pourra tenter une évaluation, toujours approximative et incertaine. Il faudra, d'ailleurs, tenir grand compte dans cette évaluation, aussi bien qu'en vue du pronostic et du traitement, de la part qui peut revenir à la myocardite dans cet ensemble de symptômes: nous y avons suffisamment insisté à diverses reprises, mais il convient de rappeler que le diagnostic de la lésion du myocarde présente au cours de la péricardite une importance capitale.

Pour déterminer la *nature* de l'épanchement, les signes physiques ne sont d'aucun secours; seuls les phénomènes généraux, la courbe thermique, l'habitus du malade, la marche des accidents, et surtout la notion étiologique fourniront des indications de valeur. Nous ne saurions revenir ici sur les divers groupes de causes et de symptômes qui plaident en faveur de la nature, séro-fibrineuse, hémorragique, ou purulente du liquide intra-péricardique; mais il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, parfois, les phénomènes propres aux hémorragies internes peuvent annoncer la péricardite hémorragique, et que, d'une manière générale, l'apparition rapide des signes de paralysie cardiaque rend probable la transformation purulente ou hémorragique de l'épanchement.

Ajoutons, en terminant, que le diagnostic de la péricardite chronique s'établira de par les mêmes signes et prètera aux mêmes considérations: l'absence de mouvement fébrile et la longue évolution des accidents devront entrer en ligne de compte dans l'appréciation du tableau symptomatique. Le diagnostic, souvent délicat, serait notablement facilité par la connaissance d'une phase de péricardite aiguë ayant précédé les manifestations chroniques; l'incertitude pourra demeurer plus grande dans les péricardites chroniques d'emblée.

TRAITEMENT

Les indications thérapeutiques sont variables suivant la forme de la péricardite, la période de son évolution, les phénomènes prédominants et les accidents qui la viennent compliquer.

(¹) MARFAN. *Bull. méd.*, février 1895.

D'une façon générale, elles se peuvent réduire à deux principales : combattre la phlegmasie du péricarde, et prévenir la défaillance du cœur.

Contre le processus phlegmasique, en particulier dans la péricardite aiguë, on aura recours aux révulsifs appliqués au niveau de la région précordiale : ventouses scarifiées, sangsues, pointes de feu, vésicatoires répétés. Ces divers moyens ont, en outre, l'avantage de procurer au malade un soulagement notable en atténuant, tout au moins, les douleurs thoraciques et l'angoisse précordiale.

On a aussi proposé, surtout en Allemagne, l'emploi de la réfrigération locale (Bamberger, Friedreich) au moyen de compresses froides renouvelées méthodiquement, ou de sachets de glace sur la région cardiaque ; cette méthode a donné de bons résultats (Robardet) ⁽¹⁾, et, d'après Dieulafoy et Le Gendre, constitue une pratique recommandable pourvu qu'il n'existe pas de lésions aortiques antécédentes.

Quant aux saignées générales préconisées par Hope, Bouillaud, Gendrin, elles n'ont, en général, qu'une utilité contestable, et présentent le grand inconvénient d'affaiblir les malades ; aussi sont-elles à peu près complètement abandonnées.

On a eu recours également aux antiphlogistiques et aux résolutifs généraux : le nitrate de potasse (Aran), les mercuriaux (Hope, Taylor, Graves, Stokes), la digitale à hautes doses, le tartre stibié (Jaccoud), etc. ; mais l'efficacité de ces moyens contre l'intensité du processus phlegmasique est demeurée tout au moins douteuse, et l'expérience a montré qu'ils ne sont pas toujours exempts de dangers.

Les mercuriaux, par exemple, n'ont pas rencontré chez nous, ou en Allemagne, la vogue dont ils ont joui en Angleterre, et ne sont plus employés. Quant au tartre stibié à doses élevées, c'est un moyen violent qui épuise les malades et trouverait tout au plus son indication chez des sujets robustes, en vue d'obtenir la résorption d'un épanchement liquide abondant.

La digitale, peu efficace comme antipyrétique, trouve au contraire son indication formelle dans les cas où apparaissent des symptômes d'asthénie cardiaque avec menaces de stases veineuses et d'asystolie. Ses effets devront d'ailleurs être attentivement surveillés, surtout lorsqu'on pourra craindre une dégénérescence myocardique assez avancée, et l'on devra parfois lui associer ou lui substituer la caféine, lorsque la faiblesse du pouls demeurera persistante en dépit de son administration méthodique.

Les toniques et les stimulants diffusibles, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque, les boissons alcooliques, trouveront leur indication dans l'état de faiblesse générale avec dépression des forces et menaces syncopales ; en pareil cas, les injections sous-cutanées de caféine ou d'éther pourront rendre d'appréciables services.

Lorsqu'il existe des phénomènes de dyspnée nerveuse, avec angoisse, agitation, douleurs vives, on se trouvera bien de l'emploi des opiacés (Gendrin), ou de la morphine injectée sous la peau ; mais il faudra se défier de leur action déprimante sur l'innervation cardiaque, surtout chez les sujets dont les contractions myocardiques sont faibles et précipitées (Bernheim).

Si les phénomènes dyspnéiques sont le résultat de la congestion passive des

⁽¹⁾ ROBARDET. Thèse inaug., Paris, 1893.

poumons, on aura recours aux cataplasmes sinapisés, aux ventouses, et même à une saignée déplétive dans le cas où existerait de la cyanose avec dilatation cardiaque et menaces de suffocation.

Enfin, lorsque l'épanchement péricardique est constitué, les vésicatoires répétés, les diurétiques, les purgatifs seront employés pour enrayer ses progrès ou en amener la résorption ; mais si, malgré ces divers moyens, il devient menaçant par son abondance même, on devra songer à la *paracentèse du péricarde*.

Proposée, dès 1649, par Riolan, puis par Sénac en 1794, discutée d'une façon théorique par Benjamen Bell, Camper, Van Swieten, Corvisart, etc., elle fut tentée pour la première fois, par Desault, en 1798. A son exemple, Larrey, Romero, Jowet, Schuh, Karawajeff, Schönberg, Kyber, Sellkeim, Jobert de Lamballe, Aran, Trousseau, etc., renouvelèrent la tentative avec plus ou moins de succès.

Pratiquée d'abord au moyen d'une incision dans le cinquième ou sixième espace intercostal (Desault, Kyber, Aran, Trousseau), elle constituait une opération délicate exposant à de graves accidents immédiats ou consécutifs ; aujourd'hui, grâce à l'emploi des appareils aspirateurs et aux précautions minutieuses de la méthode antiseptique, elle est devenue, entre les mains d'un grand nombre d'observateurs, une opération, sinon innocente, du moins relativement facile et peu dangereuse, presque toujours suivie de guérison (J. Jones ⁽¹⁾, Demange et Spillmann ⁽²⁾, Sears ⁽³⁾, etc.).

On trouvera les indications de la ponction dans la présence dûment constatée d'un abondant épanchement péricardique, s'accompagnant d'affaiblissement cardiaque, de petitesse et irrégularités du pouls, d'oppression, de cyanose de la face, avec menaces de suffocation et de syncope (Roger, Rendu). Il va sans dire que l'on aura pris soin, par un examen approfondi du cas et un diagnostic différentiel rigoureux, d'écarter autant que possible toute cause d'erreur tenant à une dilatation cardiaque, à des adhérences étendues, à une tumeur du médiastin, à un épanchement pleural, etc.

L'indication opératoire établie, on devra toujours commencer par pratiquer une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz ; puis, si la présence de l'épanchement dans le point choisi ne laisse plus aucun doute, la ponction, rigoureusement aseptique, sera pratiquée suivant des règles aujourd'hui nettement posées par Rendu ⁽⁴⁾, Giraudeau ⁽⁵⁾, Terrier et Reymond ⁽⁶⁾. On choisira pour enfoncer l'aiguille le quatrième ou mieux le cinquième espace intercostal (Heger, Roger, Dieulafoy), à environ 6 centimètres du bord gauche du sternum (Dieulafoy, Shattuck ⁽⁷⁾, Giraudeau). Pour Delorme et Mignon, Voinitch, Sianojentsky, le sixième espace serait préférable. Enfin Rendu conseille de ponctionner dans le 6^e, 7^e ou 8^e espace, en dehors de la ligne mammaire, mais sans sortir *des limites* de la matité absolue : on éviterait ainsi tout danger de blesser le ventricule puisque le point choisi se trouve au-dessous et en dehors de la pointe du cœur. Après l'évacuation du liquide, on appliquera un pansement occlusif.

⁽¹⁾ J. JONES. *The Lancet*, 1897.

⁽²⁾ DEMANGE et SPILLMANN. *Gaz. hebd.*, 11 septembre 1898.

⁽³⁾ SEARS. *Boston med. and Surg. Journal*, 22 septembre 1898.

⁽⁴⁾ RENDU. *Clin. méd.*, t. II, 1890.

⁽⁵⁾ GIRAudeau. De la paracentèse du péricarde. *Semaine méd.*, septembre 1898.

⁽⁶⁾ TERRIER et REYMOND. *Chirurgie du cœur et du péricarde*, 1898.

⁽⁷⁾ SHATTUCK. *Congrès de méd. et de chir.*, Washington, 1897.

Pour éviter la reproduction assez commune du liquide, on a parfois conseillé, à l'exemple de Richerand et d'Aran, de faire suivre l'évacuation d'une injection iodée; cette méthode compterait quelques succès. Mais on doit la regarder comme d'une utilité très discutable dans la péricardite séro-fibrineuse, et comme mauvaise dans le cas d'épanchement purulent qui réclame l'incision large de l'abcès (Terrier et Raymond).

On peut, d'ailleurs, lorsque l'épanchement se reforme assez rapidement, et surtout dans les cas de liquide hémorragique ou purulent, recourir à des ponctions multiples successives: Moore (1) a pratiqué ainsi six ponctions suivies ou non d'injections iodées chez un enfant, et plus récemment Churton (2) a rapporté un cas où treize ponctions péricardiques ont été faites, chez un homme de quarante-six ans, pour un épanchement hémorragique: la guérison fut momentanée, mais une rechute emporta le malade.

La nécessité des ponctions multiples, avec injections iodées ou lavages antiseptiques, dans les cas de péricardite purulente a conduit un certain nombre de médecins à tenter l'incision et l'ouverture large du sac séreux, afin d'en obtenir l'évacuation complète et d'en réaliser l'antisepsie plus rigoureuse au moyen des lavages répétés et du drainage chirurgical: tels sont les cas de Rosenstein (3), S. West (4), Partzewski (5), Hermann Bronner (6), Davidson (7), Kœrte (8), Eiselberg (9), Brentano (10), Sievers (11), B. Roburson (*loc. cit.*), Fawiett et Steward, Percy Kidd (12), etc. La plupart de ces opérateurs, à l'exemple de Kœrte, ont eu recours à la résection plus ou moins étendue d'une côte, et même Brentano, Maucuer posent en principe la nécessité de cette résection; d'autres, comme Sievers, ne la recommandent qu'en cas de nécessité pour obtenir l'évacuation facile et rapide de l'épanchement. Le siège de l'incision a été généralement dans le 4^e ou 5^e espace intercostal, à quelques centimètres du bord sternal (Sievers); cependant Voïnitch-Sianojentsky (de Saint-Petersbourg) (15) a préconisé, surtout dans les petits épanchements, une incision longitudinale à travers les insertions thoraciques du grand droit abdominal: cette incision correspondant ainsi exactement à l'axe du médiastin.

Dans un nombre notable de ces observations (Rosenstein; 1^{er} cas de West, Eiselberg; Brentano; 4 cas de Sievers; Fawiett et Steward, etc.), la guérison a pu être obtenue; dans toutes les autres la mort est survenue, non du fait de l'opération, parfois suivie d'une amélioration manifeste, mais comme conséquence de lésions irrémédiables ou de complications graves de la maladie elle-même, toutes causes de mort que ne peut supprimer la paracentèse. Aussi devra-t-on s'efforcer, par une intervention hâtive, de se trouver placé dans les meilleures conditions possibles, et de prévenir le développement des altérations profondes du myocarde ou de la septicémie générale.

(1) MOORE. *Brit. med. Journal*, 1875.

(2) CHURTON (de Leeds). *Soc. clin. de Londres*, novembre 1891.

(3) ROSENSTEIN. *Berl. klin. Woch.*, 1881.

(4) S. WEST. *Brit. med. Journal*, avril 1885. — *Ibid.*, février 1891.]

(5) PARTZEWSKI. *Mediz. Oboz.*, mars 1882.

(6) HERMANN BRONNER. *Bradford medico-chir. Society*, 1891.

(7) DAVIDSON. *Brit. med. Journ.*, 1891.

(8) KÖERTE. *Soc. med. de Berlin*, 1892.

(9) EISELBERG. *Wien. klin. Woch.*, n° 2, 1895.

(10) BRENTANO. *Deutsch. med. Woch.*, 11 août 1898.

(11) SIEVERS. *Zeitsch. f. klin. med.*, XXIII, 1 et 2.

(12) FAWIET et STEWARD. — PERCY KIDD. *Clinical Society of London*, 11 décembre 1900.

(15) VOÏNITCH SIANOJENTZKY. *XIII^e Congrès des sciences méd.*, Paris, août 1900.

Contre la *péricardite chronique* la médication, ordinairement bien impuissante, se bornera à la révulsion prolongée au niveau de la région précordiale, et à l'emploi des toniques et des reconstituants: quinquina, fer, arsenic, alimentation substantielle, séjour à la campagne, etc.

Dans quelques cas, l'iodure de potassium pourra être employé à titre d'altérant et de résolutif; mais c'est surtout l'état de dégénérescence du myocarde qui commandera les accidents et la thérapeutique: les indications sont alors celles des affections organiques du cœur.

Lorsqu'il y aura persistance ou retour d'un épanchement abondant, on aura recours aux diurétiques, aux purgatifs drastiques répétés; enfin, si des phénomènes menaçants apparaissent et que l'état général le permette, on pratiquera la paracentèse.

CHAPITRE II

SYMPHYSE CARDIAQUE

La symphyse cardiaque n'est, à proprement parler, que la terminaison par adhérences entre les deux feuillets du péricarde de diverses formes de la péricardite. Mais, comme elle présente une longue évolution propre, un ensemble assez spécial de signes cliniques et de lésions intra et extra-péricardiques, elle mérite une description particulière.

Historique. — Avec Galien, la plupart des anciens auteurs crurent, en pareil cas, à une absence congénitale du péricarde. Dès 1518, Gentilis (de Fuligno) l'attribue à une hypertrophie péricardique d'origine *a frigore*, avec atrophie du cœur; enfin Lancisi fixe le premier sa véritable nature inflammatoire. Après lui Baillou, Lower, Vieussens, Morgagni, en ébauchèrent le tableau symptomatique, auquel Heim, cité par Kreysig, ajoute un trait important en signalant la dépression systolique à gauche de l'épigastre sous les fausses côtes; Sanders observe à son tour un mouvement d'ondulation à gauche de l'épigastre, et l'on s'étonne de voir Laënnec, Bouillaud, Piorry, méconnaître l'importance de ces phénomènes qu'ils ne retrouvent pas dans leurs explorations cliniques. C'est d'ailleurs à Skoda, puis à Williams, Sibson, Aran, Friedreich, Traube, que l'on doit la véritable étude séméiologique de la symphyse cardiaque. Citons encore les cliniques de Jaccoud, de G. Sée, de Riegel, les recherches de Duroziez, les thèses de E. Cerf (Zurich, 1875), de L. Blanc (1876), de Morel-Lavallée (1886), de Manesse (1895), enfin les articles des deux grands Dictionnaires, dus à Maurice Raynaud et à Bernheim, et les diverses publications de J. Mussy (1), de Potain (2), Merklen (3), etc.

Étiologie. — La péricardite plastique oblitérante de Stokes ne saurait constituer une forme particulière tenant sous sa dépendance exclusive l'étiologie.

(1) J. MUSSY. *La Médecine moderne*, 1895.

(2) POTAIN. *Clin. méd. de la Charité*, 1894.

(3) P. MERKLEN. *Congrès de méd. interne*, Bordeaux, 1895.