

PÉRICARDITE AIGUE ET SUBAIGUE

Etiologie et Pathogénie.

Age. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que dans l'enfance la péricardite est rare au-dessous de cinq à six ans. Suivant Cnopf, de Munich, cité par Weill, la péricardite infantile s'observe dans la proportion de 2,17 pour 100; c'est-à-dire quelle serait environ 2 fois moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

On l'a rencontrée exceptionnellement dans la vie intra-utérine et chez le nouveau-né. Chez ce dernier il s'agit souvent d'une péricardite purulente, à la suite de phlébite du cordon (Weber) ou consécutive au puerpérisme infectieux de la mère (Homolle). La syphilis héréditaire a été invoquée par Parrot dans un certain nombre de faits : 4 fois sur 10 cas.

Quoi qu'il en soit, les statistiques de péricardite chez l'enfant sont rares : sur 430 malades observés en 13 mois, Weill (1894) en compte 7 cas, soit 1,62 pour 100. Cnopf, de Munich, sur 459 malades, examinés dans une période de 2 années, en relève 10 cas, soit 2,17 pour 100. De ces recherches on peut conclure, que de deux à quinze ans, la péricardite est 2 fois moins fréquente que chez l'adulte.

Chez les vieillards, elle serait relativement fréquente (Willigk ; Vulpian) ; on rencontre quelquefois même la péricardite aiguë (Lejard, 1885) mais le plus ordinairement elle prend la forme latente ; au point de vue des lésions, elle donne lieu le plus souvent à un épanchement, séreux, hémorragique ou purulent.

En résumé, c'est dans la jeunesse et à l'âge adulte que la péricardite se rencontre de préférence, et cette particularité s'explique en ce que le rhumatisme articulaire aigu, cause la plus fréquente de la péricardite, est l'apanage de l'adolescence et surtout de l'âge moyen.

Sexe. — Le sexe masculin est plus particulièrement frappé, et cette prédominance serait surtout accentuée pour l'enfance : 21 garçons, contre 3 filles (Rilliet et Barthez). Par contre, Lejard prétend que dans la vieillesse on observerait une relation inverse.

Causes prédisposantes. — Le surmenage, la misère, l'alimentation insuffisante, les cachexies de toute nature, et d'une façon générale, toutes les causes de débilitation, favorisent l'apparition de la péricardite. Il en est de même de certaines conditions générales mauvaises, empruntées à la fois à l'hygiène défectueuse, à la mauvaise nourriture et aux privations de toute sorte, frappant à la fois une grande masse d'individus (armées en campagne, villes assiégées) et donnant à la péricardite un faux caractère d'épidémicité, comme dans les cas

qu'observa Trécourt en 1755 sur les soldats de la garnison de Rocroy.

Enfin, certaines influences cosmiques expliquent la prédominance de quelques-unes des formes de péricardite, sous de certaines latitudes ou dans certains climats : ainsi peut se comprendre la péricardite hémorragique qui atteint à la fois un grand nombre d'habitants des régions septentrionales de la Russie ; on peut la considérer alors comme une simple manifestation cardiaque, d'une épidémie de scorbut (Kyber, Seidlitz).

Causes occasionnelles. — Jusque dans ces derniers temps, les auteurs distinguaient dans la péricardite, deux variétés distinctes : la péricardite aiguë primitive et la péricardite secondaire ; dans la première variété rentraient les cas de péricardite nés sous l'influence du froid et du traumatisme, la seconde, plus riche en faits, comprenait les péricardites survenant à la suite de certaines maladies générales ou de nombreux états infectieux. Cette division toute artificielle ne répond plus aujourd'hui aux données de la science actuelle qui a montré que dans la genèse de toutes les péricardites, on peut toujours trouver un point de départ infectieux, dont l'élément microbien pathogène est déjà connu et classé, ou bien fait partie de ces agents infectieux, encore mal connus ou même ignorés (cryptogéniques, comme disait Hanot) dont la bactériologie s'efforce chaque jour de découvrir les caractères. Cette conception moderne dans la pathogénie de la péricardite, ne supprime pas d'ailleurs l'influence du froid ou du traumatisme, mais elle en détermine le rôle avec plus de précision.

En effet, dans la péricardite à frigore, admise par Corvisart et par Bouillaud, on peut admettre, ou bien que le rhumatisme a frappé d'emblée et primitivement la séreuse péricardique, ou bien que le froid n'a fait qu'augmenter la virulence d'un agent infectieux resté à l'état latent.

Quant à la péricardite qui succède à un traumatisme de la région précordiale, ou bien il y a plaie et pénétration dans la séreuse d'un instrument tranchant (Murat, Bamberger), et dans ce cas on doit admettre qu'il y a eu introduction directe dans le péricarde d'un agent pathogène ; ou bien il y a eu simple contusion sans plaie extérieure, et on peut concevoir dans ce cas que le traumatisme a pu développer des sortes de greffes au niveau de quelque rupture vasculaire ou épithéliale opérée dans l'intérieur des tissus (And. Petit).

L'origine infectieuse peut être également invoquée pour la pathogénie de quelques péricardites, produites, disait-on autrefois, par propagation ou encore par contiguïté. Telles sont par exemple, les péricardites consécutives à certaines pleuro-pneumonies, ou encore à l'aortite, à l'endocardite et aussi à la myocardite. Telles sont aussi les péricardites développées à la suite de lésions de voisinage, d'abcès gan-

gionnaires *trachéo-bronchiques*, de *cavernes tuberculeuses*, d'abcès ou cancers du *médiastin* ou de *l'œsophage*, de la *carie costo-vertébrale*, de *collections purulentes sous-diaphragmatiques* ouvertes dans le péricarde, de *corps étrangers*, passés de l'œsophage dans le péricarde : dentier (Buist). Dans tous ces cas, il y a tantôt irruption brusque dans le sac péricardique d'un empyème ou d'une collection purulente de voisinage, et dès lors c'est un véritable ensemencement microbien direct, tantôt l'agent septique est charrié de proche en proche jusqu'au péricarde par la voie sanguine ou par les lymphatiques (Colrat). La propagation par le tissu cellulaire a été signalée encore dans les cas de pneumonie compliquée de pleurésie et de péricardite : Thue vit le pneumocoque gagner successivement le tissu cellulaire sous-pleural, la plèvre, enfin le péricarde.

En résumé, la *péricardite primitive, idiopathique* des anciens auteurs, doit être considérée comme une manifestation de nature infectieuse dont l'agent pathogène est encore inconnu pour un grand nombre de cas, ou dont la porte d'entrée dans l'économie reste souvent indéterminée. Dans quelques circonstances, les germes infectieux semblent frapper d'emblée le péricarde, et y restent cantonnés exclusivement. Ainsi s'expliquent certains faits de péricardite infectieuse primitive (Rendu, 1882), dont quelques-uns avec épanchement purulent par streptocoque pyogène (Foureur¹). Dans l'immense majorité des cas, au contraire, la péricardite n'est que la manifestation locale d'une infection qui atteint l'économie tout entière, ou bien encore le résultat d'une infection secondaire dans le cours d'une affection préétablie.

Rubino a produit expérimentalement la péricardite chez les animaux en injectant des staphylocoques dans le sang, après irritation de la séreuse.

Envisagée de la façon que nous venons de dire, la péricardite peut s'observer à la suite d'un grand nombre d'états morbides dont voici les principaux :

a. *Rhumatisme polyarticulaire aigu*. — Entrevue dès 1788 par David Pitcairn, et signalée avec plus de précision par Corvisart (1806), la péricardite consécutive au rhumatisme a été établie définitivement par Bouillaud, dans deux lois cliniques bien connues, dans lesquelles il ne l'avait point séparée de l'endocardite.

D'après Bouillaud, on la rencontrerait dans la moitié des cas ; Jacquod pense que la péricardite est deux fois plus fréquente que l'endocardite dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, et son assertion est partagée par Williams et par Wunderlich, mais ce n'est point l'opinion généralement admise. Sibson a en effet démontré que

1. Foureur. *Péricard. purulente primitive*. *Revue de médecine*. 1888.

sur 325 cas de rhumatisme articulaire aigu, il y avait 6 fois seulement péricardite seule, 57 fois endopéricardite, 107 fois endocardite isolée.

Quoi qu'il en soit, on admet en général que la péricardite complique le rhumatisme polyarticulaire aigu, dans la proportion de 15 à 20 pour 100 (Leudet) ; mais la péricardite isolée est plus rare que son association avec l'endocardite. D'autre part on tend de plus en plus à considérer le rhumatisme articulaire aigu comme une pyrexie infectieuse dont l'élément microbien pathogène est encore à trouver, par suite la péricardite rhumatismale rentre dans le groupe des péricardites infectieuses.

Dans l'enfance la péricardite rhumatismale est également observée, son rapport de fréquence serait pour West de 1/4 des cas ; pour H. Roger, il s'élèverait jusqu'à 1/2. Chez les jeunes rhumatisants, on observe la fréquente association de la péricardite et de la pleurésie, et souvent même (Duroziez) la première précéderait la seconde.

Dans le *rhumatisme subaigu*, la péricardite est beaucoup moins fréquente ; ce fait bien mis en lumière par Fuller, est démontré journellement par la clinique. Chez l'enfant cependant elle se déclare aussi bien dans le rhumatisme léger que dans les formes intenses (H. Roger). Lejard (*th.* 1885) a recueilli quelques rares observations de péricardite chez le *vieillard*, accompagnée de pleurésie.

Moment d'apparition. — Tous les auteurs reconnaissent que la péricardite apparaît en général pendant la période d'état du rhumatisme polyarticulaire aigu, généralement dans la *deuxième semaine*, et de préférence durant la *première attaque*. Cependant il est des cas où elle a précédé, même de plusieurs jours, les manifestations articulaires. Stokes, Trousseau, Haller (1870) et d'autres auteurs en ont signalé des exemples probants. Cette *péricardite préarthropathique* serait fréquente chez l'enfant, et West pense que cette précession de la lésion cardiaque est un caractère important du rhumatisme infantile.

Forme anatomique. — Le plus souvent la péricardite rhumatismale est *sèche*, suivie ou non ultérieurement d'*épanchement séro-fibrineux*.

b. Dans le *rhumatisme chronique*, la péricardite est beaucoup plus rare et a été même contestée ; cependant Trastour, Charcot, Romberg en ont cité des cas certains ; elle semble d'ailleurs se montrer surtout à l'occasion des poussées subaiguës qui se greffent sur l'arthropathie chronique.

c. La péricardite compliquant le *rhumatisme blennorrhagique* est repoussée par Fournier, et admise par Ernest Besnier qui ne l'accepte d'ailleurs que pour quelques cas exceptionnels. Plus récemment

Boucher d'Argis¹ en a rassemblé 13 cas; elle éclate vers la 6^e semaine environ, et se termine par la guérison.

d. La question des rapports étroits entre la *chorée* et le rhumatisme, est restée classique jusque dans ces derniers temps. Admise de la façon la plus absolue par Botrel, G. Sée, H. Roger, elle a été mise en doute par Joffroy et par E. Weill. Sans insister ici davantage sur ce point, il faut reconnaître que c'est à cette parenté rhumatismale que les auteurs rapportent généralement la fréquence des cardiopathies dans le cours, et même quelquefois avant l'apparition des mouvements choréiques. La péricardite cependant y serait plus rare que l'endopéricardite, et surtout que l'endocardite. Sur 71 cas observés par H. Roger, il y eut 47 cas d'endocardite, 19 cas d'endopéricardite, et seulement 5 péricardites isolées.

Après le groupe des affections rhumatismales, qui occupe la première place dans l'étiologie de la péricardite, vient se placer la scarlatine dont l'influence pathogénique est relativement grande.

e. La *scarlatine* peut en effet se compliquer de péricardite; Gendrin, Trousseau et d'autres, après Kruckenberg (1820) l'ont bien démontré. Sur un groupe de 44 péricardites de l'enfance, West en a trouvé 5 d'origine scarlatineuse. En général, la péricardite survient tardivement, du vingtième au trentième jour, et même pendant la convalescence. Elle est quelquefois précédée de rhumatisme scarlatin, et pour Peter, celui-ci serait la cause première de la péricardite, pour d'autres auteurs, il n'exercerait aucune action pathogénique appréciable.

La péricardite scarlatineuse peut être séreuse (Thore²); dans d'autres cas, l'épanchement est hémorragique ou purulent.

A un degré moindre de fréquence, les autres fièvres éruptives peuvent être suivies de péricardite.

f. Andral, Desnos et Huchard, et surtout Brouardel (1874), ont signalé la péricardite à la suite de la *variole*; assez fréquemment, d'après ce dernier auteur, les localisations cardiques sont multiples, et on observe à la fois des altérations associées du péricarde, de l'endocarde et de l'aorte. Au moment de l'éruption surtout et même pendant la période d'état, la péricardite est séro-fibrineuse, ou le plus souvent même sèche; les lésions siègent alors de préférence à la base du cœur. A une période plus avancée, en général, l'épanchement peut être purulent ou hémorragique, ce dernier se rencontre dans le cours des varioles hémorragiques.

g. La *rougeole* est très rarement suivie de péricardite, néanmoins quelques cas ont été signalés (Dufour).

1. Boucher d'Argis. — *De la péricard. blennorrhag. Th.* 1895.

2. Thore. *Arch. gén. de Médecine*, 1855.

h. Durant le cours de l'*érysipèle*, on a vu quelquefois apparaître la péricardite (Duroziez, *Gaz. hôpit.* 1866); Jaccoud (*Gaz. hebd.* 1873) qui l'a bien étudiée avec Sevestre (1874) est d'avis qu'elle est plus rare que l'endocardite. Le plus souvent elle donne lieu à un épanchement: tantôt séro-fibrineux, tantôt au contraire, trouble, louche, mais rarement purulent; dans quelques cas, le liquide était hémorragique.

Dans une thèse intéressante (1885), Dénucé a bien montré la filiation qui relie l'érysipèle et la péricardite, car dans deux cas compliqués d'épanchement péricardique, il a trouvé dans ce liquide la présence du streptococcus de l'érysipèle.

i. La péricardite est assez rare dans la *fièvre typhoïde*. Cependant d'après Guéneau de Mussy¹, elle serait plus fréquente qu'on ne pense généralement: sur trente fièvres typhoïdes, il a observé cinq cas nets de péricardite, dont un confirmé à l'autopsie. Dans sa thèse (1878), Petitfour lui a emprunté trois de ces faits et y a ajouté trois autres cas. Romberg en a rapporté sept observations: la péricardite était presque toujours accompagnée de myocardite. Il est difficile, dans beaucoup de cas, de savoir si elle se rattache directement au bacille d'Eberth, ou à une infection secondaire. D'après Maurice Raynaud, elle serait presque toujours sèche, toutefois un épanchement n'est point rare, et lorsque la fièvre typhoïde se complique d'infections secondaires, il peut prendre le caractère purulent. Cadet de Gassicourt en a signalé un cas dans l'enfance. Dans une observation de Cl. de Boyer, il y avait à la fois péricardite purulente, myocardite et endocardite végétante.

j. Dans le *typhus exanthémato-pétéchial*, on a trouvé quelques cas de péricardite purulente, lorsque la pyohémie survient dans les périodes avancées de l'infection.

k. Il faut encore, malgré leur rareté, signaler la péricardite qui peut compliquer la *varicelle* (Kirby), les *oreillons* (Jaccoud, Pourthon, *Th.*, Bordeaux 1893); la *coqueluche* avec broncho-pneumonie (Racchi); la *grippe*, etc. Sa coexistence avec la *diphthérie* n'est pas démontrée absolument. Dans les cas rapportés par Romberg, elle coïncidait avec la myocardite.

l. L'*infection puerpérale*, la *pyohémie* peuvent se compliquer de péricardite; celle-ci, dans ces cas, n'est que la manifestation vers la séreuse cardiaque, d'une infection totale de l'individu; le plus habituellement l'épanchement est purulent. Willigk a rencontré la péricardite cinq fois sur 91 cas de septicémie puerpérale avec autopsie.

1. Guéneau de Mussy. — *Clin. Med.*, t. III, p. 386, 1884.

On a cité quelques observations de péricardite à la suite de l'*ostéomyélite* (Parker, 1889).

m. Nous avons signalé déjà le *scorbut* comme cause prédisposante de la péricardite et particulièrement à forme hémorragique (Kyber, Krebel); on la rencontre surtout en Russie où le scorbut est endémique. On l'a notée encore dans certains purpuras hémorragiques infectieux.

n. Il nous suffira de rappeler que le *paludisme* a été regardé par quelques auteurs comme une cause de péricardite, mais le fait est encore discuté.

Les *maladies infectieuses des voies respiratoires* occupent une place importante dans l'étiologie des péricardites.

o. La *pneumonie*, d'après Grisolle, ne présenterait cette complication que dans 5 pour 100 des cas; Leudet l'a notée 6 fois dans 83 autopsies de pneumonie; mais Vignau, dans une statistique plus récente, se rattache à la proportion de Grisolle. La péricardite de la pneumonie est une manifestation de la pneumococcie sur le péricarde: on l'a notée seule ou associée à d'autres complications pneumococciques: méningite cérébro-spinale, néphrite et endocardite (Netter, Bozzolo), ou avec la pleurésie: 18 cas sur 24, d'après Vignau¹. La présence des pneumocoques dans l'exsudat péricardique a été constatée par plusieurs auteurs: Netter, Cornil et Babès, Senger et d'autres, et reproduite expérimentalement chez le lapin par Klebs et Lubenski, qui injectèrent dans la chambre antérieure de l'œil, des crachats pneumoniques, expérience qui fut reprise plus tard par Vanni et Banti. La péricardite pneumococcique survient habituellement d'une façon latente, dans le cours des pneumonies intenses vers le troisième, quatrième et jusqu'au neuvième jour environ; elle peut être sèche, séro-fibrineuse, hémorragique et souvent purulente, à ce qu'il semble. Dans quelques cas, on a observé des péricardites purulentes avec pneumocoques, sans pneumonie, par pneumococcie isolée au péricarde de (Beurmann et Griffon)². Dans un cas de Widal et Meslay³, il y avait à la fois pneumococcie du péricarde et d'une articulation, et on trouva un épanchement purulent péricardique à forme latente; issu de ce foyer, le pneumocoque alla infecter l'articulation métatarso-phalangienne.

p. La péricardite a pu se rencontrer encore associée à la *pleuro-pneumonie* infectante dans certaines épidémies, comme celle de la garnison de Rocroy, observée par Trécourt (1746), ou encore en certains cas de *broncho-pneumonie* d'origine grippale.

1. Vignau. *Contribut. à l'étude de la péricard. à pneumocoques*. Th. Paris, 1895.

2. De Beurmann et Griffon. *Soc. Anat.*, Mars 1896.

3. Widal et Meslay. *Soc. Anat.*, Juill. 1895.

q. La *tuberculose* pleuro-pulmonaire est une cause fréquente de péricardite; en effet, après la péricardite de nature rhumatismale, la péricardite tuberculeuse vient par ordre de fréquence. Connue de Corvisart et de Laënnec, elle a été surtout étudiée par Trousseau, Bamberger, Leudet, Hayem et Tissier, etc., et sera décrite ultérieurement avec détail. Elle peut être l'unique manifestation de la tuberculose (Cruveilhier, Virchow), ou bien survenir dans le cours d'une tuberculose en voie d'évolution: pleurale, pulmonaire, osseuse, intestinale (Eicchorst) ou le *plus souvent ganglionnaire* soit du médiastin, soit trachéo-bronchique (Jaccoud, Osler). Les lésions sont variables: tantôt c'est de la péricardite sèche, tantôt on rencontre un épanchement séro-fibrineux, hémorragique, ou encore purulent. Enfin la péricardite tuberculeuse détermine fréquemment la *symphyse cardiaque*; lorsqu'elle est incomplète, il y a association de symphyse adhésive incomplète avec épanchement plus ou moins abondant (Letulle).

La péricardite tuberculeuse se rencontre dans l'*enfance* (Thaon), mais moins fréquemment que chez l'adulte. Rousseau, réunissant dans sa thèse (1882) 51 observations, en note 33 au-dessus de quinze ans et 18 au-dessous; il ne cite que 2 cas avant cinq ans.

r. La *gangrène pulmonaire*, d'après Laurence, aurait une influence pathogénique sur certaines péricardites. Lancereaux a signalé un cas où l'épanchement était purulent (1881). Mais dans ces cas, la gangrène et la péricardite n'étaient sans doute que des manifestations différentes d'une même infection.

s. La péricardite a été rencontrée encore à la suite d'infections diverses: dans le cours de l'*angiocholite septique calculeuse* (Oddo); dans l'*angine à streptocoques* (Gouguenheim, 1896) où le cas se termina par la mort; dans l'*entérite streptococcique* (de Cérenville).

t. La *maladie de Bright* est parfois compliquée de péricardite (136 fois sur 1682 cas analysés par Sibson); à vrai dire, contrairement à ce qu'on a déclaré souvent, elle est, parmi les lésions des séreuses consécutives au brightisme, une des moins communes et notamment moins fréquente que la pleurésie, à condition qu'on la sépare de l'hydropéricarde. Elle paraît plus fréquente dans les formes chroniques de la maladie, soit à la suite de la néphrite parenchymateuse, comme le veut Dickinson, soit au contraire après la néphrite interstitielle (Lécorché et Talamon 1888). Peter avait déjà montré (1883) que la fréquence de la péricardite dans le gros rein blanc est de 5,3 %, et de 38,16 % dans la néphrite scléreuse. Elle est souvent sèche avec tendance à la symphyse cardiaque, et latente quant aux symptômes. Dans quelques cas cependant elle s'accompagne d'épanchement séro-fibrineux, quelquefois hémorragique, et même puru-

lent. Dans ce dernier cas, elle paraît être la conséquence d'une infection secondaire greffée sur le mal de Bright. Dans sa thèse (1878), Kéralval a soutenu que la péricardite du brightisme était le fait de l'intoxication par les *poisons urémiques*, mais ses expériences ne semblent pas rigoureusement démonstratives.

Rabé¹ et plus tard Bosc (1898) ont prétendu que la péricardite des brightiques survient à la suite d'une infection secondaire, comme la pneumonie, par exemple, lorsque le cœur est fatigué par le surmenage. Dans un fait rapporté par ce dernier, on trouva des pneumocoques à l'examen bactériologique, mais dans d'autres cas, cet examen fut nul, ce qui a fait dire très justement à Merklen² que la péricardite est tantôt d'origine microbienne, tantôt d'origine toxémique.

u. La péricardite due à la *syphilis* paraît exceptionnelle; dans la plupart des cas, elle était la conséquence de lésions syphilitiques préétablies : myocardite (Ricord), gommés du péricarde (Lancereaux). Parrot a soutenu que la syphilis infantile prédispose à la péricardite; le plus souvent alors l'épanchement est sanguinolent.

v. Le *cancer* du péricarde se manifeste tantôt par de la péricardite sèche avec brides plus ou moins épaisses, tantôt par un épanchement le plus habituellement hémorrhagique. Dans un cas de Peacock, le noyau cancéreux en se ramollissant, avait perforé la coronaire antérieure et il s'était produit une hémorrhagie dans le sac péricardique. Dans 13 observations de sarcomes localisés diversement, le cœur avait été atteint 10 fois (Jaccoud).

x. Enfin la péricardite peut accompagner ou compliquer l'*endocardite*, la *myocardite* et l'*aortite* (Peter). Nous avons dit déjà qu'en pareil cas il s'agit moins de complication véritable que d'un processus unique, par exemple le rhumatisme, frappant à la fois l'endocardite et le péricarde. C'est encore de cette façon plutôt que par un travail de propagation, qu'il faut expliquer ces poussées fréquentes et passagères de péricardite, sèche la plupart du temps, qui surviennent dans le cours des affections organiques du cœur.

Résumé. — De la longue énumération que nous venons de faire des causes de la péricardite, il résulte que cette affection peut survenir toutes les fois qu'un agent infectieux ou toxique a frappé l'économie; par suite *la péricardite ne devrait plus être considérée comme une entité morbide* définie et toujours identique à elle-même, *mais comme une localisation sur la séreuse d'enveloppe du cœur de produits infectieux ou toxiques d'origine diverse.*

1. Rabé. *Gaz. des hôpit.*, Août 1897.

2. Merklen. *Sem. médicale*, Avril 1892, et *Trait. de Médecine*, 1899.

Anatomie pathologique. — Au point de vue exclusif des lésions anatomiques, la *péricardite* peut être *partielle* ou *circonscrite* ou au contraire occuper toute l'étendue de la séreuse; elle est alors *généralisée* ou *diffuse*.

La *péricardite circonscrite* occupe de préférence la *base du cœur*, et tout particulièrement la région antérieure du cul-de-sac séreux qui recouvre à leur origine l'aorte et l'artère pulmonaire.

Peter (*Clin. méd.* 1873) assigne encore comme lieu d'élection fréquent la face antérieure du ventricule droit par suite de la fatigue du myocarde en ce point, pendant le choc systolique contre la paroi thoracique. Quel que soit leur siège, le *maximum des altérations* occupe le *feuillet viscéral* de la séreuse.

Les lésions qui caractérisent la *péricardite aigüe* sont de deux sortes :

1° Congestion de la séreuse avec exsudation plastique ou *péricardite sèche* ;

2° Production de liquide dans la cavité péricardique ou *péricardite avec épanchement*.

Cette dernière, qui n'est point l'aboutissant fatal de la première, évolue tantôt vers la guérison, par régression totale du liquide, ou laisse après elle des exsudats qui s'organisent, et produisent des adhérences plus ou moins complètes entre les deux feuillets de la séreuse, et ainsi est créée la *péricardite chronique*.

A. PÉRICARDITE SÈCHE. — La première phase des lésions anatomiques consiste dans une *hyperémie* avec injection, piqueté, arborisations et quelquefois état ecchymotique de la séreuse et surtout du feuillet viscéral. Le péricarde présente alors une coloration rougeâtre due à l'injection et à la dilatation du réseau vasculaire qui est gorgé de sang.

De plus, la *séreuse* a perdu son aspect lisse et luisant, elle est *dépolie*, et présente une sorte d'état poisseux, avec épaissement et friabilité de la tunique; au microscope on constate à la fois une prolifération cellulaire et la chute de l'endothélium, détaché par places.

Bientôt les deux feuillets de la séreuse se recouvrent à leur surface d'un *exsudat fibrineux*, louche, gélatiniforme, d'une coloration gris-jaunâtre, disposé en plaques molles ou en ilots, qu'on peut détacher des couches sous-jacentes. Cet exsudat grisâtre, d'abord mince, mou et élastique au début, ne tarde pas à s'épaissir par l'adjonction de nouvelles couches disposées en lamelles stratifiées.

La surface libre de cet exsudat n'est pas lisse, et sous l'influence des mouvements incessants du cœur, les deux feuillets du péricarde sont hérissés de saillies, d'aspérités, de petits mamelons papilliformes, d'où l'*aspect vilieux, tomenteux (cor hirsutum, villosum)* qu'ils présentent, bien connu des anciens, et qui a suscité de nombreuses comparaisons