

tuberculeuse, signalons entre autres, les faits publiés par Weigert¹ et par Kast².

Lésions concomitantes et de voisinage.

Poumons. — Ils peuvent être comprimés ou refoulés par suite de l'abondance de l'épanchement; lorsque la compression a été de longue durée, elle produit parfois l'état *atélectasique* des poumons.

La concomitance de la *pleurésie* a été observée, il en est de même de la *pneumonie* dont nous avons indiqué déjà le rôle pathogénique; notons encore la *tuberculose pulmonaire*. Dans ce dernier cas, la péricardite revêt souvent une allure clinique un peu spéciale qui nous obligera à consacrer une étude particulière à la *péricardite tuberculeuse*.

Cœur. — Le cœur, lorsque l'épanchement est abondant, se trouve comprimé d'une façon plus ou moins considérable. Ainsi que Peter l'a bien remarqué, ce n'est pas tant sur les ventricules qui sont résistants ou sur les artères que porte la *compression*, que sur les oreillettes, les veines caves et les veines pulmonaires qui sont les plus intéressées. Ainsi s'explique la gêne précoce de la circulation de retour, d'où la fréquence de la congestion et de l'apoplexie pulmonaires, la stase des veines du cou et de la face, de même que les œdèmes périphériques. Mais il existe des altérations cardiaques plus profondes.

La coexistence de l'*endocardite* est extrêmement fréquente; tantôt elle précède, tantôt elle suit la péricardite, et il est de toute évidence que dans ces cas, l'extension du travail morbide s'opère par la voie lymphatique. C'est ainsi que Desclaux, à la suite d'une péricardite expérimentale, vit la lésion s'étendre à l'endocarde. Tantôt enfin il y a dans le même temps, endopéricardite, l'agent pathogène ayant frappé à la fois l'endocarde et le péricarde.

Les altérations du *myocarde* sont non moins fréquentes. Dans les formes aiguës et subaiguës on rencontre, mais seulement dans les couches superficielles, et immédiatement sous-jacentes à la séreuse péricardique, de la *dégénérescence granulo-graisseuse* de la fibre musculaire, et quelquefois une fragmentation toute particulière de celle-ci (Landouzy et J. Renault); le muscle cardiaque est flasque, jaune pâle, quelquefois un peu ecchymotique, et cette altération quoique superficielle peut devenir le point de départ de graves accidents.

Dans quelques cas d'infection suraiguë, on a trouvé concurremment avec un épanchement purulent du péricarde, de petits *abcès métastatiques* du myocarde (Salter).

Enfin dans les formes chroniques de la péricardite, on rencontre

1. Weigert, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1883.

2. Kast, *Berliner Klin. Wochens.*, Oct. 1883.

fréquemment de la *sclérose du myocarde*, soit par l'intermédiaire de lésions d'artérite, soit ainsi que le veulent certains auteurs, par simple travail d'extension aux faisceaux conjonctifs intra-musculaires. Déjà nous avons vu que lorsque les fausses membranes n'ont pas été résorbées, elles subissent une sorte d'organisation; on y trouve des vaisseaux minces émanés de la séreuse et une couche endothéliale.

Il s'établit ainsi des adhérences entre les deux feuillets du péricarde, complètes ou incomplètes et le plus souvent alors limitées à la base: c'est la *symphyse cardiaque*.

A la suite de la péricardite aiguë, on observe quelquefois cet ensemble complexe de lésions que Griesinger (1854) puis Kussmaul (1873) décrivent les premiers, et qui depuis ce dernier auteur, est désigné sous le nom de *médiastino-péricardite calleuse*. Celle-ci est la conséquence de la propagation du travail morbide, au tissu conjonctif du médiastin, à la plèvre voisine; il peut se produire ainsi des brides fibreuses reliant le péricarde au sternum, à la paroi costale, et aux gros vaisseaux de la base du cœur; nous y reviendrons ultérieurement.

Enfin signalons encore comme lésions de voisinage, le retentissement sur l'*aorte* (Hanot), la *plèvre*¹, le *plexus cardiaque* et les *nerfs propres du cœur* (Peter).

Symptomatologie. — Les symptômes de la péricardite sont très variables, suivant que l'affection est *localisée* ou *généralisée*, suivant que, au point de vue des lésions anatomiques elle est *sèche* ou avec *épanchement*; ils varient encore suivant la multiplicité des formes cliniques de la maladie, et si dans de nombreuses circonstances, la péricardite reste *latente*, dans quelques cas elle *peut débiter comme une maladie inflammatoire*.

Nous prendrons comme type de notre description la péricardite aiguë, d'origine *rhumatismale*, c'est-à-dire celle qui est le plus communément observée.

La symptomatologie doit être étudiée séparément, suivant que la péricardite est *sèche*, c'est-à-dire reste à la période d'exsudation plastique, ou au contraire qu'elle s'accompagne d'*épanchement*.

1. D'après Peter, la pleurésie complique plus souvent l'endopéricardite (31 faits sur 63 cas) que l'endocardite simple (26 fois sur 108).

1° Péricardite sèche.

1° TROUBLES FONCTIONNELS. — Nous avons dit plus haut que les symptômes de la péricardite sont parfois si atténués que *l'affection peut rester latente* ou tout au moins passer inaperçue, si on n'a pas le soin d'ausculter chaque jour et avec le plus grand soin, le cœur des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Dans les cas moyens cependant, la maladie se manifeste par des symptômes appréciables, dont le plus important est la *douleur*.

a. Douleur. — Elle peut manquer totalement, et d'après Louis, n'existerait que dans la moitié des cas. Sa pathogénie est complexe, mais on ne saurait accepter l'opinion de Bouillaud qui l'attribuait à une *pleurite concomitante*.

Caractères. — Si dans quelques cas, c'est plutôt une sorte de *gêne douloureuse* qu'une douleur véritable, dans d'autres au contraire c'est une *douleur vraie*, pongitive, lancinante, augmentée par les grandes inspirations, la pression manuelle et, dans quelques cas exceptionnels, comme celui de Mirabeau si souvent cité d'après Cabanis, donnant la sensation de *griffes de fer* étreignant le cœur.

Siège. — Chez quelques malades, la douleur est diffuse et s'étend à toute la base de la poitrine; le plus souvent, elle siège moins à la région précordiale qu'au *niveau du creux épigastrique*, et de là va s'irradier parfois entre les épaules, vers l'omoplate gauche, le cou et jusque dans le bras gauche.

Très-fréquemment on trouve une série de points douloureux provoqués par la pression, et siégeant sur le *trajet du nerf phrénique*; celui-ci en effet passe entre la plèvre et le péricarde, et participe à l'irritation phlegmasique. Ces points douloureux existent surtout, au niveau du *bord gauche du sternum*, entre les cartilages costaux, et d'une façon toute spéciale, d'une part à la *région cervicale*, entre les *deux chefs d'insertion du sterno-mastoïdien*, d'autre part aux *insertions diaphragmatiques*, dans l'*angle costo-xiphoidien*, formé par l'appendice xiphoidé et les cartilages costaux.

Outre ces douleurs que l'on peut considérer comme *périphériques*, on observe encore quelquefois des *douleurs profondes* ou *viscérales*, signalées par Andral¹, qui en a rapporté 3 cas, par Sibson² qui en a vu 4 exemples, par Peter³ qui les a étudiées avec soin et interprétées d'une façon judicieuse. Ces douleurs apparaissent sous forme de crises ou d'accès: le malade ressent une très vive douleur au niveau de la région

1. Andral, *Clin. Médicale*, t. III., p. 4-14, 1834.

2. Sibson, *Reynold's System of Medicine*, p. 246, 1877.

3. Michel Peter. *Lec. de Clin. Médicale*, t. I., p. 419, 1880.

précordiale s'irradie dans le côté gauche du tronc et dans le bras du même côté, accompagnée de dyspnée, d'angoisse fort vives; le cœur bat avec une grande fréquence, et ses battements sont tumultueux, quelquefois au contraire ralentis, avec tendance à la syncope et refroidissement des extrémités. Ces douleurs rappellent à s'y méprendre celles de *l'angine de poitrine* ainsi qu'Andral l'a cru lui-même. Pour Peter, elles s'expliqueraient par l'inflammation du péricarde propagée au plexus cardiaque et aux nerfs propres du cœur chez lesquels elle déterminerait une véritable *névrite*, théorie adoptée par Sibson.

Comme phénomène douloureux, il faut signaler encore une *dysphagie* (Gendrin, Stokes) provoquée par le passage du bol alimentaire dans l'œsophage. D'après Sibson, elle serait en rapport avec l'excitation de la paroi postérieure du péricarde et due à l'irritation de voisinage des filets nerveux de l'œsophage. Elle peut être si intense qu'elle provoque une sorte d'hydrophobie, d'où cette variété de péricardite dite hydrophobique, bien étudiée par Gendrin, et sur laquelle nous reviendrons.

b. Dyspnée. — D'après Maurice Raynaud, elle constitue un phénomène des plus constants, au début de la péricardite. Quelquefois peu intense, et constituée par une simple gêne respiratoire, une oppression peu intense, notamment dans la péricardite aiguë rhumatismale (Potain), elle prend dans d'autres circonstances, le caractère d'accès paroxystiques, des plus intenses. A cette période, on a pu dire que la dyspnée était surtout d'origine nerveuse et causée par l'irritation des nerfs phréniques, ou due encore à des complications pleuro-pulmonaires concomitantes; plus tard à la période d'épanchement, la compression exercée sur le cœur en est la cause principale.

c. Phénomènes accessoires. — Outre les deux symptômes principaux que nous venons d'étudier, on observe encore quelques phénomènes accessoires, qui varient suivant les malades. On a noté quelquefois dès le début, des *palpitations* (Sénac, Corvisart, Bouillaud), mais elles paraissent, en général, gêner assez peu les malades.

On relève encore assez fréquemment, la *pâleur de la face*, de la *toux* légère qui peut prendre le caractère coqueluchoïde (Peter), et s'accompagne alors, d'après le même auteur, de sensations douloureuses, provoquées par la pression sur le trajet du pneumogastrique cervical, surtout du côté gauche. Le *hoquet* est encore signalé; il en est de même des *vomissements*.

L'état fébrile présente des variations intéressantes à connaître:

Dans les *cas légers* ou lorsque la péricardite est partielle, *l'apyrexie* est la règle.

Dans les formes moyennes, au contraire, elle s'annonce fréquemment par une *élévation thermique* appréciable, et lorsque dans un

cas de rhumatisme articulaire aigu par exemple, on observe tout à coup une recrudescence de l'état fébrile que n'explique pas une poussée arthropathique nouvelle, on pourra presque toujours rattacher cette élévation thermométrique à une endopéricardite naissante. De plus, d'après Peter, on pourrait encore, à ce moment, noter une élévation locale de la température.

Ainsi, un thermomètre placé dans le quatrième espace intercostal gauche, près du sternum, là où le péricarde affleure la paroi thoracique, décèle en l'état de santé, une température de 35°,8 à 36°; dans la péricardite aiguë, par suite du travail inflammatoire local, la température locale peut s'élever jusqu'à 37°,8, c'est-à-dire dépasser de 2° le chiffre normal. Bien plus, Peter l'a vue dépasser de 5 dixièmes la température axillaire. Ces recherches sont intéressantes, mais la difficulté réelle qu'on éprouve à prendre des températures locales, fait que ce procédé n'est pas entré dans la pratique de la clinique courante. Rappelons cependant que la fièvre est loin d'être un phénomène constant au début de la péricardite, et que dans des cas observés, chez des vieillards, par Durand-Fardel et Charcot, et chez des adultes, par Lorain et Brouardel, le phénomène inverse a été noté, et le début de la péricardite s'est manifesté par un abaissement de la température; Peter le rapporte, par analogie avec certains cas d'algidité dans la péritonite aiguë, à un trouble profond de l'innervation du sympathique.

Enfin dans des cas exceptionnels où la localisation morbide s'est portée primitivement et d'emblée sur le péricarde, la température a pu s'élever de suite jusque vers 39°.

2° SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection de la région précordiale ne fournit ici, aucun renseignement utile; dans quelques cas où la péricardite a produit un peu de parésie du myocarde sous-jacent, le cœur peut subir un certain degré de dilatation passagère, et la percussion délicate dénoter une augmentation légère de la matité normale.

La palpation montre quelquefois dès le début, une impulsion de la pointe plus énergique qu'à l'état normal, mais bientôt au contraire le choc s'affaiblit, sans doute par le fait de la parésie du myocarde; de plus, on note que le retrait de la région apexienne qui succède normalement au choc systolique, se fait plus lentement, parce que la pointe, comme agglutinée au feuillet pariétal de la séreuse se détache plus difficilement de la paroi thoracique; c'est le phénomène de la « pointe engluée et trainant sous la main » (Maurice Raynaud).

La palpation fournit un signe d'une valeur plus importante, nous voulons parler d'un frémissement vibratoire qui existe dans la proportion de 4 fois sur 10 (Barth et Roger), et appréciable à la paume de la main intimement appliquée sur la région précordiale.

Ce frémissement vibratoire donne à la paume de la main l'impression d'un mouvement de va-et-vient sous-jacent, avec sensation de frolement superficiel, ou encore de grattement plus ou moins râpeux; en comparant son moment avec ceux de la révolution cardiaque, on voit qu'il n'est pas rigoureusement synchrone avec le choc systolique: il est ordinairement méso-systolique ou méso-diastolique. La rudesse de ce frémissement est nécessairement variable suivant les cas, on en augmente parfois l'intensité en déprimant avec plus de force les espaces intercostaux, car on rapproche plus intimement l'un de l'autre, les deux feuillets péricardiques, dépolis et hérissés d'exsudats fibrineux dont on favorise ainsi le frottement.

Mais c'est l'auscultation qui va nous fournir le signe capital de la péricardite sèche, en nous découvrant la présence du frottement péricardique.

1. Frottement péricardique. — Entrevu d'abord par Laënnec qui n'y attacha qu'une valeur diagnostique médiocre, puis découvert de nouveau et décrit avec soin, par Collin¹ son chef de clinique, le frottement péricardique est un bruit sec, inégal, donnant la sensation de deux corps rugueux froissés l'un contre l'autre dans leurs mouvements de va-et-vient et qu'on peut simuler par la prononciation gutturale de la lettre *k* suivie de plusieurs *r*: *krrr*.

Ses caractères sont très importants à connaître.

1° C'est un bruit superficiel, qui semble se produire, entre l'oreille du clinicien et la paroi thoracique;

2° Le siège du bruit est variable, mais son maximum se rencontre à la base du cœur, et de préférence le long du bord gauche du sternum vers le 3° ou le 4° cartilage costal qui répondent à la partie saillante du ventricule droit, la plus intimement en rapport avec la paroi thoracique (foyer moyen du frottement). On l'a noté aussi au niveau de l'infundibulum (foyer supérieur).

Enfin, on le rencontre encore, à la base de l'appendice xiphoïde, correspondant au bord inférieur du ventricule droit (foyer inférieur). Il est rare au niveau même de la pointe du cœur.

3° Sa propagation est nulle; il naît et meurt sur place (Jaccoud) suivant l'expression consacrée. Ce caractère a une importance très grande, car, de suite il différencie le frottement des souffles endocardiques qui se propagent si manifestement suivant des directions déterminées.

4° Au point de vue de l'intensité du bruit, on peut dire que le frottement péricardique est tantôt doux, et tantôt rude.

Le frottement doux a été comparé tour à tour, au grattement léger

1. Collin, *Des diverses méthodes d'explorat. de la poitrine*. Paris, 1824.

produit en passant l'extrémité de l'ongle sur le papier (Huchard), au bruit causé par le froissement de la neige gelée, ou mieux au frôlement léger d'une étoffe de soie, du taffetas par exemple, ou encore au froissement « du papier neuf des billets de banque ».

Le *frottement rude* donne à l'oreille des sensations variables. Tantôt c'est une sorte de craquement ou plus souvent de râclément qui rappelle le bruit d'une râpe, d'une étrille. Laënnec qui l'avait entendu chez un certain nombre de malades, disait que c'est « un bruit semblable au cri du cuir d'une selle neuve sous le cavalier ». Après l'avoir si bien décrit, on a peine à comprendre pourquoi il ajoute : « J'ai cru pendant quelque temps que ce bruit pouvait être un signe de péricardite, mais je suis convaincu depuis qu'il n'en était rien. » Collin, au contraire, qui montra toute l'importance de ce bruit pour le diagnostic de la péricardite sèche, l'a comparé plus simplement au « bruit du cuir neuf ».

Dans le cas plus rare où le frottement péricardique très localisé, siège au niveau de la pointe du cœur, il imite le bruit de décollement : il ressemble en effet, dit Guéneau de Mussy, au bruit qu'on produit en décollant brusquement les deux paumes des mains légèrement humides, et préalablement appliquées l'une contre l'autre.

Enfin lorsque la péricardite arrivée à la période de guérison, laisse après elle sur le feuillet viscéral quelques fausses membranes organisées qui frottent à chaque systole contre le feuillet pariétal, il se produit ainsi une sorte de « *crépitation du péricarde* » à saccades nombreuses, ou à saccade unique, prise quelquefois faussement pour un dédoublement des bruits normaux du cœur.

5° Le *moment* du frottement péricardique ne coïncide avec aucun des temps de la révolution du cœur, il ne leur est pas synchrone. Gubler disait qu'il se trouve « à cheval sur les bruits cardiaques » ; Sibson, qu'il est « à côté ». Il est plus exact de dire qu'il est « autour » des bruits normaux, commençant tantôt nettement avant la systole ventriculaire, tantôt un peu après le début de celle-ci ou encore après celui de la diastole. En résumé, on doit, avec Potain, distinguer, au point de vue du moment de sa production, un frottement *présystolique*, *mésosystolique*, *méso-diastolique*. Dans le premier cas, on entend à l'auscultation une sorte de rythme à trois temps formé par les deux bruits normaux et par le frottement surajouté durant la présystole ; il en résulte un *rythme de galop* tout particulier sur lequel nous reviendrons plus loin. Si le frottement est méso-systolique, il donne naissance par son adjonction aux bruits normaux, au *rythme dit de locomotive* de Guttman.

Le frottement peut être *unique*, et dans ce cas, il est le plus souvent

méso-systolique ; mais il peut être *double* et constituer alors une sorte de *bruit de va-et-vient*.

Traube a signalé un frottement *triple*, et Gerhardt un frottement en *plusieurs temps* que ces auteurs attribuent à des contractions du cœur opérées en temps multiples ; on peut se demander dans ces faits complexes, s'il ne s'agissait pas simplement d'un rythme de galop.

L'*asynchronisme* du frottement péricardique a été expliqué très nettement par le Professeur Potain¹. « S'il existe, dit-il, un léger intervalle entre le claquement systolique cardiaque et le début du frottement péricardique, c'est qu'il faut pour que les surfaces de la séreuse puissent frotter l'une contre l'autre, que le déplacement de la surface du cœur ait atteint un certain degré, que la contraction musculaire soit depuis un instant commencée et que, par suite du changement de forme et de volume du cœur, les surfaces accolées se soient lâchées pour ainsi dire, et aient été entraînées plus ou moins brusquement. » Pendant la diastole, le changement de volume du cœur et le déplacement des surfaces se produit par la réplétion lente et progressive des cavités cardiaques.

6° *Variations d'intensité*. — Elles sont très manifestes chez le même sujet, et dépendent de l'attitude du malade, de la pression exercée sur la région précordiale par le stéthoscope ou par la main, enfin des mouvements respiratoires.

a. *Augmentation*. — *Influence de l'attitude du malade*. — Le frottement péricardique, lorsque la péricardite est *entièrement sèche*, présente son *maximum d'intensité*, lorsque le malade est dans la *position verticale ou assise*, ou se penche légèrement en avant, parce que dans ces cas, le contact des deux feuillettes de la séreuse devient plus intime.

Dans le cas où il existe un peu d'épanchement, celui-ci s'accumule à la partie inférieure du sac séreux, et la position la plus favorable au frottement est l'attitude demi-assise.

Influence de la pression locale. — Elle a été indiquée très rigoureusement par Stokes². « Si, dit-il, au moment où le stéthoscope est appliqué, on exerce une forte pression avec la main sur le cœur, ou si l'on appuie plus fortement la tête sur l'instrument, on entend souvent les bruits de frottement avec plus de force et de netteté ; ... cette modification est en raison directe de l'élasticité de la poitrine. Elle est surtout remarquable chez les enfants, et les sujets jeunes et faibles du sexe masculin. Ce moyen peut être employé lorsqu'il y a doute sur la nature des bruits. » De même que la station assise, la pression rap-

1. Potain. *Diagn. de la péricardite rhumatismale aiguë avec épanchement*, leç. recueilli. par And. Petit. *Revue de Médecine*. Octobre 1887.

2. Stokes, *Trait. des Malad. du cœur et de l'aorte*, traduct. Sénac., p. 19 ; 1864.

proche l'un de l'autre les feuillets de la séreuse et augmente le contact des surfaces de frottement.

Influence des mouvements respiratoires. — D'après Traube, Potain, Eichhorst, l'intensité du frottement serait plus considérable durant l'inspiration, parce que l'énergie contractile du myocarde est plus forte à ce moment, et surtout parce que l'étendue du déplacement des surfaces péricardiques se trouve accrue.

D'autres auteurs, comme Lewinski par exemple ont prétendu au contraire, que le maximum d'intensité du frottement répond à l'expiration, et il y a quelques années, Chabalier¹ a repris la question pour arriver aux mêmes conclusions. D'après ses recherches et celles de Lépine, lorsque le maximum du frottement correspond à l'expiration, c'est que l'appareil pleuro-pulmonaire du malade est sain. Dans l'inspiration, l'interposition d'une lame pulmonaire entre le cœur et la paroi thoracique diminue le frottement; au contraire l'expiration, en produisant la compression de la paroi accole les deux feuillets péricardiques, et, par suite du retrait de la lame pulmonaire, rapproche le péricarde de la paroi. Par contre dans l'emphysème par exemple, le frottement présente son maximum en inspiration.

b. Affaiblissement et disparition. — Lorsqu'un épanchement distend le sac péricardique et écarte l'un de l'autre les deux feuillets de la séreuse, le frottement s'affaiblit puis disparaît.

Mais de même que pour la pleurésie, lorsque l'épanchement est moyen, le frottement péricardique peut être conservé encore, ainsi que Stokes l'a remarqué, et s'il paraît avoir disparu, on peut le faire réapparaître, suivant les attitudes du patient. Cependant lorsque chez un malade, après avoir pendant plusieurs jours perçu nettement le frottement péricardique, on note peu à peu son affaiblissement puis sa disparition, on pensera avec juste raison que la péricardite, quittant le premier stade, est entrée dans la période d'épanchement; et plus tard, lorsque de nouveau on verra réapparaître le frottement disparu, on en conclura que l'épanchement s'est résorbé et que la maladie marche vers la guérison.

Une autre cause d'affaiblissement du frottement péricardique, c'est la diminution d'énergie contractile du myocarde. En effet, alors que dans certains cas de péricardite sèche très localisée, on peut percevoir à l'auscultation des frottements très rudes et même râpeux, lorsque le cœur augmenté de volume, se contracte avec énergie, de même une péricardite presque généralisée, mais développée sur un cœur petit, atrophié, ou dont le muscle dégénéré se contracte faiblement, ne donnera lieu qu'à un frottement à peine appréciable ou quelquefois

1. Chabalier, *Th.* de Lyon 1890 et *Revue de Médecine*, Mars 1891.

nul. Ce fait nous rend compte de la fréquence relative de ces péricardites trouvées par hasard à l'amphithéâtre, et restées latentes pendant la vie du malade.

7° *Valeur sémiologique.* — Elle est considérable, et dans la grande majorité des cas, la présence du frottement indique l'existence d'une péricardite sèche.

On ne saurait dire cependant que ce signe soit pathognomonique, car il n'indique après tout que l'état dépoli des feuillets du péricarde. Plusieurs auteurs en effet : Collin, Walshe, Gairdner, Jaccoud, etc., ont rencontré le frottement péricardique, sans qu'il y ait à proprement parler péricardite, le dépoli de la séreuse étant dû à des exsudats, à des plaques laiteuses, à des ecchymoses sous-péricardiques. Mais dans ces cas on notait presque toujours la coexistence d'une hypertrophie du cœur, cause de l'énergie des contractions du muscle notée pendant la vie (Graves), cette hypertrophie à elle seule, serait suffisante pour engendrer un frottement péricardique, du moins suivant quelques auteurs. Gendrin avait déjà soutenu cette opinion. « Les palpitations, dit-il, provoquent presque toujours, pour peu qu'elles aient une certaine énergie, la production d'un bruit de frottement anormal... sec, superficiel..., il provient du froissement que les mouvements du cœur, devenus plus précipités et s'accomplissant avec plus de force, provoquent entre les surfaces séreuses opposées du péricarde cardiaque et du péricarde pariétal. » Chabalier a publié quatre observations qui militent en ce sens : dans ces cas, après avoir entendu un frottement péricardique durant la vie du malade, on ne trouva à l'autopsie qu'une hypertrophie du cœur, avec intégrité du péricarde. Nous dirons cependant, comme conclusion, que ces faits ne constituent que des exceptions.

2. *Altérations du rythme cardiaque.* — Outre le frottement, l'auscultation dans le cours de la péricardite sèche, dénote quelquefois aussi une altération particulière dans le rythme des bruits normaux, qui simule assez bien la cadence du galop du cheval.

Or Potain a montré de la façon la plus nette qu'on peut trouver dans la péricardite deux sortes de bruit de galop :

1° L'un, ou *bruit de galop* à proprement parler *péricardique*, est plutôt un faux qu'un vrai galop; il résulte de l'adjonction aux deux bruits normaux, d'un troisième bruit surajouté produit par un frottement péricardique présystolique, ou diastolique, et ainsi résulte un rythme à trois bruits déjà signalé par Barth et H. Roger; nous en avons déjà précédemment étudié tous les caractères.

Ce *bruit*, produit par le frottement péricardique, est donc son contemporain obligé; il s'observe principalement à la base du cœur, c'est-à-dire là où le frottement existe de préférence.