

contrera encore des signes d'hydropisie dans d'autres séreuses : ascite, hydrothorax, nés comme l'hydropéricarde sous la même influence hydropigène.

Diagnostic. — Il demande pour être établi, d'une part les signes d'un épanchement dans le péricarde sans les symptômes habituels de la péricardite vraie, et d'autre part la coïncidence d'une anasarque, ou d'une hydropisie passive dans d'autres séreuses, le tout survenant dans le cours d'une maladie hydropigène telle que les néphrites, dans les états cachectiques, etc.

Pronostic. — Il découle presque exclusivement de la maladie causale de l'hydropéricarde et sera particulièrement grave s'il dépend des néoplasies (cancer, sarcome, tubercules) du péricarde ; par lui-même l'hydropéricarde aggrave encore le pronostic, lorsque par son abondance il provoque une vive dyspnée, de la cyanose, de la suffocation.

Traitement. — Avant tout, le traitement doit être celui de l'affection primitive : tuberculose, maladie de Bright, etc.; quant à l'épanchement péricardique, il sera combattu par les révulsifs locaux, les diurétiques, les purgatifs, et par la paracentèse si le liquide épanché est très abondant. Un traitement général destiné à soutenir les forces du malade devra compléter la médication entreprise. Malgré tout, on sera difficilement maître de l'épanchement, car il a une tendance inévitable à se reproduire, tant que la cause première de son apparition persiste au même degré chez le malade.

HÉMOPÉRICARDE

L'hémopéricarde est l'épanchement de sang dans la cavité du péricarde; c'est un phénomène purement passif, bien distinct de la péricardite hémorragique qui survient dans le cours des pyrexies, de la tuberculose, du cancer, du scorbut, etc., et aussi de la péricardite séro-fibrineuse, qui peut être légèrement teintée par la rupture de quelques vaisseaux à parois embryonnaires, développés dans l'épaisseur des fausses membranes.

Étiologie. — L'hémopéricarde est d'origine interne ou externe. Lorsqu'il est d'origine interne, il survient à la suite de la rupture du cœur quelle que soit l'origine de celle-ci (traumatisme, myocardite, lésions des coronaires, anévrysme du cœur, etc.), ou encore de la rupture dans le péricarde, d'un anévrysme de l'aorte. Il faut signaler

encore sans y insister davantage, les *echymoses péricardiques* qu'on rencontre à la suite de l'intoxication par le phosphore, et souvent dans la mort par suffocation, submersion, strangulation; le plus souvent d'ailleurs ces hémorragies restent sous-péricardiques et ne se propagent pas dans la cavité même du péricarde.

L'hémopéricarde d'origine externe peut résulter directement d'un traumatisme du cœur et du péricarde (fracture de côtes).

Anatomie pathologique. — Le sang épanché est d'abondance variable, tantôt liquide, tantôt coagulé en partie; lorsqu'il s'agit d'un hémopéricarde traumatique, le sang peut envahir assez rapidement la cavité séreuse, et la mort survient alors sans que le liquide sanguin ait eu le temps de s'accumuler en grande quantité.

Dans d'autres circonstances, l'épanchement se fait plus lentement, et le péricarde distendu progressivement, peut renfermer une collection abondante plus ou moins coagulée.

Symptômes et Diagnostic. — Deux cas doivent être distingués :

Si l'hémopéricarde se fait brusquement, et surtout si l'épanchement est abondant, la mort peut arriver d'une façon subite, par compression du cœur ou encore par syncope.

Au contraire, l'épanchement lent donne lieu aux phénomènes généraux caractéristiques des hémorragies internes : vertiges, pâleur, tintement d'oreille, pouls filiforme, syncope et mort plus lente, mais non moins habituelle. Les signes physiques sont difficilement perçus, mais ils sont les mêmes que ceux qu'on rencontre dans tout épanchement péricardique.

Traitement. — Il est impuissant presque toujours; on tentera pourtant de s'opposer à la production de l'hémorragie par les moyens habituels : ergotine en injections sous-cutanées, glace au niveau de la région précordiale, astringents, limonades minérales, eaux hémostatiques, térébenthine, etc.

PNEUMOPÉRICARDE

Définition. — On désigne sous le nom de pneumopéricarde la présence d'un épanchement gazeux dans la cavité péricardique; il est presque constamment associé à un épanchement séreux, sanginolent ou purulent : d'où les noms habituels d'hydro, d'hémo, de pyo-pneumopéricarde.

Historique. — Connu de Lieutaud, mais surtout de Laënnec et de Bouillaud, il a été étudié avec soin par Bricheteau¹ qui en a décrit le symptôme capital : le *bruit de moulin*. Son observation a été confirmée par Fein (1854), Sorauer (1858), Graves, et plus tard par Morel-Lavallée² qui étudia le phénomène dans les traumatismes de la poitrine. Enfin P. Reynier³, en dernier lieu, montra que le signe de Bricheteau n'est point pathognomonique de l'hydropneumopéricarde, mais peut se rencontrer encore dans les épanchements hydro-aériques extra-péricardiques qui occupent une loge celluleuse située entre le péricarde, la plèvre et la paroi thoracique (cavité pneumo-péricardique de Tillaux).

Étiologie. — Les anciens admettaient l'existence d'un pneumopéricarde *spontané* ou *essentiel*; cette théorie est aujourd'hui abandonnée de tous.

D'autres auteurs, comme Bricheteau, Stokes et Friedreich admettent par contre, la possibilité d'une *pneumatose développée secondairement*, dans la *cavité péricardique restée close*, mais renfermant un épanchement en voie de fermentation putride.

Le plus souvent, il s'agit d'une véritable *perforation* du péricarde de *cause externe*, habituellement d'origine *traumatique* ou *chirurgicale*, permettant la pénétration dans le sac séreux de l'air extérieur, de liquides septiques, de sang, et de germes pyogènes. Tels sont les cas survenus après les contusions violentes du thorax, les fractures de côtes venant déchirer directement la séreuse (Morel-Lavallée) ou le poumon adhérent au péricarde; tels sont encore d'autres cas traumatiques : l'ouverture du péricarde par un couteau, par projectile d'arme à feu (Bodenheimer. *Berlin. Klin. Wochensch.* 1865) ou simplement par le trocart dans la ponction du péricarde (Aran).

Dans d'autres circonstances, l'effraction du péricarde est de *cause interne*, ce sont alors des organes voisins qui se mettent en communication avec le péricarde à la suite d'un travail ulcéralif : caverne pulmonaire (Mac Dowel), pyopneumothorax (Eisenlohr), ulcère de l'estomac (Parisot), abcès du foie (Graves), etc., ouverts dans le péricarde. Dans des cas plus rares la *perforation* s'opère *de dedans en dehors*, lorsque par exemple une péricardite suppurée s'ouvre par un trajet fistuleux, soit vers la paroi thoracique, soit dans un organe de voisinage, comme l'estomac par exemple.

1. Bricheteau, *Obs. d'hydropneumopéricarde. Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 334, 1844.

2. Morel-Lavallée, *Gaz. méd.* de Paris, 1864.

3. P. Reynier, *Th. de Paris*, 1880.

Anatomie pathologique. — La *cavité péricardique renferme à la fois des gaz et du liquide*.

Les gaz accumulés à la partie supérieure répandent quelquefois une odeur fétide, surtout lorsqu'il y a coexistence d'un épanchement purulent en voie de décomposition. Quelquefois à l'ouverture du péricarde fortement distendu, les gaz s'échappent en produisant un *sifflement*.

Les liquides épanchés, de nature variable (*sérosité louche, pus, sang*) occupent la partie inférieure, ils sont plus ou moins mélangés d'exsudats grisâtres, floconneux, infiltrés de pus, ou de petites masses sanguinolentes rougeâtres,

Les *organes voisins*, tels que le poumon, peuvent être refoulés d'une façon appréciable.

Symptômes. — Quelquefois *silencieux* et absolument latent, le *début* du pneumopéricarde, à la façon de celui du pneumothorax, est annoncé le plus souvent d'une façon *brusque*, et l'irruption gazeuse se manifeste par une sensation de déchirement et de brûlure en arrière du sternum, accompagnée d'une vive dyspnée, d'angoisse, quelquefois de cyanose et de lipothymies ou même de syncope, et d'un pouls petit, filiforme.

Les *signes physiques* ont une importance très grande.

Dans quelques cas, on peut percevoir à l'*inspection*, une voussure précordiale, mais ce signe manque souvent et n'a point grande valeur; à la *palpation*, on constate que le choc cardiaque est très affaibli ou même nul, quelquefois il *réapparaît avec plus de netteté* dans la *position assise*. La *percussion* dénote de la *matité* à la partie inférieure de la région péricardique et un *son clair tympanique* dans la *zone supérieure* diminuant dans la position assise, et penchée en avant. Stokes a signalé pour quelques cas un *bruit de pot fêlé*. Le tympanisme se déplace quand le malade prend le décubitus latéral, en outre il diminue à chaque systole (Gerhardt), parce que le cœur, placé alors plus près du thorax, diminue l'épaisseur de la couche gazeuse qui l'en sépare.

L'*auscultation* fournit des signes, non particuliers il est vrai, mais qui ont le plus de valeur diagnostique en pareille circonstance. Quelquefois on perçoit les *bruits normaux du cœur*, mais avec un *timbre métallique* particulier, d'autres fois ce sont des frottements préexistants qui prennent cette résonnance exagérée. Mais la présence simultanée dans le péricarde de gaz et de liquide incessamment battus par les mouvements du cœur, donne lieu au *bruit de moulin*, de Bricheteau (1844) étudié de nouveau par Morel-Lavallée sous le nom de *bruit de roue hydraulique* (1864); il simule le clapotement d'une roue de moulin battant l'eau avec ses ailes, à intervalles rapprochés et

égaux. Ses caractères sont variables et se modifient d'un jour à l'autre suivant les rapports entre la quantité du liquide et l'abondance du gaz épanchés, et suivant aussi l'énergie de la systole cardiaque. *S'il y a prédominance du liquide*, on perçoit un bruit de crépitation ou de gargouillement métallique (Stokes); au contraire *si ce sont les gaz qui dominant*, les bruits normaux du cœur ou les frottements péricardiques coexistants prennent une résonnance métallique que nous avons signalée déjà, et que Friedreich compare au *bruit de carillon*.

Ces bruits variables, généralement synchrones à la systole cardiaque, ou continus avec renforcement systolique, *peuvent se percevoir à distance* et le malade lui-même peut en avoir conscience. Avec eux, on entend quelquefois aussi du *tintement métallique* (Graves, H. Muller) absolument comme dans le pneumothorax.

Marche. — L'évolution de la maladie est *rapide*; la mort est la terminaison *habituelle* dans plus des deux tiers des cas (Friedreich), et cela au bout de quelques heures, ou de cinq à six jours. Elle survient par impuissance cardiaque, avec accidents asystoliques ou par complications pleuro-pulmonaires.

Mais cette redoutable terminaison est vraiment le propre du pneumopéricarde d'origine interne, surtout lorsqu'il existe un trajet fistuleux (cancer, abcès); au contraire, lorsque la maladie est *d'origine traumatique*, que l'hémorrhagie est peu abondante et qu'il n'existe pas de plaie du cœur, la *résorption des gaz peut s'opérer* en deux ou trois jours et même plus rapidement, et la maladie se termine par *guérison*.

Diagnostic. — En général il présente peu de difficultés, car le début généralement brusque, et la netteté des signes stéthoscopiques éclairent le clinicien.

Cependant on pourra quelquefois *confondre* l'affection avec un *pneumothorax gauche*. Dans ce dernier cas le tintement métallique est en rapport avec les mouvements respiratoires, et on entend habituellement un souffle amphorique et le bruit d'airain, enfin il est de règle de percevoir encore l'existence de la succussion hippocratique. Maurice Raynaud, il est vrai, pense qu'on pourrait dans quelques cas la provoquer dans le pneumopéricarde, cependant elle ne semble pas avoir été notée jusqu'ici. Enfin, dans cette dernière affection, le choc de la pointe du cœur est obscur et même nul, alors qu'il conserve toute sa netteté dans le pneumothorax, même lorsque le cœur est dévié.

Dans certains cas de *dilatation gastrique avec tympanisme* extrême, il se produit dans l'estomac certains bruits à timbre métallique rythmés par le cœur; mais les signes habituels de la dilatation de

l'estomac et, à la rigueur, la disparition des bruits suspects après l'évacuation gastrique, lèveront tous les doutes.

Nous avons vu que le *bruit de moulin n'est point pathognomonique* du pneumopéricarde et peut se rencontrer dans l'infiltration hydro-aérique traumatique de la loge pneumo-péricardique, dont le pronostic est moins grave que celui de l'hydropneumopéricarde. D'après Reynier, alors que dans cette dernière affection le bruit de moulin se perçoit dans le décubitus dorsal et dans la position assise; au contraire dans l'infiltration extra-péricardique, le bruit morbide disparaît quand le sujet est assis et reparait dans le décubitus dorsal; en effet, quand le malade est assis, les gaz se déplacent vers les parties les plus élevées de la loge pneumo-péricardique, dès lors le cœur se rapproche du thorax et n'est plus plongé au milieu des gaz. Enfin dans les épanchements hydro-aériques extrapéricardiques, on n'observe aucun trouble cardiaque proprement dit.

Traitement. — S'il s'agit d'un pneumopéricarde d'origine traumatique, le repos dans le décubitus dorsal, l'occlusion hâtive antiseptique de la plaie, la glace appliquée localement et l'opium pour calmer la douleur, s'imposent avant tout. Si l'épanchement est très abondant et l'asphyxie menaçante, la paracentèse est indiquée d'abord, enfin s'il s'agit d'un *épanchement putride*, on ouvrira largement le sac péricardique et on pratiquera des lavages antiseptiques.

NÉOPLASMES DU PÉRICARDE

A. Cancer. — Il est presque toujours *secondaire* et se développe soit par propagation d'un cancer du myocarde (Clay, Lancereaux) ou d'un organe de voisinage : médiastin (Barth), plèvres, poumons, ganglions bronchiques, œsophage, etc., soit par généralisation d'un cancer viscéral, même éloigné du cœur.

Toutes les *variétés anatomiques* ont été rencontrées : épithélioma, carcinome, cancer mélanique, etc., et se présentent sous deux formes distinctes : infiltration diffuse en nappe étendue à la fois aux feuillets du péricarde et aux organes de voisinage, noyaux multiples, de nombre et de volume variables. Le cancer est généralement accompagné d'un *épanchement presque toujours hémorrhagique* et quelquefois *séro-purulent*; de plus, il donne naissance habituellement à des *adénopathies similaires de la région sus-claviculaire*.

Le cancer *primitif* est très rare : 2 cas seulement ont été recueillis par Bernheim.