

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.

Les SYMPTÔMES sont ceux de la péricardite avec épanchement subaigu, altération profonde et rapide de la santé.

Le DIAGNOSTIC, très délicat, sera rendu moins difficile dans le cas où un cancer primitif aura été noté préalablement; la nature hémorragique du liquide, constatée par la ponction, sera également d'un grand secours, quoique ce signe ne soit pas pathognomonique.

B. Outre le cancer, on a rencontré encore d'autres néoplasies dans le péricarde; il nous suffira de citer l'*enchondrome* (Ullé), les *tumeurs fibroïdes* (Chambers, 1853), le *lymphome* (Lancereaux). On a trouvé encore, quoique plus rarement, des *corps libres du péricarde*, détachés de la séreuse où ils formaient des franges vasculaires et pédiculées; peut-être ces corps libres avaient-ils comme point de départ un coagulum de fibrine ou de pus concret.

PARASITES DU PÉRICARDE

Le péricarde est peu exposé aux altérations parasitaires; seul l'*Échinocoque* a été rencontré quelquefois dans son épaisseur ou encore dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Les observations en sont rares et dues principalement à Bouillaud (1835), Barlow (1855), Habershon, Bernheim, etc.

Les *kystes hydatiques* du péricarde n'offrent rien de particulier: leur volume et leur nombre sont variables et leur structure ne diffère en rien de celle des hydatides des autres organes.

Le kyste hydatique du péricarde, méconnu pendant la vie du malade, est une trouvaille d'autopsie; son histoire clinique est entourée de la plus grande obscurité.

RÉSUMÉ

PÉRICARDITE

Définition. — Inflammation de la séreuse qui enveloppe le cœur.

Historique général. — Sénac, Corvisart, Collin, Bouillaud, Leudet, Friedreich, Bamberger. Travaux modernes: Cornil et Ranvier, Sibson, Potain, Netter, Foureur, Banti, etc.

Division. — Au point de vue clinique: *péricardite aiguë* ou *chronique*;
Au point de vue des lésions anatomiques: la péricardite peut être *sèche* ou avec *épanchement séro-fibrineux, purulent, hémorragique*.

A. — Péricardite aiguë et subaiguë.

Age. — Surtout jeunesse et âge adulte, sans doute parce que le rhumatisme, sa cause habituelle, est le propre de l'adolescent ou de l'adulte.

Enfance: 2 fois environ moins fréquente que chez l'adulte (Cnopf, de Munich). Quelques cas dans la *vie intra-utérine*, suite de puerpérisme infectieux de la mère ou de phlébite du cordon.

Vieillesse: relativement fréquente (Lejard, 1885).

Sexe: masculin surtout.

Causes prédisposantes. — Surmenage, misère, fatigues, hygiène défectueuse, grande masse d'individus (avec privation et mauvaise nourriture), armées, sièges, sorte d'épidémies: garnison de Rocroy (Trécourt, 1753). Influence cosmique: Russie, scorbut endémique, péricardite hémorragique.

— **occasionnelles.** — Autrefois à ce point de vue on considérait des *péricardites primitives* (froid, traumatisme), et des *péricardites secondaires*.

Le champ des premières est singulièrement rétréci depuis que les travaux modernes ont montré que les *péricardites sont d'origine infectieuse*; le froid peut exalter la virulence de l'agent pathogène; le traumatisme, le faire pénétrer par les plaies du thorax, ou par l'intermédiaire d'un instrument tranchant ou piquant.

De même les *péricardites de voisinage* sont d'origine infectieuse, recevant les germes nocifs des collections purulentes des organes voisins: *cancer de l'œsophage, abcès ganglionnaires, carie costo-vertébrale, etc.*

Donc les *péricardites sont des affections secondaires à des infections de nature et d'origine d'ailleurs très variables*: parmi celles-ci il faut citer:

Rhumatisme articulaire aigu. — (Corvisart, lois de Bouillaud); Jaccoud, Williams, Wunderlich, la déclarent plus fréquente que l'endocardite.

Opinion générale est contraire à ces affirmations.

Sibson: sur 325 cas de rhumatisme, 6 péricardites, 107 cas d'endocardite.

Leudet: Proportion de 15 à 20 % de péricardite dans rhumatisme.

Recherches modernes ont montré que rhumatisme est une maladie infectieuse, dont le microbe n'est pas encore fixé, malgré les recherches d'Achalme, Thiroloix (*voir Endocardite*), donc péricardite du rhumatisme est d'origine infectieuse.

Début: généralement dans la première attaque et deuxième septenaire; cas de péricardite préarthropathique.

Forme: surtout sèche, suivie ou non d'épanchement.

Rhumatisme chronique. — Péricardite plus rare; cas de Trastour, Charcot.
Rhumatisme blennorrhagique. — La péricardite très rare et même nulle, quelques cas cependant (Fournier); existe, mais exceptionnellement (E. Besnier).

Chorée. — Parenté rhumatismale pour beaucoup d'auteurs; Henri Roger cite 5 cas sur 74 chorées.

Scarlatine. — (Gendrin, Trousseau). En général péricardite survient tardivement (20^e à 30^e jour), précédée quelquefois de rhumatisme qui serait la cause première de la péricardite (Peter).

Rougeole. — Très rare. Quelques cas (Dufour).

Variolle. — Brouardel a vu cardiopathies associées: péricarde, endocarde et aorte. Andral, Desnos et Huchard étudient cardiopathies de la variolle.

Erysipèle. — Duroziez, Jaccoud, Sevestre ont observé la péricardite. Dénucé a montré la filiation streptococcique qui relie l'érysipèle et la péricardite.

Fièvre typhoïde. — Assez rare. Guéneau de Mussy en a vu 5 cas sur 30 de fièvre