

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 hémorrhagique 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, hémorrhagique*.

#### 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 hémorrhagique.

— **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<sup>e</sup> à 30<sup>e</sup> 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. Dénué 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

typhoïde; est-elle liée au bacille d'Eberth ou par infection secondaire? Serait presque toujours *sèche* (Maurice Raynaud).

**Typhus.** — **Varicelle, Oreillons, Diphtérie, Grippe,** quelques cas de péricardite.

**Infection puerpérale.** — Le plus souvent péricardite purulente.

**Ostéo-myélite.** — **Pyohémie, Scorbut** (péricardite hémorragique).

**Maladies infectieuses des voies respiratoires.** — Place importante dans l'étiologie des péricardites.

1° **Pneumonie.** Leudet 6 cas sur 83 pneumonies. Est une manifestation de la pneumococcie sur le péricarde; peut être isolée ou associée à d'autres manifestations de la pneumococcie (méningite cérébro-spinale, néphrite, endocardite, pleurésie, péritonite). Cas où péricardite isolée, même avec absence de toute manifestation pneumonique. Présence du pneumocoque dans l'exsudat péricardique, établie par Netter, Cornil, Babès, etc.

Reproduite *expérimentalement* (Vanni, Banti), par injection de crachats pneumoniques dans chambre antérieure de l'œil du lapin.

**Apparition :** du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> jour des pneumonies intenses.

**Forme :** sèche, séro-fibrineuse, purulente et hémorragique.

2° **Tuberculose :** La péricardite tub. serait, après la péricardite rhumatismale, la plus fréquente de toutes (Corvisart, Laënnec, Trousseau, Leudet, Hayem et Tissier), peut être la seule manifestation de la tub. (Cruveilhier, Virchow), ou survient dans une tub. en voie d'évolution : pleurale pulmonaire, mais surtout *ganglionnaire*.

**Forme :** sèche, épanchement : séro-fibrineux, hémorragique, purulent; *symphyse cardiaque tuberculeuse* fréquente.

Elle se rencontre aussi dans *l'enfance* (Thaon, Rousseau), mais moindre fréquence que chez l'adulte.

3° **Gangrène pulmonaire :** Laurence a cité la péricardite dans le cours de la gangrène pulmonaire, mais les deux affections se rapportaient sans doute à une infection causale unique.

**Maladie de Bright.** — Péricardite pas très commune; Sibson a noté 136 cas sur 1682 néphrites; surtout dans le gros rein blanc (Dickinson); au contraire plutôt dans la néphrite interstitielle (Peter, Lecorché et Talamon).

**Origine :** tantôt microbienne, tantôt toxémique (Merklen).

**Syphilis infantile.** — Prédipose à péricardite; surtout hémorragique (Parrot). Assez rare en somme et toujours conséquence de lésions syphilitiques : myocardite (Ricord).

**Cancer.** — Cancer du péricarde : péricardite sèche, brides; épanchement hémorragique assez souvent.

**Sarcome.** — Quelques cas relevés par Jaccoud. Enfin la péricardite peut accompagner d'autres *cardiopathies, endocardite, myocardite, aortite* (Peter), avec degré de fréquence beaucoup plus marquée pour la première de ces affections. Mais c'est moins une complication qu'une manifestation vers le péricarde du même germe infectieux qui a produit déjà l'endocardite, la myocardite, etc.

**Résumé.** — *La péricardite n'est point une entité morbide bien définie toujours identique à elle-même. C'est la localisation sur la séreuse d'enveloppe du cœur d'un agent infectieux de nature très diverse.*

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**Etendue.** — Péricardite *partielle, ou généralisée*; maximum des lésions sur le feuillet viscéral.

**Nature.** — Péricardite *sèche* ou avec *épanchement*.

## A. — Péricardite sèche.

**Au début :** *injection, piqueté, arborisations, aspect dépoli.*

**Bientôt,** sur les deux feuillets : *exsudats fibrineux, louches, grisâtres, par plaques, par îlots, couches stratifiées.* Alors les deux feuillets du péricarde sont hérissés de *saillies, aspérités, mamelons. Cor hirsutum, villosum.*

**Comparaisons classiques :** Surface interne du 2<sup>e</sup> estomac du veau (Corvisart); aspect de deux assiettes plates enduites de beurre et séparées l'une de l'autre; deux tartines de beurre accolées puis séparées brusquement l'une de l'autre (Laënnec); langue de chat, gâteau de miel, pomme de pin, etc.

**Histologie des exsudats.** — Réticulum de fibrine englobant cellules épithéliales, leucocytes. Pas de vaisseaux ni de tissu cellulaire.

**Vaisseaux de la séreuse.** — *Sanguins :* plus nombreux et dilatés; *lymphatiques :* dilatés et obstrués de cell. lymphatiques et de fibrine coagulée. Toutes ces lésions peuvent se résorber et disparaître; au contraire se développent et un *épanchement liquide* va se former.

## B. — Péricardite avec épanchement.

1° **SÉRO-FIBRINEUX,** le plus souvent : citrin, couleur de paille claire, contient : fibrine, leucocytes, hématies, pigment.

**Quantité** de 200 à 400 grammes en moyenne, au delà de 500 grammes sont *exceptionnels*; néanmoins faits :

de Corvisart et Louis . . . . .	1 litre
de Sibson . . . . .	1 625 grammes.
de Gosselin . . . . .	2 litres.

chez l'enfant en moyenne : 100 à 150 grammes (Blache).

**Au début,** liquide infiltre seulement les plaques molles gélatineuses des exsudats.

Plus tard, *distend* peu à peu tout le sac péricardique, alors le cœur est *refoulé en haut et en arrière*, et sa pointe est plus ou moins élevée au-dessus du niveau inférieur de l'épanchement. Cas où *péricarde est cloisonné*, d'où plusieurs loges, renfermant du liquide en quantité et en qualité variables. (Obs. de Jaccoud, 1897.) Dans d'autres circonstances, les deux feuillets du péricarde soudés en avant forment une sorte de symphyse antérieure, et le *liquide est refoulé vers la partie postérieure du cœur* où il reste enkysté (Barth et Roger). Perret, Devic, Pins (de Vienne); diagnostic difficile, car bruits du cœur conservent toute leur netteté à la région précordiale.

**Evolution.** — *Résorption lente, fausses membranes s'organisent* en couches stratifiées, brides plus ou moins épaisses, adhérences, soudure, *symphyse cardiaque* ou mieux *péricardique*.

**Autres transformations :**

*Transformation cartilagineuse; dégénérescence calcaire, ossification du péricarde* (Forster).

Plus fréquemment et plus simplement :

*Taches ou plaques laiteuses*, lissés, nacrés, arrondies, ovalaires, bandellettes surtout sur face antérieure du ventricule droit. Mais si quelques auteurs admettent leur *origine inflammatoire* (Paget, Rokitansky) ; d'autres (Corvisart) leur attribuent une origine dystrophique.

Pour Peter ce sont de simples *plaques de frottement*.

2° **PURULENT**, surtout dans le cours des maladies infectieuses pyogènes : pyohémie, puerpérisme, fièvres éruptives, etc. ; ou par infections secondaires chez des débilisés et des cachectiques.

*Qualité* : louche, séro-purulent, purulent ; homogène ou mal lié, avec flocons grisâtres putrides.

*Quantité* : variable, en général modérément abondante ; cependant chez des enfants on a relevé : 300 à 400 grammes (Cadet de Gassicourt), 512 grammes (Labric).

*Face interne de la séreuse* : Grisâtre, infiltrée, ramollie, ulcération et même perforation avec fistules suivies ou non de pyo-pneumopéricarde.

*Evolution*. — Résorption quelquefois. A la place de l'épanchement : magma épais, grisâtre, caséux, analogue à du mastic.

3° **HÉMORRHAGIQUE**, le plus souvent séro-sanguinolent, sang pur dans les formes graves scorbutiques (Kyber).

*Origine* : discutée encore, *pachypéricardite hémorragique*, par rupture des vaisseaux embryonnaires contenus dans fausses membranes molles et peu organisées ; c'est-à-dire même explication que pour les méninges, plèvres, tunique vaginale, avec épanchement sanguin.

*Virulence particulière* de certains agents infectieux hémorrhagipares. Causes sans doute complexes.

*Contenu* ; hématies ; quelquefois tubercules, noyaux cancéreux.

**Bactériologie des divers épanchements**. Nombreux microbes, trouvés dans épanchements péricardiques établissant la nature nettement infectieuse des péricardites.

*Pneumocoque*. — A été rencontré par Banti, Netter, Cornil et Babès, Coleman, Boulay (ici chez des malades non atteints de pneumonie), Pineau, Widal et Meslay, etc.

*Streptocoque*. — Signalé par Wilson (1886), Netter, Foureur (1888), Duflocq, Thiroloix (1897), dans un cas de péricardite cloisonnée avec épanchement séreux et hémorragique. Le streptocoque existait dans le liquide péricardique, le sang du cœur, les sucs hépatique, rénal, splénique.

*Bactérium Coli*. — Dans un cas de Pineau.

*Bacille de Koch*. — Dans les faits de Weigert (1883), Kast 1883.

#### LÉSIONS CONCOMITANTES OU DE VOISINAGE

**Poumons**. — Comprimés, refoulés ; *atélectasie*.

*Pleurésie, pneumonie, tuberculose* ; ne sont point concomitantes, mais nées sous la même influence infectieuse.

**Cœur**. — *Compression* sur les oreillettes, veines caves, veines pulmonaires, d'où gêne circulatoire, stase des veines du cou, face, etc.

*Endocardite*. — Coexistence extrêmement fréquente.

Soit par extension, ou le plus souvent parce que l'endocarde a été frappé en même temps que le péricarde.

*Altérations du myocarde* :

Dégénérescence granulo-graisseuse.

Petits abcès métastatiques.

Sclérose du myocarde.

*Symphyse péricardique*. — Médiastino-péricardite calleuse.

Retentissement sur l'aorte (Hanot), le plexus cardiaque (Peter).

**Symptomatologie**. — Variable suivant que la péricardite est localisée ou généralisée, sèche ou avec épanchement, etc.

Prendre comme type de description la *péricardite aiguë d'origine rhumatismale*.

#### SYMPTOMATOLOGIE

##### 1° Péricardite aiguë sèche.

**Troubles fonctionnels**. — Quelquefois nuls, la péricardite reste latente et passe inaperçue ; quand il y a troubles fonctionnels, un des plus importants est la *douleur*.

a. **Douleur**. — Seulement la moitié des cas (Louis).

*Caractères*. — Simple gêne douloureuse.

Douleur vraie, pongitive, lancinante, augmentée par pression manuelle, griffes de fer enserrant la poitrine. Cas de Mirabeau (Cabanis).

*Siège*. — Diffuse à la base de la poitrine ou encore le creux épigastrique avec irradiations vers le cou, l'épaule gauche, plutôt que la région précordiale proprement dite.

Quelquefois douleur sur le trajet du *nerf phrénique* qui passe entre la plèvre et le péricarde.

*Siège variable* : le long du bord gauche du sternum,

*En haut* : entre les deux chefs d'insertion du sterno-mastoidien,

*En bas* : entre l'appendice xiphoïde et les cartilages costaux (angle costo-xiphoïdien).

Quelquefois douleurs profondes, en pleine région précordiale, par propagation inflammatoire du péricarde au plexus cardiaque (Peter, Sibson).

*Dysphagie* : autre phénom. douloureux par passage des aliments dans l'œsophage, due à l'irritation de la paroi postérieure du péricarde.

b. **Dyspnée**. — Oppression, gêne respiratoire plutôt que dyspnée vraie ; celle-ci étant plutôt le propre de la péricardite avec épanchement, par compression du cœur.

c. **Phénomènes accessoires**. — Pâleur de la face, palpitations peu accusées ; *hoquet, toux, quelquefois vomissements*.

Tous ces phénomènes peuvent manquer ou être à peine ébauchés.

d. **Fièvre**. — *Peut manquer* totalement.

Le début de la maladie peut s'annoncer dans quelques cas par un *abaissement de la température* ; chez les vieillards (Durand-Fardel, Charcot) ; chez les adultes (Lorain, Brouardel) ; dû à troubles d'innervation du sympathique (Peter).

Dans des cas plus fréquents il y a *élévation thermique*.

Quand dans rhumatisme on note élévation température, sans qu'il y ait arthropathies nouvelles, penser à *endo-péricardite* probable.

Quelquefois augmentation de la température locale (Peter).

**Signes physiques**. — Quelquefois à la percussion, signes de *dilatation légère* du cœur.

*Retrait de la pointe, après le choc systolique*, se fait *lentement*, comme si elle était engluée et se détachait difficilement de la paroi thoracique (Maurice Raynaud).

**Palpation.** — Frémissement vibratoire léger parfois à la *palpation* (Barth et Roger); d'autres fois, *quand* à l'auscultation on trouve *frottements*, le frémissement est intense simulant un frôlement, un grattement, tantôt méso-systolique, tantôt mésodiastolique.

**Auscultation.**

a. **Frottement péricardique** : c'est un bruit superficiel, à propagation nulle, « naît et meurt sur place » (Jaccoud).

**Siège** : base du cœur, niveau de l'artère pulmonaire; le long du bord gauche du sternum, vers 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> cartilage costal;

**En bas** : vers base de l'appendice xiphoïde, rare à la pointe même.

**Intensité et timbre** : a. *doux* : grattement léger de l'ongle sur le papier, frôlement : soie, taffetas, billet de banque ; craquement de la neige gelée.

b. *Rude* : cri du cuir de la selle neuve sous le cavalier (Laënnec), cri du cuir neuf (Collin); prononciation gutturale du k suivi de plusieurs r, krrrr...

**Moment** : ne coïncide avec aucun temps de la révolution cardiaque; à cheval sur les bruits du cœur (Gubler); à côté des bruits cardiaques (Sibson); peut être présystolique, méso-systolique, méso-diastolique (Potain); dans le premier cas il se surajoute aux deux bruits normaux et donne lieu à un *bruit de galop*.

S'il est méso-systolique, son adjonction aux bruits normaux forme le *rythme de locomotive* (Guttman).

**Augmente** dans la *position verticale* ou *assise*, parce que les deux feuillets de la séreuse deviennent plus intimement unis.

**Augmente** par la *pression exercée localement* avec la main ou avec le stéthoscope.

Influencé par les mouvements respiratoires :

*plus fort* à la fin de l'expiration (Lewinski, Lépine et Chabalière), de l'inspiration (Traube, Potain).

**Diminue** ou *disparaît* entièrement :

par la présence d'un épanchement (péricardite *sèche* devenue péricardite avec *épanchement*), ou encore par diminution de l'énergie contractile du myocarde.

b. **Bruit de galop.**

Deux sortes de galop dans la péricardite.

1. *Péricardique* à proprement parler, avec rythme à trois bruits formés par l'adjonction aux deux bruits normaux, du bruit de frottement péricardique présystolique.

**Siège** surtout à la base, lieu habituel des frottements péricardiques.

2. *D'origine myocardique*, bruit-choc produit par la diminution de tonicité du myocarde, consécutive à l'inflammation du feuillet viscéral du péricarde, d'où tension brusque des parois ventriculaires à la fin de la diastole, d'où enfin bruit-choc présystolique. — Rythme de *l'anapeste* (deux brèves suivies d'une longue ∪ ∪ —).

**Siège.** Ce galop étant ventriculaire se rencontre à la partie moyenne du cœur.

c. **Souffles.** — Origine complexe :

Les uns dus à endocardite concomitante ou à une lésion valvulaire préétablie; les autres produits par compression des gros vaisseaux de la base par exsudats, d'autres enfin sont des souffles d'origine cardio-pulmonaire.

**Pouls.** — Rien de particulier; quelquefois un peu affaibli et dépressible.

**Evolution** : guérison ou passe au stade d'épanchement.

2<sup>o</sup> **Péricardite avec épanchement.**

**Douleur.** — Présente les mêmes caractères qu'au début, ou s'éveille seulement à cette période.

**Fièvre.** — Rien de spécial; c'est une fièvre continue sans type régulier.

**Dyspnée.** — Beaucoup plus importante : variable d'ailleurs.

Simple oppression, dyspnée extrême, orthopnée, crises paroxystiques.

**Cause principale** : compression et refoulement des *poumons* et du *cœur*.

1<sup>o</sup> **Compression sur le poumon**, surtout le gauche d'où décubitus latéral gauche impossible.

Dans épanchement considérable il peut y avoir compression sur le poumon gauche par distension du péricarde vers le médiastin postérieur; l'auscultation du poumon en arrière donne alors : respiration rude ou même souffle; on note encore vibrations thoraciques exagérées, skodisme, etc. (Rendu). Ces *signes pleuro-pulmonaires de la péricardite* sont marqués surtout chez les *enfants* à cause de leur thorax étroit et de la minceur des parois de la poitrine.

Ils se manifestent par de la *matité*, du *souffle*, de la *broncho-égophonie*, *augmentant* ou *diminuant* avec la péricardite.

Ces *signes disparaissent* dans la *position genu-pectorale*, car le *cœur* et le *poumon* sont reportés en avant et les signes de compression disparaissent (*signe de Pins*), ces *pseudo-pleurésies* étudiées par Pins (de Vienne), 1889, Perret et Devic (de Lyon) 1889, ont donné lieu parfois à des signes si nets qu'ils ont été la cause d'erreurs de diagnostic, et ont fait pratiquer inutilement la thoracentèse en arrière (Labric, Ahsby). Des faits de péricardite passés ainsi inaperçus ont été vus par Guersent, par H. Roger, par G. Lemoine, etc.

Pour établir dans ces conditions le *diagnostic différentiel* entre la péricardite avec épanchement et la pleurésie, on *mettra le malade en position genu-pectorale* et si la *pointe* du *cœur* est *déviée à gauche* et en dehors, il s'agit d'une *péricardite avec épanchement*.

Si la *déviation* se fait à *droite*, on se trouve en présence d'un *épanchement pleurétique*.

2<sup>o</sup> **La compression sur le cœur** s'opère principalement sur les parties les moins résistantes (les *oreillettes*), d'où *gêne* à la *déplétion des veines pulmonaires* et du *système veineux général*; *gêne* des *veines pulmonaires* entraîne : troubles de l'hématose, cyanose; *gêne sur veine cave supérieure* : l'œdème de la face, cou, membres supérieurs, la stase avec congestion encéphalique suivies de vertiges, bourdonnements d'oreilles, etc.

Quand *épanchement* est *très abondant*, la compression sur le cœur entraîne *lipothymies*, *syncope*, battements cœur, pouls dépressible, petit, intermittent, *astholie aiguë*, etc.

3<sup>o</sup> **Autres compressions** :

Sur le *phrénique*, entraîne le *hoquet*.

Sur le *pneumogastrique* provoque les *vomissements*.

Sur l'*œsophage*, entraîne *dysphagie* considérable : *péricardite hydrophobique* (Gendrin, Bourceret). Cette dernière est causée moins par la compression que par l'inflammation du phrénique consécutive à celle du péricarde et de la plèvre.

**Signes physiques.**

a. **Inspection** : *Voussure précordiale* du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> espace intercostal gauche en moyenne, peut faire défaut même dans épanchements très abondants.

**b. Palpation :** *Choc de la pointe à peine perceptible* ou reporté à plus d'un ou de plusieurs centim. *au-dessus* de la zone inférieure de matité.

**c. Percussion** d'une grande importance.

Dénote *augmentation de la matité* précordiale et *forme spéciale* de celle-ci.  
1. *D'après les auteurs classiques*, percussion délimite une *surface triangulaire à base inférieure* et à *sommet mousse supérieur*.

Cette comparaison n'est pas rigoureusement exacte.

2. Sibson et Potain ont décrit plus exactement :

la *ligne inférieure de matité* s'abaisse sensiblement au-dessous de la région où l'on perçoit les battements du cœur ;  
la *ligne oblique gauche* qui délimite normalement la surface du cœur, se déplace parallèlement à elle-même et se reporte *en haut* et *en dehors* vers l'aisselle gauche et remonte jusqu'au voisinage du manche sternal. De plus vers le 1/3 de la hauteur de cette ligne, la percussion dénote une *incurvation à convexité interne*, *encoche* de Sibson qui rejoint en bas la ligne de matité en décrivant un angle mousse et arrondi. La surface totale de matité a ainsi la forme d'une *brioche* (Potain). Sibson a montré que cette configuration correspond en moyenne à des épanchements de 420 à 460 grammes.

Enfin la *surface triangulaire de matité absolue* augmente d'une façon considérable et sa configuration est presque identique à celle de la matité totale.

Cette configuration de la matité se modifie avec la résorption de l'épanchement.

**d. Auscultation.** *Disparition du frottement* perçu encore quelques jours auparavant.

*Assourdissement progressif des bruits normaux* ; quelquefois présence d'un *souffle*, causé par :

Compression sur les gros vaisseaux de la base (opinion des classiques) ;  
Coexistence d'une endocardite (plus probable).

**e. Pouls.** — Longtemps normal. *Petit* par apport faible de sang dans ventricules, suite de compression des oreillettes.

*Petit, inégal, irrégulier* quand épanchement abondant comprime cavités cardiaques.

*Pouls paradoxal* de Kussmaul, probablement par affaiblissement du myocarde.  
*Pouls veineux faux* quelquefois, aussi suite de compression des oreillettes.

**Evolution de la péricardite avec épanchement.** — *Cas graves* : dyspnée, accès paroxystiques, lipothymies, syncope, mort ; signes d'insuffisance du myocarde amenant *dilatation aiguë* du cœur, ou, dans des cas à marche plus lente, des accidents *d'asystolie* avec cyanose, œdème, etc.

*Guérison par résorption* : fièvre tombe, troubles fonctionnels s'amendent. Dyspnée, douleur disparaissent progressivement.

Voussure précordiale cesse d'exister.

Bruits du cœur réapparaissent peu à peu.

Frottements de retour.

*Passage à l'état chronique.* Epanchement reste stationnaire, ou résorption très lente, quelquefois série de poussées subaiguës.

Production d'adhérences partielles ou générales.

Evolution vers la *symphyse cardiaque* et l'affaiblissement du myocarde sous-jacent.

**Formes cliniques de la Péricardite aiguë.**

*Forme hydrophobique*, une des plus anciennement décrites (Gendrin).

Dyspnée et Dysphagie atroce au pharynx et à l'œsophage avec accès spasmodiques à chaque déglutition.

D'après Bourceret (1879) elle tiendrait à une inflammation du phrénique et à une pleuro-médiastinite concomitante à la péricardite.

*Forme typhoïde* avec adynamie extrême ; prostration extrême ; faits de Blache ; confondue quelquefois avec la dothiéntérie.

*Forme paralytique* de Jaccoud, caractérisée par des signes de défaillance du cœur : pouls inégal, misérable, bruits du cœur assourdis, lipothymies, syncope, mort.

*Forme latente.* Extrêmement fréquente (Leudet, Letulle), souvent sèche. Aucune douleur, aucune dyspnée appréciable, fièvre nulle ou peu accusée. Découverte par hasard à l'autopsie. Se rencontre principalement dans les péricardites dites secondaires ; s'observe assez fréquemment chez le *vieillard* ; chez l'*enfant* également elle peut être *purulente*.

**Complications.** — Les plus fréquentes portent sur le cœur lui-même :

1° **Endocardite.** — Sur 161 cas de cardiopathies rhumatismales, 34 pour 100 d'endopéricardites (Sibson).

Diagnostic difficile au début, car son meilleur signe, l'assourdissement des bruits normaux, appartient aussi à la péricardite.

Plus facile à la période d'état, car l'endocardite se révèle alors par un souffle à l'un des quatre orifices.

Pronostic sévère ; le plus souvent la péricardite se résorbe, mais l'endocardite tend à s'organiser.

2° **Myocardite.** — Complication sérieuse, on note :

*Affaiblissement extrême* des bruits, *choc de la pointe faible*, *pouls petit, misérable*, défaillances, lipothymies, syncopes, etc.

3° **Aortite.** — Plus rare.

Crises, accès de douleur rétro-sternale.

Bruit diastolique d'abord éteint, plus tard peut devenir éclatant.

4° **Complications pleuro-pulmonaires.** — Nous avons indiqué précédemment les signes de pseudo-pleurésie et la valeur du signe de Pins.

#### DIAGNOSTIC

Signes souvent frustes et perdus dans l'ensemble symptomatique des maladies qui la compliquent souvent (Corvisart).

Doit être établi à deux périodes : *péricardite sèche*, *péricardite avec épanchement*.

**A. Péricardite sèche.** — Le signe capital est le *frottement*.

Bruit sec, inégal, sensation de froissement, de grattement dans un mouvement de va-et-vient.

*Siège* surtout à la base ou à la partie moyenne du cœur ;

Ne se propage pas ; naît et meurt sur place ;

Méso-systolique ou méso-diastolique, etc., etc.

**Diagnostic différentiel :**

(a) **Souffles cardio-pulmonaires :**

*Siège* : surtout préventriculaire ou au-dessus de la pointe ;

Doux, méso-systoliques, sans propagation ;

Ils diffèrent surtout du frottement par ces caractères :

leur extrême mutabilité ;

sont plus intenses dans décubitus dorsal (le contraire pour le frottement) ;

ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel ;

leur valeur pathologique nulle, etc., etc.

(b) **Souffles endocardiques :**

*Siège* : toujours à l'un des quatre orifices, surtout au niveau même de la pointe (insuffisance mitrale) ou de l'orifice de l'aorte (lésion aortique)  
*Propagation* permanente et invariable : ceux de la base vers la clavicule droite et le cou; ceux de la pointe vers l'aisselle gauche et même le dos.  
*Temps* : rigoureusement systoliques, diastoliques ou présystoliques, etc.

(c) **Association du souffle et du frottement.** — Plus difficile.

Examen attentif des signes : siège, timbre différent.  
 Propagation : nulle pour frottement ; nette pour le souffle.

(d) **Frottement pleural.** — Est lié aux mouvements respiratoires.

Mais est quelquefois rythmé par les mouvements du cœur ; on le perçoit au niveau du ventricule gauche, il est surtout manifeste dans les grandes expirations, et ne s'exagère pas comme le frottement péricardique, si le malade s'assoit et se penche en avant (Potain, Choyau).

Enfin, d'après Maurice Raynaud, il est dû à une pleurite médiastino-costale ; Pour établir le diagnostic différentiel : faire pratiquer une *inspiration forcée*, s'il y a frottement pleural, il se suspend ; s'il y a *frottement péricardique*, il s'*accentue pendant ce temps de la respiration*.

**B. Péricardite avec épanchement.** — Souvent difficile.

Disparition du frottement et augmentation de la matité.

**Diagnostic différentiel.****a. Hypertrophie du cœur.** — Présente voussure quelquefois et augmentation de la matité, mais celle-ci n'est pas en brioche, et conserve sa forme triangulaire. De plus dans l'hypertrophie on note :

Pointe abaissée, avec impulsion systolique énergique et brusque.  
 Bruits éclatants et non assourdis. Pouls vibrant.

Enfin souvent l'hypertrophie est liée à *lésions aortiques* ou à *néphrite interstitielle* qui donnent lieu à des signes particuliers : Souffles au foyer aortique ; Galop et albuminurie (néphrite, etc).

**b. Dilatation du cœur.** — Matité transversale augmentée.

Pas de voussure ; pouls mou, affaibli ; bruits du cœur sourds.  
 S'observe presque toujours à la suite des cardiopathies gauches anciennes, ou se porte d'emblée sur les cavités droites, à la suite de troubles digestifs.

**c. Pleurésie gauche avec épanchement ;** on observe alors :

Dilatation unilatérale du thorax.  
 Diminution ou disparition de l'espace semi-lunaire de Traube.  
 Cœur refoulé vers la droite, mais bruits conservent leur netteté.

**d. Tumeurs du médiastin.** — *Néoplasmes.* — *Anévrysme de l'aorte.*

Matité thoracique diffuse.  
 Signes de compression profonde.  
 Développement inaccoutumé du réseau veineux superficiel.  
 Quelquefois douleurs profondes intra-thoraciques (névralgies symptomatiques).  
 Dans *anévrismes* : tumeur pulsatile et expansive.  
 Examen radioscopique peut être utile.

**II. Evaluation probable de la quantité de liquide.** — Très délicate.

En général sera *abondante* quand :  
 Voussure très accusée, bruits cardiaques éteints.  
 Matité du cœur considérable.  
 Signes de compression en arrière sur le poumon gauche par distension du péricarde vers le médiastin postérieur.  
 Skodisme, souffle, vibrations thoraciques modifiées.  
 Œdème de la région précordiale et pouls paradoxal (Rendu).

**II. Diagnostic de la qualité de l'épanchement** — Surtout par la notion étiologique, la marche générale de la maladie et la courbe thermique.

Notion étiologique importante :

*Péricardite hémorragique* : exanthèmes hémorragiques, forme scorbutique (Russie ; Kyber).

*Péricardite purulente* : maladies septiques : érysipèle, pyohémie, septicémie puerpérale, etc.

**Pronostic.** — Pas aussi grave que le croyait Corvisart.

Dépend de l'*âge, état général, forme clinique de l'abondance, et nature de l'épanchement*. Chez enfants, très sévère (Gendrin, Cadet de Gassicourt).

Le danger résulte de l'abondance de l'épanchement et de l'état du muscle sousjacent.

**TRAITEMENT. — I. DE LA PÉRICARDITE SÈCHE****1. Contre la phlegmasie.** — Anciennement : saignées, antiphlogistiques.

Froid : compresses d'eau froide.

Sachets de glace sur région précordiale (Gendrin).

A l'intérieur : Préparations mercurielles (Hope, Taylor).

Tartre stibié (Jaccoud).

Quinine. — Véraltrine.

**2. Contre l'érythisme cardiaque :**

*Valérianiques, bromures.*

**3. Contre la douleur locale :**

*Salicylate de soude, antipyrine, salophène, chlorhydrate de morphine, opium* ; tous les révulsifs : *ventouses scarifiées, pointes de feu*, stypage au *chlorure de méthyle, badigeonnages iodés*, revêtement précordial avec ouate ou gaze enduite de *salicylate de méthyle, vésicatoires aseptiques, liniments calmants après rubéfaction*, etc.

**4. Contre la dyspnée :** *éther, injection de chlorhydrate de morphine.***5. Contre l'insomnie :** *chloral, sulfonal, trional, hypnal, bromidia.***6. Contre l'affaiblissement du myocarde :** les toniques, les stimulants.

*Caféine* surtout en injections hypodermiques. — *Digitale. Sulfate de sparteine.* Injections sous-cutanées d'*éther, d'huile camphrée, de sérum artificiel.*

**7. Traitement de la nature de la péricardite :**

*Rhumatismale.* — *Salicylate de soude* ; tartre stibié (Jaccoud).

Dans les *maladies infectieuses.* — *Caféine, digitale, les stimulants.*

**II. DE LA PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT**

**Traitement médical.** — *Vésicatoires aseptiques*, au début ; en user avec beaucoup de modération.

Purgatifs salins.

Diurétiques. — Régime lacté.

Souvent suffisant dans épanchements d'abondance moyenne et surtout d'origine rhumatismale.

Mais si épanchement augmente et que le cœur faiblisse (dyspnée, cyanose, pouls petit, défaillances, lipothymies, etc.), il faut recourir à la ponction du péricarde, c'est-à-dire au traitement chirurgical.

**Traitement chirurgical.** — *Paracentèse du Péricarde :*

Malade soulevé légèrement sur le lit, appuyé sur des oreillers.

Dans *quel espace intercostal faut-il ponctionner ?*

Divergences nombreuses des auteurs :