

peut engendrer la chorée au même titre qu'une infection, mais il n'est que les chorées infectieuses qui soient susceptibles de frapper le cœur, et au premier rang de ces infections nous retrouvons le rhumatisme. J'ai observé un cas de péricardite chez une choréique sans rhumatisme, mais convalescente d'une dothiéntérie. C'était donc une péricardite typhique de même que les cas de péricardites observés chez des rhumatisants choréiques sont de nature rhumatismale et non choréique. En fait le rhumatisme agit doublement sur le système nerveux : d'une part en fournissant un terrain spécial qui dispose aux névroses, et d'autre part à l'occasion de ses manifestations aiguës infectieuses. Il est vrai que la chorée s'émancipe rapidement du rhumatisme; elle constitue souvent un accident pararhumatisme, et n'est pas plus justiciable du traitement antirhumatisme que les accidents parasphyilitiques ne le sont du traitement antisphyilitique.

III. *Tuberculose*. — C'est la cause la plus fréquente de péricardite après le rhumatisme. La péricardite tuberculeuse est moins commune chez l'enfant que chez l'adulte¹. On l'a signalée dans le premier âge (Blache, Parrot, Joffroy, Thaon), mais elle s'observe surtout dans la seconde enfance. Elle peut être primitive et aboutir à la symphyse fibreuse. Mais, le plus souvent, elle est secondaire et succède à une tuberculose de voisinage, pleuro-pulmonaire ou ganglionnaire. Elle reste latente dans un assez grand nombre de cas. Pelthier² estime à 45 pour 100 le chiffre des péricardites insoupçonnées pendant la vie du malade. Une péricardite chez un tuberculeux n'est pas forcément tuberculeuse.

IV. *Maladies éruptives et infectieuses*. — Exceptionnelle dans la *rougeole*, la péricardite se voit dans la *variole* (Brouardel, Desnos et Huchard), sans caractères spéciaux à l'enfance; elle y est d'ailleurs rare, en raison du peu de fréquence de l'infection variolique pendant cette période de la vie. Elle se montre tantôt au moment de l'éruption sous la forme sèche ou séro-fibrineuse, tantôt au moment de la pyémie secondaire; elle est alors purulente.

La *vaccin*e est étrangère à la péricardite, sauf en cas d'infection secondaire (1 fait de péricardite purulente consécutive à la vaccin (Ashby)³). C'est la même pathogénie qu'on peut invoquer pour une péricardite mortelle observée dans le cours d'une varicelle (Ashby). La péricardite *érysipélateuse*, signalée par Jaccoud et Sevestre chez l'adulte, est une exception dans le jeune âge. La seule péricardite *scarlatineuse* mérite une mention. Sur 44 péricardites de l'enfance, West en signale 5 d'origine scarlatineuse et 17 rhumatismales. Cnopf, sur 44 cas de scarlatine, a observé 2 péricardites. En général, c'est une complication tardive survenant après l'éruption. H. Roger, J. Girard⁴ décrivent un syndrome infectieux tardif représenté par une courbe thermique variable, des arthropathies, des érythèmes infectieux avec albuminurie et des péricardites de physionomies diverses.

(1) RONNEAU. *Thèse de Paris*, 1882.

(2) PELTHIER. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

(3) LANCET, 1881.

(4) GIRARD. *Thèse de Paris*, 1900.

La péricardite *typhique* est une complication rare, exceptionnelle même. Dans une récente revue d'ensemble sur ce sujet, MM. Gandy et Gouraud¹ en mentionnent quelques observations dues à Cadet de Gassicourt, de Boyer, Le Clerc, Smith, Andral. Dans la thèse de Bacaloglu figure un cas concernant une fillette de 5 ans². M. Guinon a publié en 1901 le cas d'une enfant qui présente une endopéricardite au cours d'une fièvre typhoïde; la péricardite guérit, mais il subsista une insuffisance mitrale³. Je n'ai, pour ma part, sur un nombre très considérable de fièvres typhoïdes, observé que très exceptionnellement la péricardite d'origine typhique. Les *oreillons*, la *diphthérie*, la *blennorrhagie* comptent également au nombre des causes exceptionnelles de péricardite.

V. *Infections pyogènes*. — A ce groupe appartiennent les péricardites liées à la *puerpéralité* (Bednar, Letulle, Homolle, Rauchfuss, Henoeh, etc.), à l'inflammation du cordon (Weber, Gombault, Parrot, Notta). Elles sont purulentes et latentes. Rentrent encore dans cette catégorie les péricardites associées à une ostéomyélite (Körte⁴), à un abcès (Ashby), à une infection secondaire dans le cours d'une maladie générale. Les péricardites suppurées de la *variole*, de la *scarlatine*, du *rhumatisme*, reconnaissent la même pathogénie.

VI. *Affections de voisinage*. — Les affections de la colonne vertébrale, des côtes, du sternum, du thymus (Cnopf), des ganglions bronchiques (11 cas de Baréty) agissent sur le péricarde par un mécanisme facile à comprendre. Quelquefois des ganglions caséux viennent s'ouvrir dans la séreuse: ils y déterminent alors une péricardite purulente⁵. La *pneumonie franche* atteint rarement le péricarde de l'enfant. Bard et son élève Saltet⁶, qui ont essayé de réunir tous les cas de péricardite métapneumonique, n'en signalent que 2 entre 10 et 20 ans. C'est que cette péricardite coïncide surtout avec l'hépatisation grise, peu commune chez l'enfant. Elle est habituellement associée à une pleurésie concomitante.

La *bronchopneumonie* entraîne plus volontiers la péricardite et particulièrement la forme purulente par l'intermédiaire d'une véritable infection plutôt que par une propagation de voisinage. Racchi⁷, Haushalter et Etienne⁸ en ont cité des cas. La pleurésie est l'intermédiaire habituel entre la lésion pulmonaire et péricardique. Elle peut agir pour son propre compte. On sait combien chez l'adulte cette association est fréquente. Chez l'enfant il en est de même à tel point que West croit qu'elle est la règle. Henoeh a vu une péricardite fibrineuse chez un enfant de 8 mois atteint de bronchopneumonie avec pleurésie purulente gauche. La *gastro-entérite* peut, par l'infection qu'elle détermine, frapper le péricarde. J'ai observé un nourrisson de 8 mois atteint de diarrhée fébrile, qui présentait un frottement diffus des plus

(1) GANDY et X. GOURAUD. La péricardite typhique. *Gas. des hôp.*, 28 mars 1905.

(2) BACALOGU. *Thèse de Paris*, 1900. Le cœur dans la fièvre typhoïde.

(3) GUINON. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1901.

(4) KÖRTE. *Soc. de méd. de Berlin*, 1892.

(5) DAINOW. *Thèse de Genève*, 1902.

(6) SALTET. De la péricardite métapneumonique. *Thèse de Lyon*, 1892.

(7) RACCHI. Cité par Richardière. *Bibl. Charcot-Debove*.

(8) HAUSHALTER et ÉTIENNE. *Revue des mal. de l'enf.*, 1891.

caractéristiques de la région précordiale, et eut à plusieurs reprises des lipothymies. Il finit par guérir.

VII. *Affections rénales.* — Tous les auteurs sont d'accord sur la fréquence de la péricardite dans le cours du mal de Bright. Cette influence est moins nette chez l'enfant, en raison même de la rareté de la néphrite chronique (5 pour 100, d'après ma statistique personnelle).

Causes prédisposantes. — La péricardite se montre à deux périodes distinctes de l'enfance. Chez le nouveau-né elle revêt la forme purulente et, abstraction faite de quelques lésions fibro-gommeuses du myocarde qu'on a signalées dans la syphilis héréditaire (Parrot), se rattache exclusivement à la puerpéralité. A partir de la naissance, les affections pathogènes sommeillent jusqu'à la seconde enfance. Pendant les 4 ou 5 premières années, en effet, on ne relève comme causes possibles que les affections de voisinage (bronchopneumonie, adénopathie, etc.). A 7 ans, on voit poindre le rhumatisme qui augmente de fréquence jusqu'à la fin de la période infantile. La péricardite se montrera donc surtout dans la seconde enfance; et, en effet, sur le total de mes observations je relève un maximum de 10 à 14 ans et un minimum au-dessous de 7 ans. D'autres prédispositions sont amenées par l'hérédité rhumatismale, les maladies congénitales du cœur, les affections cardiaques antérieures.

Anatomie pathologique. — Les lésions ne diffèrent guère chez l'enfant et chez l'adulte. La péricardite est *diffuse* ou *localisée*. Elle est sèche ou accompagnée d'un exsudat qui peut être *séreux*, *séro-fibrineux*, *séro-sanguin*, *hémorragique*, *séro-purulent* ou *purulent*. Sa quantité, inférieure à celle de l'adulte, est en moyenne de 100 à 150 grammes. Elle a pu atteindre 400 c. c. (Roger), 500 c. c. (Labric), 800 c. c. (Roger). La péricardite est *aiguë* ou *chronique*. Un épanchement chronique peut rester séreux. Nous ne trouvons rien de particulier à signaler comme lésions, si ce n'est la congestion plus intense des feuillets de la séreuse et comme conséquence la teinte sanguinolente, plus fréquente encore que chez l'adulte, des épanchements, ou les points ecchymotiques des fausses membranes. La richesse vasculaire aboutit soit à la résorption facile des exsudats liquides et fibrineux, soit à l'édification de néo-membranes qui envahissent les produits pseudo-membraneux, s'organisent et établissent à la longue des adhérences de façon à créer la symphyse. Aussi celle-ci se montre-t-elle avec une fréquence remarquable. J'insisterai sur sa signification clinique au chapitre particulier consacré à la symphyse.

La forme *purulente* se rattache par une série d'intermédiaires à la forme séro-fibrineuse; il y a des péricardites fibrino-purulentes, à suppuration tardive, et des formes purulentes d'emblée, comme si le pus pénétrait par effraction dans la cavité péricardique. Parfois enfin l'épanchement est simplement louche et difficile à classer (séro-purulent). Plusieurs cas de péricardite suppurée ont été signalés dans ces dernières années. Nancuer¹, qui a réuni un certain nombre d'observations, trouve, sur 51 faits, 10 cas concer-

(¹) NANCUER. De la péricardite purulente. Thèse de Lyon, 1897-1898.

nant les enfants. Porter¹ arrive au chiffre de 50. Still et Batten² établissent que la péricardite suppurée est surtout l'apanage des affections pleuro-pulmonaires, de la pneumonie avec ou sans empyème. Peters et Rudolf³ en publient un cas suivi de guérison après péricardotomie et évacuation d'une collection qui atteignait 800 grammes.

La forme *hémorragique* pure est rare. Souvent, dans les épanchements séro-fibrineux, un peu de sang est mêlé à l'exsudat. C'est là un phénomène peu important qui dépend de l'intensité de la congestion. Cependant Starck⁴ a cité 5 cas de péricardite rhumatismale hémorragique terminés par la mort chez des enfants de 5, 10 et 12 ans. En général, les épanchements sanguins surviennent dans le cours d'infections avec purpura et hémorragies multiples, dans le scorbut épidémique des pays du Nord (Kyber). C'est surtout dans la péricardite tuberculeuse que l'épanchement atteint un volume considérable. Pelthier, dans sa thèse⁵, se basant sur les observations qu'il a recueillies, conclut que l'épanchement sérohématique atteint aisément entre 1000 et 1500 grammes: c'est donc dans l'infection tuberculeuse que les épanchements de la séreuse, à type hémorragique, atteignent le volume le plus considérable.

Dans la plupart des péricardites, on ne constate d'autre lésion qu'une fausse membrane fibrineuse, fibrino-hémorragique ou fibrino-purulente et un exsudat séreux, séro-fibrineux, hémorragique ou purulent. Ces deux éléments s'associent en proportion variable, l'élément fibrineux prédominant ou s'effaçant. Dans les péricardites de la pyémie ou du purpura infectieux, il y a peu d'inflammation. La spécificité d'une inflammation péricardique ne se révèle guère, en dehors de l'examen bactériologique. Il est difficile de distinguer, au simple examen anatomique, si une péricardite fibrineuse est rhumatismale, scarlatineuse ou d'origine pneumonique; de même, si un épanchement purulent relève d'une pneumonie ou d'une ostéomyélite.

Parfois cependant, d'autres facteurs viennent témoigner de la nature d'une péricardite. Une gomme à la surface du myocarde rappellera la syphilis, en cas de péricardite adhésive; des abcès myocardiques révéleront la pyémie, des bourgeons cancéreux chez l'adulte préciseront la signification d'un épanchement hémorragique, enfin la péricardite tuberculeuse s'accompagne de la présence de tubercules. On peut trouver à la surface du péricarde un semis de granulations ou un noyau tuberculeux greffé par le contact d'un ganglion prépéricardique. Ce ne sont là que des tubercules du péricarde sans péricardite. Mais qu'il y ait exsudat fibrineux, séro-fibrineux, hémorragique, car la tuberculose réalise toutes ces variétés, exceptionnellement la purulence, on trouvera, outre les lésions tuberculeuses de voisinage, des tubercules sur l'épicarde à la base des fausses membranes, ou dans la substance de celles-ci sous forme de granulations, ou de tubercules jaunes, crus ou ramollis, aboutissant à de véritables cavernes. Le tubercule est parfois difficile à reconnaître, surtout dans la péricardite primitive qui, évoluant sous forme

(¹) PORTER. *Boston med. and surgical Journ.*, 1900.

(²) STILL et BATTEN. *British med. Journ.*, 7 septembre 1901.

(³) PETERS et RUDOLF. *Edinburgh med. Journ.*, mars 1905.

(⁴) V. STARCK. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895, p. 70, t. XL.

(⁵) PELTHIER. Thèse cit., 1901, Paris.

d'inflammation tuberculo-scléreuse locale, aboutit à une symphyse fibreuse. Il faut souvent chercher dans l'épaisseur des adhérences pour trouver un noyau tuberculeux plus ou moins scléreux. C'est une constatation que nous avons eu l'occasion de faire¹.

La péricardite étant une affection secondaire se trouve combinée à une série de lésions que l'étiologie exprime suffisamment. Elle-même détermine sur les organes du voisinage des désordres mécaniques ou dynamiques qui trouveront leur place à l'exposé clinique. Il est cependant un point intéressant pour la pathologie infantile. La péricardite, comme nous le verrons, constitue un élément pronostique fâcheux pour le cœur infantile qui est réputé remarquable pour sa tolérance vis-à-vis des altérations de l'endocarde. Ce rôle nocif de la péricardite doit-il être attribué à une atteinte du myocarde? Or, dans les autopsies, concernant les péricardites chroniques sèches des enfants, les lésions sont toujours restées confinées à la surface du myocarde et ont peu pénétré dans sa profondeur (C. de Gassicourt, Balzer). J'ai pu vérifier dans plusieurs cas l'intégrité à peu près complète du myocarde. Ce résultat se comprend d'après les travaux de Renaut et Lacroix², qui ont montré que le réseau lymphatique sous-péricardique est fermé, qu'il ne se prolonge pas dans les espaces interfasciculaires du myocarde ou fentes de Henle. Toutefois, dans les péricardites purulentes, le myocarde est habituellement dégénéré, friable — de couleur feuille-morte, et a subi la dégénérescence graisseuse, d'où le précepte d'intervenir de bonne heure dans ces dernières. — Pour les épanchements séreux chroniques, ils sont exceptionnels chez l'enfant. J'ai eu l'occasion de faire l'examen de trois cœurs atteints, l'un de symphyse chronique, les deux autres de péricardite aiguë diffuse fibrineuse réalisant le type de la symphyse aiguë. Or dans les trois cas l'examen pratiqué au laboratoire de M. Renaut a montré de la myocardite parenchymateuse plus marquée dans la symphyse chronique que dans les autres.

Pathogénie. — La péricardite est le produit habituel de l'infection ou de l'intoxication. Les microbes découverts dans les épanchements sont le pneumocoque, des streptocoques, des staphylocoques, le pneumo-bacille de Friedländer, plus rare. Souvent, il y a association de deux ou plusieurs micro-organismes : pneumocoque et staphylocoque, streptocoque et staphylocoque. Le bacille de la tuberculose n'a été que rarement constaté dans un épanchement péricardique. On a retrouvé chez l'enfant les mêmes organismes qui avaient été signalés chez l'adulte par Netter, Banti, etc. On sait aussi que leur présence entraîne la suppuration de l'épanchement, sauf en ce qui concerne le bacille de Koch.

Expérimentalement, les recherches tentées pour réaliser chez l'animal des péricardites anatomiquement très caractérisées sont assez rares. Bacaloglu (Th. citée) a pratiqué des injections intra-péricardiques de bouillon typhique. Presque d'une façon constante, il a obtenu des lésions du péri-

⁽¹⁾ Voir WEILL. *Traité des mal. du cœur chez les enfants*, p. 125.

⁽²⁾ LACROIX. Contribution à l'étude de l'histologie normale et pathologique du péricarde. *Thèse de Lyon*, 1891.

carde (dépôts fibrineux sillonnés de vaisseaux de nouvelle formation, logettes déterminées par des tractus fibrineux plus ou moins étendus, infiltration leucocytaire). Avec ces lésions de la séreuse, coïncidaient des altérations du myocarde comme je l'exposerai plus loin en étudiant les changements histologiques du muscle obtenus dans les infections ou intoxications expérimentales.

Dans les maladies spontanées, les microbes ou leurs toxines pénètrent dans le péricarde amenés par la voie sanguine ou par des communications lymphatiques avec les organes voisins, la plèvre (Colrat)¹. L'influence adjuvante d'une lésion antérieure du péricarde a été mise en lumière par Banti² qui, inoculant le pneumocoque au lapin, donne une septicémie sans péricardite; avec péricardite, s'il a au préalable irrité le péricarde par une cautérisation ou l'injection de quelques gouttes d'essence de térébenthine. C'est ce qui explique l'intervention favorable d'une affection locale : hypertrophie du cœur, maladie congénitale, plaque laiteuse.

L'étiologie d'une péricardite n'éclaire pas toujours sa pathogénie. Une péricardite chez un pneumonique n'est pas forcément suppurée. Purulente, elle n'est pas forcément associée aux pneumocoques. Ces anomalies s'expliquent par le fait d'infections additionnelles ou par le mécanisme des actions toxiques. Celles-ci interviennent vraisemblablement dans le rhumatisme et dans le purpura, qui est de plus en plus considéré comme d'origine toxhémique. Les péricardites non suppurées du mal de Bright, de la scarlatine, de la variole, de la pneumonie, ont sans doute la même origine.

Symptômes. — On peut les diviser en signes physiques, symptômes nerveux, cardiaques, pulmonaires et généraux.

Signes physiques. — Si la péricardite s'impose vivement, dans certains cas, à l'attention du médecin par l'intensité des troubles fonctionnels qu'elle provoque, c'est plus souvent encore une maladie latente qui demande à être recherchée au moyen des signes physiques. Laënnec se déclarait incapable de diagnostiquer un épanchement du péricarde. Cette opinion n'a pas lieu de nous étonner, car l'auteur de l'auscultation négligeait la percussion. On s'attend moins à voir la même idée exprimée par Duroziez : « Nous n'avons jamais su reconnaître l'épanchement d'un liquide dans le péricarde, malgré tous les signes qui nous ont été fournis, forme, matité, etc. » Cette formule décourageante ne doit pas être prise à la lettre. Il est important de la signaler pour montrer les difficultés que comporte l'examen clinique et discuter plus complètement les causes d'erreur. Au surplus, la péricardite est d'une recherche plus facile chez l'enfant, en raison de la précision plus grande de la percussion qui échappe à un certain nombre de causes d'erreur communes chez l'adulte. Dans l'examen local d'une péricardite, il faut distinguer la forme sèche de celle qui s'accompagne d'un épanchement.

a) **Péricardite sèche.** — Elle se caractérise par l'apparition du frottement. On peut le percevoir parfois avec la main, mais c'est l'oreille qui l'apprécie le mieux. Le frottement, chez l'enfant comme chez l'adulte, a un

⁽¹⁾ *Lyon médical*, 1882.

⁽²⁾ *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888.

timbre varié qui simule le souffle, le froissement de papier, le bruit de râpe, le bruit de scie, un craquement, etc., tous bruits qui varient suivant la consistance, l'épaisseur, les rugosités des lames fibrineuses exsudées à la surface du péricarde, suivant aussi l'état d'excitation du cœur et sa force d'impulsion. Chez les tout jeunes enfants, l'exsudat est uniformément épais, filant, en petite quantité, sans produits membraneux véritables, de sorte que les conditions du frottement ne sont pas réalisées. Bednar en avait déjà fait la remarque qui a été confirmée par Cnopf.

Le bruit de frottement augmente dans la station assise, debout, inclinée en avant, par la pression du stéthoscope. Toutefois, dans les péricardites récentes, la pression du stéthoscope chez l'enfant, en accolant les deux surfaces enflammées, peut faire disparaître les bruits pathologiques. Chez l'adulte le frottement est généralement limité. Chez l'enfant, tous les bruits se transmettent avec une grande facilité. Ceux qui sont liés à une endocardite avec lésion d'orifice se répandent sur une grande étendue du thorax en avant et en arrière, les bruits péricardiques se perçoivent sur une certaine étendue de la région précordiale et peuvent même la dépasser. Chez un enfant de 8 ans mort de méningite et dont le cœur présentait, près de la pointe, une plaque de péricardite aiguë, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, j'avais perçu pendant la vie un frottement-souffle qui se propageait dans l'aisselle et à la pointe de l'omoplate gauche.

Le frottement débute, en général, à la base du cœur, au niveau de l'origine des gros vaisseaux. Si la péricardite se diffuse, on peut observer un second maximum au niveau de la pointe ou le long des bords.

Il peut occuper différents moments de la révolution cardiaque, être systolique, mésosystolique, diastolique. Il réalise souvent un bruit de scie, de va-et-vient, affecte un rythme à trois temps par sa combinaison avec les bruits cardiaques et simule même un galop. Léger ou moyen, il se superpose aux bruits du cœur, sans les masquer.

La péricardite sèche se distingue, en dehors du frottement, par l'absence de troubles sérieux de la circulation, par la persistance de pulsations cardiaques appréciables à la vue et au toucher, enfin par l'existence d'une matité cardiaque normale ou peu augmentée, à moins de dilatation cardiaque.

b). *Péricardite avec épanchement.* — Lorsque la péricardite s'accompagne d'épanchement, l'auscultation passe au second plan, c'est la percussion qui doit surtout guider l'observateur. Toutefois, si on peut assister à la succession des deux phases, sèche et avec épanchement, dans le cours d'une péricardite, on remarque d'abord la disparition progressive du bruit de frottement qui s'effectue de la pointe à la base, puis l'affaiblissement des bruits du cœur qui sont lointains. Ils sont rarement irréguliers chez l'enfant, mais affectent volontiers le rythme fœtal qui n'a d'ailleurs pas grande signification dans le jeune âge. Les battements de la pointe diminuent. On en perçoit de moins en moins le choc qui se fait au-dessus du bord inférieur de la matité. Le liquide s'accumule en effet dans les parties déclives, le cœur étant retenu par les gros vaisseaux.

On a décrit une *ondulation générale de la paroi*, appréciable à la main,

qui serait due à l'action du cœur sur le liquide ambiant. On la perçoit plus facilement chez l'enfant dont la paroi précordiale mince, souple et élastique, enregistre les ébranlements systoliques subis par le liquide du péricarde. L'extensibilité de la paroi explique aussi la netteté de la *voussure* limitée à la région précordiale et qui doit être distinguée avec soin du développement général d'un côté de la poitrine, symptomatique d'un épanchement pleural. La voussure précordiale est accompagnée dans les grands épanchements d'un abaissement du diaphragme avec légère saillie épigastrique et d'un refoulement du poumon dont nous étudierons les signes plus loin. La région voussurée est le siège d'une matité qui dépasse les limites normales assignées au cœur. On la voit déborder le bord droit du sternum, à gauche la ligne mamillaire, atteindre en haut la première côte ou la clavicule. En bas, ses limites, difficiles à tracer à droite à cause du voisinage du foie, s'abaissent à gauche jusqu'à la sixième et même la septième côte. La forme générale de la matité est celle d'un triangle à base inférieure, son bord gauche présente au tiers supérieur l'encoche de Sibson, qui dessine une courbe à concavité externe. La matité triangulaire peut être reproduite par d'autres affections.

Duroziez a vu conclure à une péricardite d'après la forme de la matité dans un cas d'insuffisance aortique avec cœur volumineux, dilaté, sans impulsion, ni ébranlement de la paroi. Roger a pensé ponctionner chez un enfant de 7 ans un cœur dilaté avec voussure de la région précordiale, absence d'impulsion, ondulations de la paroi, matité agrandie. La perception de la pointe du cœur au-dessus du bord inférieur de la matité est un bon signe diagnostique, mais qui manque souvent. Eichhorst détermine les limites de l'épanchement par la disparition des vibrations thoraciques de chaque côté de la région cardiaque. Colrat a confirmé la valeur de ce procédé. Dans la recherche de la matité cardiaque, on peut être induit en erreur, tantôt parce que le poumon est retenu en avant (adhérences pleuro-péricardiques), tantôt parce que la péricardite est associée à une pleurésie gauche qui allonge transversalement la matité péricardique, ou encore par le fait de lésions pulmonaires concomitantes, pneumonie, tuberculose.

Symptômes nerveux. — Rien de plus variable que les sensations accusées par les patients. Tantôt la péricardite est latente, tantôt elle s'accompagne d'un sentiment de poids, de compression, d'étreinte légère de la région précordiale. Parfois le malade se plaint vivement, la pression de la région est douloureuse, l'application du stéthoscope pénible. Dans quelques circonstances il y a une véritable angoisse avec douleur déchirante atteignant le cou, traversant la poitrine jusque dans le dos et dans l'épaule. Plus rarement il s'y ajoute des vomissements, du hoquet, des troubles de la déglutition allant jusqu'à la dysphagie, des accès de dyspnée avec spasme du diaphragme décrits par Bourceret¹ et qu'il rapporte à l'inflammation du phrénique et des filets du pneumogastrique. Latham et Burrows ont décrit chez les enfants très jeunes des phénomènes cérébraux, somnolence, torpeur, agitation, convulsions. Souvent aussi, dans les premières années, l'invasion d'une péricardite s'annonce par de violents vomissements.

⁽¹⁾ BOURCERET. Dysphagie dans la péricardite. *Thèse de Paris*, 1877.