

Bibliothèque numérique

medic @

**Barthélemy, E. J.. - Des signes fournis
par l'auscultation dans les maladies
du coeur**

1832.

***Paris : Imprimerie de Madame
Veuve Thuau***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x02x07>

7
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

DES SIGNES

FOURNIS PAR L'AUSCULTATION

DANS LES MALADIES DU COEUR.

THÈSE

SOUTENUE

PAR E. J. BARTHÉLEMY,

Docteur en médecine, etc.



PARIS.

IMPRIMERIE DE MADAME VEUVE THUAU,

AVUE DU CLOÛTRE SAINT-BENOÎT, n° 4.

1852.

0 1 2 3 4 5 (cm)

JUGES DU CONCOURS : MM. DUMÉRIL, *président.*
FOQUIER,
BROUSSAIS,
CHOMEL,
BOULLAUD,
MARTIN SOLON,
PIORRY.

JUGE SUPPLÉANT : TROUSSEAU.

CONCURRENS : MM. BARTHÉLEMY,
DEFERMON,
DONNÉ,
DUBOIS *d'Amiens.*
FORGET,
GUILLOT,
HOURMANN,
HUTIN,
LEMBERT,
MENIÈRES,
PIÉDAGNEL,
SABATIER,
SAMSON,
SESTIÉ,
VIDAL.

DES SIGNES

FOURNIS PAR L'AUSCULTATION

DANS LES MALADIES DU COEUR.

L'auscultation indiquée par Hippocrate ne fut pas pratiquée par Corvisart; il dit cependant avoir entendu les battemens du cœur en les écoutant très près des parois de la poitrine. Cette sorte d'auscultation, dont Bayle eut aussi l'idée, fut également pratiquée par d'autres médecins; mais elle ne les conduisit qu'à sentir plus fortement les battemens du cœur. C'est à Laennec que revient véritablement l'honneur de la découverte et le mérite de l'application. Frappé de la facile et prompte propagation des sons par les corps durs et élastiques, il jugea qu'un cylindre creux les transmettrait avec plus de précision, et, si je puis dire, de détails, et c'est à l'aide du stéthoscope que se déroulèrent à ses yeux une foule de signes qui donnent au diagnostic des maladies du cœur une précision, qui, pour ne pas être constamment confirmée par l'ouverture des corps, n'en présente pas moins de précieux avantages, en soumettant en quelque sorte à l'investigation directe des sens, des lésions qui ne se traduisent d'ailleurs que par des phénomènes fonctionnels et généraux trop souvent équivoques et obscurcis par les altérations sympathiques des autres fonctions, ou par des affections nerveuses.

Les causes des maladies du cœur agissent soit en augmentant l'action de cet organe, soit en s'opposant au passage du cours du sang à travers

ses orifices ; c'est donc en étudiant par l'auscultation les modifications qu'elles déterminent dans l'impulsion, le bruit, le rythme et l'étendue de ses battemens que nous pourrons établir les signes qu'elle fournit dans les maladies du cœur. Nous en apprécierons la valeur d'une manière générale en suivant cette division indiquée par Laennec, avant de les rapporter à chaque lésion en particulier.

L'*impulsion* ordinairement bornée à la région précordiale indique généralement l'hypertrophie d'une des cavités du cœur, mais l'hypertrophie ne la produit pas toujours. M. le professeur Andral assure n'avoir pas reconnu d'impulsion, dans des cas où après la mort il a trouvé les parois des ventricules très épaissies en même temps que leur cavité était agrandie d'une manière notable (hypertrophie excentrique). Dans d'autres cas d'hypertrophie avec diminution des cavités (hypertrophie concentrique), il n'avait pas non plus reconnu d'impulsion pendant la vie. Toutefois, pour n'être pas constamment exacte, l'impulsion n'en est pas moins le signe général du plus ou moins d'épaisseur des parois du cœur, et il y a souvent une différence bien tranchée entre les deux côtés du cœur sous le rapport de l'impulsion qui accompagne ses contractions et le bruit qu'il fait entendre. Aussi l'existence de l'un ou l'autre de ces phénomènes à la région précordiale, ou au bas du sternum, indique souvent avec précision si la lésion organique a lieu dans les cavités droites ou gauches.

Le *bruit de soufflet, de râpe, de lime*, coïncide fréquemment avec l'existence d'un obstacle au libre passage du sang à travers les orifices du cœur, et on peut quelquefois en assigner le siège suivant le lieu et le moment des contractions du cœur où il se fait entendre. Mais quoique ce soit un des cas où l'auscultation donne les signes les plus positifs, le bruit de soufflet n'a quelquefois pas été entendu pendant la vie, l'autopsie en ayant ensuite fait reconnaître l'existence, et d'autres fois on a trouvé les orifices du cœur dans l'état normal chez des sujets sur lesquels il avait été entendu d'une manière soutenue. M. Piorry cite l'observation de deux malades de la Salpêtrière, chez lesquelles l'auscultation se trouva en défaut dans les deux cas opposés. La première avait présenté pendant trois mois de suite le bruit de soufflet très prononcé dans la région du cœur; il existait le matin et le soir, après la saignée

comme avant elle. A l'ouverture du cadavre on ne trouva que de l'hypertrophie sans la moindre trace de lésion des valvules et des orifices du cœur. Chez l'autre, qui n'avait offert ni bruit de lime ni de soufflet, on trouva des ossifications bien prononcées à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et à l'origine de l'aorte.

Ainsi l'existence du bruit de soufflet n'est pas un résultat constant d'un obstacle à l'un des orifices du cœur, puisqu'il peut exister sans obstacle, et qu'il n'a pas toujours lieu l'obstacle existant. Laennec avait lui-même observé que le repos, la saignée, le faisaient quelquefois disparaître ; s'il persiste, c'est du moins une forte présomption qu'il est véritablement le signe d'un obstacle au cours du sang par un rétrécissement d'un des orifices du cœur.

Le *rhythme* des battemens du cœur perd souvent sa régularité dans ses affections organiques ; l'irrégularité porte tantôt sur la force, tantôt sur l'intervalle que laissent entre elles les contractions du cœur ; elle annonce aussi l'existence d'un obstacle au cours du sang, et elle coïncide souvent avec l'irrégularité du pouls. Toutefois elle se remarque dans la péricardite, dans les palpitations sans lésion organique, dans les affections fortes des centres nerveux, et ici il n'y a pas d'obstacle au cours du sang. Enfin il est des cas où on n'a trouvé aucun rétrécissement des orifices du cœur, ses battemens ayant cependant présenté pendant la vie une grande irrégularité. Dans d'autres cas où on n'avait pas remarqué d'irrégularité, ou bien elle était à peine sensible, ou seulement vers la fin de la vie, et on a trouvé les valvules aortiques, par exemple, ossifiées et presque immobiles. Toutefois l'irrégularité dans le rythme des battemens du cœur est ordinairement en rapport avec le rétrécissement de ses orifices, et si elle n'en est pas une preuve irréfragable, elle aura cependant un grand degré de certitude si elle est constante.

L'*étendue* des battemens du cœur est en général en rapport avec son volume et la dilatation de ses cavités ; cependant on a trouvé à l'autopsie des cœurs dont le volume était énorme, hypertrophié et dilaté, et l'auscultation n'avait fait entendre les battemens que dans un espace très circonscrit.

Il faut donc, pour que les signes fournis par l'auscultation aient

une valeur réelle, qu'ils soient durables et qu'ils se joignent à d'autres signes locaux, généraux et fonctionnels; car ils peuvent exister non seulement sous l'influence d'une inflammation, mais aussi être momentanément produits par un état de pléthore ou par une modification de l'influx nerveux. La percussion médiate peut surtout, pour le volume du cœur, rectifier, par la véritable mensuration qu'elle donne, l'incertitude que présente quelquefois l'auscultation.

Adhérences, induration cartilagineuse et osseuse des valvules du cœur et de l'origine des artères aorte et pulmonaire. Il pourrait paraître plus physiologique de classer ces lésions des orifices du cœur après la cardite et l'inflammation de la membrane interne du cœur dont elles sont sans doute la suite et le produit; mais comme c'est d'ailleurs une question qu'il n'entre pas dans notre sujet de décider, et qu'elles ont toutes pour effet le rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires et artériels, et déterminent souvent l'hypertrophie et la dilatation des cavités du cœur en faisant obstacle à la circulation; qu'elles présentent d'ailleurs à l'auscultation des signes communs, que nous retrouverons dans les maladies de la substance musculaire du cœur joints à ceux qui les caractérisent, nous avons pensé qu'il était plus convenable de commencer par ces lésions.

Les signes communs à l'induration cartilagineuse et osseuse des valvules du cœur, à l'adhérence de leurs bords libres et aux végétations qui se développent sur leur surface, sont divers bruits particuliers auxquels Laennec a donné le nom de bruit de soufflet, de râpe, de lime, joints au bruissement que perçoit la main appliquée sur la région précordiale, phénomène indiqué par Corvisart, et auquel Laennec a donné le nom de frémissement cataire, qui peut aussi exister sans bruit de soufflet et sans lésion organique du cœur ou de ses orifices.

Le bruit de soufflet est plus particulièrement le signe de végétations, d'adhérence des valvules entre elles, de leur induration cartilagineuse; le bruit de râpe, de lime, est plutôt le signe de l'induration osseuse des valvules, notamment des ventriculo-aortiques, la plus fréquente de toutes, et ensuite de la mitrale, l'ossification de la valvule tricuspide et des valvules de l'artère pulmonaire étant plus rare; cela devait être ainsi, le frottement étant en raison de la résistance, elle est

moindre dans le premier cas, elle est plus grande dans le second, et le frottement plus marqué.

Lorsque le rétrécissement produit par l'une de ces causes affecte les orifices auriculo-ventriculaires, au bruit de soufflet ou de lime se joignent des contractions plus longues que dans l'état normal. Lorsqu'il a son siège aux orifices artériels, le bruit de frottement est le même, mais il est isochrone aux contractions du cœur et au pouls.

Si les orifices gauches sont rétrécis, il se fait entendre plus particulièrement dans la région des cartilages des quatrième et cinquième côtes sternales gauches; tandis que s'il occupe les orifices droits, il se fait entendre plus spécialement sous le tiers inférieur du sternum.

Le bruit de soufflet, de lime, peut manquer quand l'affection est légère; soit qu'elle occupe la valvule mitrale et les sigmoïdes de l'aorte à gauche, ou la valvule tricuspide et les sigmoïdes de l'artère pulmonaire à droite, ou l'une ou l'autre seulement. Il peut aussi, comme nous l'avons déjà dit, exister sans lésion des orifices du cœur et tenir simplement au spasme de cet organe, à une affection nerveuse, à un état de pléthore; son peu de durée, sa disparition après le repos, une saignée et la diminution de l'énergie spasmodique qu'avaient acquises momentanément les contractions du cœur, ôtent à ce signe toute valeur.

Mais quand le bruit de soufflet ou de lime persévère d'une manière continue dans un des endroits indiqués, quand il n'existe que là, après un long repos et l'usage des saignées, et que le frémissement cataire, l'intermittence et l'irrégularité du pouls s'y joignent, on peut assurer qu'il y a un rétrécissement de tel ou tel orifice du cœur, suivant le siège qu'il occupe.

La dilatation anévrysmale des valvules du cœur, leur mouvement par la rupture d'un ou de plusieurs de leurs piliers, les végétations, les concrétions sanguines adhérentes à leur surface, donnent également lieu au bruit de soufflet qui présente alors une persistance caractéristique d'un obstacle à la circulation. Laennec pensait qu'on pouvait être averti de leur formation lorsque chez un malade, dont les battements du cœur avaient été jusque-là réguliers, ils devenaient tout-à-coup tellement anormaux, obscurs et confus, qu'on ne pouvait plus les analyser.

M. Bertin et M. le professeur Bouillaud pensent que ce pourrait bien être à l'introduction des concrétions sanguines adhérentes aux parois du cœur et des oreillettes, à leur engagement momentané dans un des orifices du cœur, qu'il faut attribuer le bruit de soufflet qu'on observe seulement par intervalle chez quelques individus.

Hypertrophie simple, c'est-à-dire sans dilatation des cavités. Dans cette hypertrophie, qui n'est en quelque sorte qu'une exagération du rythme des battemens du cœur, l'auscultation fait reconnaître des contractions moins sonores et plus faciles à distinguer de celles des oreillettes, le bruit en est plus sourd, plus profond et concentré à la région précordiale, l'hypertrophie ayant pour effet d'amortir l'intensité du bruit des battemens du cœur, mais sans en altérer le rythme; aussi sont-ils aussi réguliers, et seulement un peu plus fréquens et plus prolongés. Ce n'est même que par intervalle que les battemens du cœur deviennent plus fréquens, plus forts et tumultueux, et les malades éprouvent des palpitations. Comme c'est plus ordinairement le ventricule gauche qui est affecté d'hypertrophie simple, les contractions du cœur avec les caractères que nous leur avons assignés se font sentir dans la région des cartilages des cinquième et sixième côtes de ce côté.

Hypertrophie concentrique, c'est-à-dire avec augmentation d'épaisseur des parois et diminution des cavités. A un pouls peu développé, mais fort et dur, d'ailleurs régulier, se joignent, à l'auscultation, des contractions qui présentent un bruit obscur qui contraste avec la force d'impulsion; les battemens du cœur sont forts, violens, concentrés, sourds et profonds, ils se font entendre dans la région des cartilages des cinquième et sixième côtes gauches, le ventricule de ce côté en étant le plus ordinairement le siège, ou plus à droite et en bas du sternum, quand l'hypertrophie concentrique occupe le ventricule droit. Elle peut être telle surtout à gauche, que le ventricule admette à peine l'extrémité du doigt.

Dilatation simple, c'est-à-dire sans changement dans l'épaisseur naturelle des parois du cœur. — M. Bertin et M. le professeur Bouillaud ont les premiers admis cette forme. C'est un état moyen entre l'hypertrophie du cœur avec dilatation et la dilatation avec amincisse-

ment ; cet état du cœur, où il y a dilatation d'une ou plusieurs cavités sans changement dans l'épaisseur ordinaire de leurs parois, se rencontre en effet assez souvent à l'ouverture des cadavres ; sans doute l'auscultation aidée de la percussion fournira plus tard des signes de cette modification de l'état du cœur.

Hypertrophie excentrique, ou avec augmentation d'épaisseur des parois et dilatation des cavités, *anévrisme actif*. Aux mouvemens visibles du cœur dans une plus grande étendue du thorax qui en est quelquefois ébranlé jusque sous la clavicule en haut et à gauche, et à la région épigastrique en bas ; à un son mat dont la percussion médiate fait mieux connaître l'étendue dans la région précordiale que la percussion directe, se joignent les contractions des ventricules explorés par l'auscultation, donnant une impulsion forte qui soulève la tête de l'observateur.

Le bruit produit par les battemens du cœur présente à l'auscultation une intensité de son d'autant plus grande, que la dilatation est arrivée à un plus haut point de développement ; car, comme nous avons vu le son diminuer dans l'hypertrophie simple et presque disparaître dans l'hypertrophie concentrique, il augmente ici en proportion de la dilatation et non de l'hypertrophie qui tend au contraire à l'amortir. C'est dans cet état composé d'hypertrophie et de dilatation, qui est de toutes les affections du cœur celle où il acquiert le plus de volume, surtout quand les deux cavités en sont le siège, que des contractions sonores se propagent au loin et sont entendues non-seulement à la région précordiale et au bas du sternum, mais aussi dans les autres parties de la poitrine et même en arrière, à gauche et à droite, chez les sujets maigres, le son diminuant d'ailleurs d'intensité à mesure que l'oreille s'éloigne de la région précordiale.

On voit que les signes de l'anévrisme actif sont composés de ceux de l'hypertrophie et de ceux de la dilatation, les contractions des ventricules donnant à la fois une impulsion forte et un bruit marqué. Celles des oreillettes qui partagent ordinairement la dilatation et l'hypertrophie sont sonores. Dans le moment des palpitations l'auscultation fait entendre des mouvemens brusques, secs et violens, ils repoussent la main si on l'applique sur la région précordiale, les battemens des carotides et autres artères superficielles sont visibles.

L'auscultation fait aussi mieux constater le rythme des battemens du cœur, ils sont beaucoup plus fréquens et perdent de leur régularité, sans cependant présenter les intermittences et les irrégularités que produit le rétrécissement des orifices du cœur, à moins qu'il ait précédé l'anévrisme dont il est plus souvent cause que complication, et dans ce cas il n'est pas rare de trouver le rétrécissement à droite, et l'hypertrophie et la dilatation à gauche, et *vice versa*.

Enfin l'auscultation fournit des signes propres aux altérations d'épaisseur des parois et de grandeur de chacune des cavités, suivant le siège qu'elles occupent; elle spécifie le diagnostic différentiel de l'affection de chaque cavité, diagnostic que Corvisart regardait comme incertain et presque impossible; elle le spécifie par l'analyse des battemens du cœur faite alternativement à gauche et à droite, c'est-à-dire dans la région des quatrième et sixième côtes gauche et leurs cartilages, et à la partie inférieure du sternum; elle fournit des signes propres à faire reconnaître le ventricule affecté, s'il n'y en a qu'un, les deux s'il y a simultanément, et celui qui l'est davantage suivant qu'il y a prédominance de ces signes dans l'un ou dans l'autre, hypertrophie et dilatation, ou dilatation de l'un et hypertrophie de l'autre.

Il est certains cas, a dit Laennec, où les contractions du cœur perdent tout-à-fait les caractères qui annoncent l'hypertrophie et la dilatation, quoique ces affections soient portées à un haut degré, l'impulsion et le bruit des battemens du cœur cessent presque entièrement, et leur fréquence devient si grande qu'on ne peut plus les compter. Corvisart, qui avait fait la même remarque, disait qu'ils se changent en un bruissement, un tumulte obscur et profond impossible à décrire, ce qui est confirmé tous les jours par l'observation. Ces cas sont l'agonie et l'orthopnée qui la précède, la complication de la pneumonie, de l'œdème du poumon, de l'hydrothorax et de la pleurésie avec épanchement considérable.

Quand le ventricule gauche est le siège de l'hypertrophie avec dilatation, l'auscultation donne pour signe des contractions énergiques et plus prolongées, et d'une intensité de son d'autant plus grande, que la dilatation avec hypertrophie est plus considérable, et se faisant entendre dans la région des cartilages des quatrième et cinquième côtes

sternales gauches, quelquefois même jusqu'à la clavicule, s'affaiblissant à mesure qu'on s'approche de la partie postérieure et inférieure gauche et droite. Les contractions des oreillettes sont brèves en comparaison de la longueur des contractions des ventricules qui les couvrent. Si on ajoute à ces signes fournis par l'auscultation un pouls dur, fort et fréquent, vibrant sous le doigt, difficile à déprimer, une constitution forte, pléthorique, la disposition aux épistaxis et aux étourdissemens, une plus grande fermeté des parties œdématisées, le diagnostic laissera peu d'obscurité.

Lorsqu'au contraire le ventricule droit est le siège de l'hypertrophie avec dilatation, l'auscultation fait entendre plus à droite, et à la partie inférieure du sternum et à l'épigastre, des contractions sonores, mais moins énergiques et plus longues, conservant davantage leur intensité de son dans le côté droit du thorax, mais ne s'élevant pas aussi haut que dans le cas précédent. Le pouls ne présente pas la même dureté ni la même fréquence; les sujets qui en sont atteints sont d'une constitution moins forte, présentent plus de mollesse et de flaccidité dans les parties infiltrées, et sont plus particulièrement sujets aux hémoptysies et aux apoplexies pulmonaires dépendant de l'impulsion violente du sang dans les poumons.

S'il y a co-existence d'hypertrophie simple d'un des ventricules et hypertrophie anévrismale de l'autre, l'auscultation pratiquée sur chacune des régions précédemment indiquées fournit des signes propres à chacune d'elles, et établit ainsi un diagnostic différentiel des deux affections, par des contractions fortes, mais sourdes, obscures et concentrées pour le premier cas, et par des contractions plus claires et sonores dans le second.

L'hypertrophie seule des oreillettes est rare; MM. Bertin et Bouillaud l'ont observée sous la forme simple, mais ils reconnaissent que l'hypertrophie avec dilatation est plus commune; elle est aussi rarement primitive, mais plus ordinairement consécutive à celle des ventricules ou au rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires. Son existence est plus souvent présumable que positive, les signes qui indiquent son existence se confondant avec ceux que fournit l'auscultation dans le rétrécissement des orifices du cœur. Laennec dit cependant qu'au lieu

du bruit de soupape éclatant qui leur est propre, elles ne donnent dans leur état anévrisimal qu'un bruit de soufflet plus ou moins fort ou même un son obscur. Elle n'est d'ailleurs que secondaire pour l'importance à la cause qui l'a produite. On reconnaît après la mort leur simple distention ou leur dilatation par la section des veines qui y aboutissent et l'évacuation du sang qu'elles contiennent.

Hypertrophie et dilatation simultanée de toutes les cavités du cœur. On trouve dans le Traité des maladies du cœur de MM. Bertin et Bouillaud deux observations, l'une d'hypertrophie simultanée des deux ventricules et d'hypertrophie et dilatation de l'oreillette droite; l'autre d'hypertrophie avec dilatation de toutes les cavités du cœur dont le volume était doublé, sans rétrécissement des orifices, la valvule mitrale offrant seulement quelques points osseux.

Dilatation avec amincissement des parois du cœur (anévrisme passif). Les signes fournis par l'auscultation sont des battemens du cœur présentant un son clair, éclatant, qui se fait entendre pendant la contraction des ventricules, avec un choc plus marqué, se rapprochant d'autant plus du bruit de contraction des oreillettes que la dilatation et l'amincissement sont plus considérables. A ce son bruyant, s'étendant au loin dans la poitrine, se joint une impulsion faible.

Cette dilatation dépendant souvent d'un obstacle au cours du sang dans les vaisseaux où le cœur pousse le liquide, tel que l'induration et l'ossification des valvules sigmoïdes aortiques et des parois de l'aorte ou son anévrisme pour le ventricule gauche, et des sigmoïdes de l'artère pulmonaire pour le ventricule droit, les signes de ces lésions indiqués plus haut confirmeront le diagnostic établi par ceux que nous venons de mentionner, surtout si on y ajoute les signes donnés par la percussion au moyen du pessimètre, et les symptômes généraux de l'anévrisme passif; l'infiltration et les épanchemens séreux déjà formés, un pouls mou et faible, des palpitations faibles et sourdes, l'engorgement des veines et le reflux du sang dans les jugulaires, provenant de l'écartement des valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire droit dont la dilatation est consécutive à celle du ventricule.

Lorsque l'anévrisme passif occupe le ventricule gauche, le son clair et bruyant des battemens du cœur se fait entendre pendant sa contrac-

tion dans la région des cartilages des cinquième et sixième côtes gauches, le degré de clarté du son et son étendue, joint à une impression faible, donnent la mesure de la dilatation avec amincissement; elle est extrême si le bruit de la contraction du ventricule est aussi clair que celui de la contraction de l'oreillette et s'il s'entend jusqu'à la partie postérieure du dos. Le bruit respiratoire est faible ou nul dans la région précordiale.

Si l'anévrisme passif, ce qui est plus ordinaire, occupe le ventricule droit, les battemens du cœur s'entendent mieux à droite sous le tiers inférieur du sternum et dans la région épigastrique, que dans la région précordiale. Le son des contractions du ventricule est bruyant et clair, il efface presque celui de l'oreillette; l'étendue dans laquelle il se fait entendre, et celle de la matité du son reconnue par la percussion médiate, indiqueront jusqu'à un certain point la dilatation du ventricule droit.

Les signes fournis par l'auscultation dans les anévrismes du cœur doivent aussi servir à établir leur diagnostic différentiel avec ceux de l'aorte qui font entendre, lorsqu'ils ont leur siège dans la portion thoracique, des battemens simples, isochrones à ceux du pouls, et présentant une impulsion forte hors de la région précordiale. Si le développement de l'anévrisme de l'aorte déplaçait le cœur, ses battemens doubles décélèraient sa présence dans la partie de la poitrine où il aurait été repoussé. L'anévrisme de l'aorte ventrale est plus facile encore à distinguer de l'anévrisme du cœur; ses battemens sont simples, et la mollesse des parois abdominales en permettrait plus facilement l'exploration avec la main.

Atrophie du cœur. MM. Bertin et Bouillaud ont les premiers reconnu que l'atrophie du cœur pouvait présenter deux formes, l'une avec épaissement des parois, comme les autres organes creux retirés sur eux-mêmes, comme on trouve quelquefois la vessie, l'autre avec amincissement membraneux de ses parois. Le pouls est petit et l'auscultation fait entendre des battemens faibles, fréquens et profonds, à peine appréciables dans le premier cas; leur son est plus clair sans être plus fort dans le second. Les individus qui sont atteints d'atrophie du cœur sont sujets à des palpitations fréquentes.

Dans les communications des cavités du cœur qui peuvent exister par la persistance du trou de Botal entre les oreillettes, ou s'établir par le décollement de sa valvule par un effort violent ; dans celles des ventricules, par la perforation du septum ventriculaire, et dans la communication des quatre cavités, comme M. Thibert l'a observée, par une ulcération qui occupait le point de réunion des deux cloisons, les signes fournis par l'auscultation sont ceux d'un obstacle au cours régulier du sang, tel que le bruit de soufflet, un bruissement particulier, joints au frémissement cataire. Ils ne peuvent être considérés comme pathognomoniques de la communication des cavités du cœur, étant communs à cette lésion et au rétrécissement des orifices ; nous avons même vu qu'ils peuvent exister dans l'hypertrophie sans lésion organique. Ils n'acquièrent de valeur que par la concomitance des signes physiologiques, tels qu'un étouffement plus marqué, plus constant que dans les autres maladies du cœur, une plus grande faiblesse musculaire, une suffocation périodique accompagnée ou suivie de lipothymies, enfin la cyanose qui n'est cependant pas un phénomène caractéristique et constant de la communication des cavités du cœur.

Déplacemens du cœur. — L'augmentation du volume du cœur détermine presque toujours, comme l'ont observé M. Bertin et M. le professeur Bouillaud, un commencement de déplacement qui porte la pointe à gauche et les oreillettes à droite, et dans plusieurs cas, comme dans celui qui est représenté planche n° 2 du *Traité des maladies du cœur*, la position de cet organe devient presque transversale.

Les maladies des organes thoraciques, celles même de l'abdomen peuvent opérer un déplacement plus considérable, en haut, en bas, à droite, en arrière, et à gauche ; sans parler d'une disposition congénitale, puisqu'alors il y a transposition des organes, comme j'ai eu occasion de l'observer, et du vivant de l'individu et après sa mort à l'hôpital du Gros-Caillou, il y a, dis-je, transposition et non maladie.

Dans tous ces cas, l'auscultation fournit des signes positifs en reconnaissant le bruit des battemens du cœur dans des régions insolites à sa position ordinaire.

Péricardite. L'auscultation a fourni peu de signes positifs au diagnostic si souvent difficile de la péricardite, des contractions irrégu-

lières, faibles et courtes, désordre ou absence des battemens du cœur correspondant à des intermittences du pouls, diminution et absence du bruit respiratoire dans la région précordiale, donnant un son mat à la percussion médiate quand l'épanchement séreux se forme et dont elle indique les progrès avec précision. M. Collin indique le bruit de cuir neuf entendu pendant les contractions du cœur comme signe caractéristique de la péricardite, nous n'avons pas eu depuis occasion de vérifier la valeur de ce signe. Chez le sujet de la première observation du Mémoire de M. Louis, les battemens du cœur furent faibles, sourds, lointains et souvent douteux; il y avait son mat et absence du bruit respiratoire dans tout le côté gauche et à la partie inférieure droite de la poitrine. A l'ouverture du cadavre, le sternum et les cartilages des côtes enlevés, on ne voyait que le péricarde qui occupait la plus grande partie de la poitrine et contenait une pinte et demie de sérosité roussâtre.

L'auscultation donne un signe plus caractéristique pour le diagnostic différentiel de la péricardite avec la pleurésie, maladie avec laquelle on pourrait plus facilement la confondre; ce signe est l'égophonie, phénomène propre à la pleurésie et qui ne s'observe pas dans la péricardite; mais on sait aussi qu'il n'est pas constant, et est souvent douteux dans l'inflammation de la plèvre.

Laennec reconnaissait avec Corvisart toute la difficulté du diagnostic de la péricardite, l'autopsie lui ayant montré le péricarde plein de pus ou de sérosité purulente, sans que rien lui en ait fait soupçonner l'existence pendant la vie. Il assure même que l'adhérence du péricarde par de fausses membranes devenues cartilagineuses et osseuses, a quelquefois eu lieu sans trouble notable dans les fonctions du cœur, que seulement la contraction des oreillettes donne un son plus obscur. Il nous semble que le bruit de cuir neuf indiqué par M. Collin, s'il existe, se rencontrerait plutôt dans cette lésion consécutive que dans la péricardite aiguë. M. le docteur Sander donne comme signe caractéristique de l'adhérence du péricarde au cœur un mouvement perpétuel d'ondulation de cet organe, avec dépression à l'épigastre.

L'*hydropéricarde* peut être primitif, mais est le plus souvent consécutive à la péricardite aiguë, ou à une autre lésion du cœur et de ses

vaisseaux, ou des poumons. Il faudra donc, pour donner plus de valeur aux signes fournis par l'auscultation, tenir compte des signes antécédens déjà obtenus par elle et par la percussion médiate, qui est ici d'un grand avantage, mesurant en quelque sorte la quantité du liquide épanché et le volume acquis par le péricarde. Senac donnait comme signe caractéristique de l'hydropéricarde l'espèce d'ondulation que fait sentir à la main appliquée sur la région péricordiale, le cœur au milieu de la sérosité. Il dit même avoir vu le flot du liquide épanché. Corvisart ne dit pas qu'il a vu, mais qu'il a senti par l'application de la main les ondulations du liquide, qu'il pensait être déterminées par les battemens du cœur. Il indique aussi comme caractéristique le facile déplacement du cœur, faisant sentir ses battemens dans divers points, suivant la position que prenait le malade. Laennec assure que les épanchemens peu abondans dans le péricarde ne donneront jamais aucun signe de leur présence, et que ceux plus considérables pourront être reconnus comme l'ont dit Senac et Corvisart, mais seulement dans le cas de pneumo et d'hydropéricarde, complication qu'il considère comme nécessaire pour que l'ondulation et la fluctuation aient lieu, comme il l'a entendu par l'auscultation sur un sujet dont le péricarde contenait une livre de sérosité et une bulle d'air du volume d'un œuf. Enfin M. Rostan, admettant d'ailleurs le principe de Laennec, indique comme signes fournis par l'auscultation; lorsqu'il n'existe que de la sérosité, des battemens irréguliers et sourds, se faisant entendre tantôt dans un point, tantôt dans un autre, et paraissant transmis à travers un corps mou.

Nous avons déjà vu que dans l'observation de M. Louis d'hydropéricarde considérable, la percussion donna un son mat dans toute l'étendue du côté gauche. M. Piorry fait observer que si le péricarde distendu par le liquide se trouve en contact par quelques points avec l'estomac ou les intestins distendus par des gaz, le frémissement humorique pourra se manifester sur les points où cette juxtaposition aura lieu, et que pour éviter une méprise, il faudra explorer le malade à jeun et avant qu'il n'ait bu.

Pneumo-péricarde. Laennec indique comme signe une résonnance plus claire du bas du sternum et un bruit de fluctuation déterminé

par les battemens du cœur, ce qui, comme il a été dit plus haut, supposerait la complication de l'hydro-péricarde et du pneumo-péricarde. La percussion donne un son tympanique dans la région du péricarde, signe qui nous paraît plus positif, ne nécessitant pas la présence d'un liquide dans le péricarde.

Cardite. L'auscultation a fourni moins de signes encore que pour la péricardite au diagnostic de l'inflammation de la substance du cœur, si obscur et si souvent incertain. A un pouls petit, fréquent, précipité, faible et profond, à une douleur aiguë et une sensation de chaleur à la région précordiale, l'auscultation ajoute comme signe de la cardite des contractions vives, précipitées et comme convulsives des ventricules du cœur. Si la cardite passe à l'état chronique, elles perdent de leur vivacité; elles sont tantôt précipitées, tantôt lentes, faibles et presque inappréciables. Le son que font entendre les battemens du cœur est plus sourd, plus obtus que dans l'état normal; le pouls est fréquent, mais mou et sans vigueur.

Inflammation de la membrane interne du cœur. Il est difficile de concevoir et d'admettre cette inflammation isolée de celle du cœur, et l'auscultation n'en fournit pas de signes particuliers, et c'est plutôt par analogie qu'on est conduit à indiquer comme tels l'augmentation de force et de fréquence des battemens du cœur, coïncidant aux mêmes caractères du pouls et à une sensation de chaleur et de douleur profonde à la région du précordiale.

Nous renvoyons aux signes indiqués pour la cardite chronique, ceux du ramollissement du cœur.

Ulcères et ruptures du cœur. — L'auscultation est ici tout-à-fait impuissante, surtout pour la seconde de ces affections, dont la mort, qui en est le plus souvent l'effet immédiat, révèle seule l'existence. Laennec en cite un cas où il y avait hypertrophie du ventricule gauche qu'il avait reconnue, mais le stéthoscope ne lui fit reconnaître aucun signe qui pût lui faire soupçonner l'ulcère du cœur, non plus que la rupture qui s'ensuivit. M. Rostan a observé des ruptures du cœur sans ulcération préalable, mais il est naturel de penser que le ramollissement de la substance du cœur en a été la cause prédisposante et que des contractions violentes les ont déterminées.

Endurcissement du cœur. — L'endurcissement et l'ossification du cœur est ordinairement partiel et borné à une cavité ou à une partie seulement des parois de cette cavité. La dureté et la mollesse du cœur peuvent être un effet cadavérique.

Corvisart pensait que l'endurcissement du cœur devait rendre les contractions plus difficiles; Laennec dit au contraire avoir remarqué qu'il donnait une impulsion plus forte aux battemens du cœur. MM. Bertin et Bouillaud ont reconnu que quand l'endurcissement est au premier degré, les contractions du cœur présentent à l'auscultation les mêmes signes que l'hypertrophie, une impulsion plus grande, un pouls plus fort; que dans un degré d'induration moyenne, le cœur conserve une grande force de contraction; que, portée jusqu'à l'induration cartilagineuse et osseuse, elle doit gêner ses mouvemens, mais renforce le bruit de ses contractions. Laennec pensait que c'était dans ces cas que le bruit du cœur avait pu être entendu à distance; plus tard, il reconnut sur lui-même que ce phénomène pouvait tenir à la distension flatueuse de l'estomac. et son refoulement contre le diaphragme.

Squirrhe, cancer, tuberculés, gangrène du cœur. — On conçoit que l'auscultation ne fournit aucun signe de lésions organiques, qui ne se traduisent d'ailleurs par presque aucuns symptômes caractéristiques, elles doivent cependant apporter du trouble dans les mouvemens du cœur quand elles se développent sur ses parois ou dans leur épaisseur.

Névrologies du cœur. — Nous ne parlerons pas de l'angine de poitrine ou sténocardie, ne connaissant pas de signes fournis par l'auscultation dans cette affection, sur la nature et le siège de laquelle les anatomo-pathologistes ne sont pas encore d'accord, les uns l'attribuant à la névrose des plexus cardiaques, des plexus pulmonaires, d'autres à l'ossification des vaisseaux du cœur.

Spasme du cœur. — Les hypochondriaques sont sujets à une affection spasmodique du cœur, caractérisée par la dyspnée, un sentiment de malaise général, et l'auscultation fait entendre un bruit de soufflet dans la région précordiale, dépendant du trouble des mouvemens du cœur par une modification de l'innervation. Ce bruit de soufflet est de peu de durée et se dissipe comme la cause qui l'a déterminée.

Les palpitations sans lésions organiques du cœur et purement nerveuses, font entendre à l'auscultation des contractions fortes, vives, convulsives et tumultueuses ; elles font quelquefois entendre un bruit de soufflet, mais il disparaît avec elles. Elles ne sont qu'une exagération, avec irrégularité, des contractions qui se font à notre insu dans l'état de santé. Il y a augmentation de fréquence et de bruit qui, quoique clair, ne s'entend ni fortement ni dans une grande étendue, et l'impulsion, bien qu'augmentée, n'annonce pas une force réelle.

Si, en résumé, nous jetons un coup d'œil rapide sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du cœur, nous reconnaitrons qu'elle en offre de précieux pour leur diagnostic, mais qu'il en est peu qui soient tels qu'ils suffisent seuls, et qu'ils n'acquièrent le plus souvent de valeur que réunis aux autres signes tirés des symptômes locaux, fonctionnels et généraux, que la percussion leur donne plus de certitude, et qu'on ne doit jamais négliger d'y avoir recours.

