

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Sestier, Félix. - Jusqu'à quel point la percussion et l'auscultation ont-elles éclairé le diagnostic des maladies aiguës et chroniques du coeur ?**

**1835.**

***Paris : Imprimerie de Goetschy fils et Compagnie***

***Cote : 90975***



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

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1835x03x20>

JUSQU'A QUEL POINT

LA PERCUSSION ET L'AUSCULTATION

ONT-ELLES ÉCLAIRÉ

LE DIAGNOSTIC  
DES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES  
DU CŒUR ?



THÈSE

Présentée au concours pour l'aggrégation, ouvert le 15 avril 1835 à la Faculté de  
Médecine de Paris,

PAR FÉLIX SESTIER,

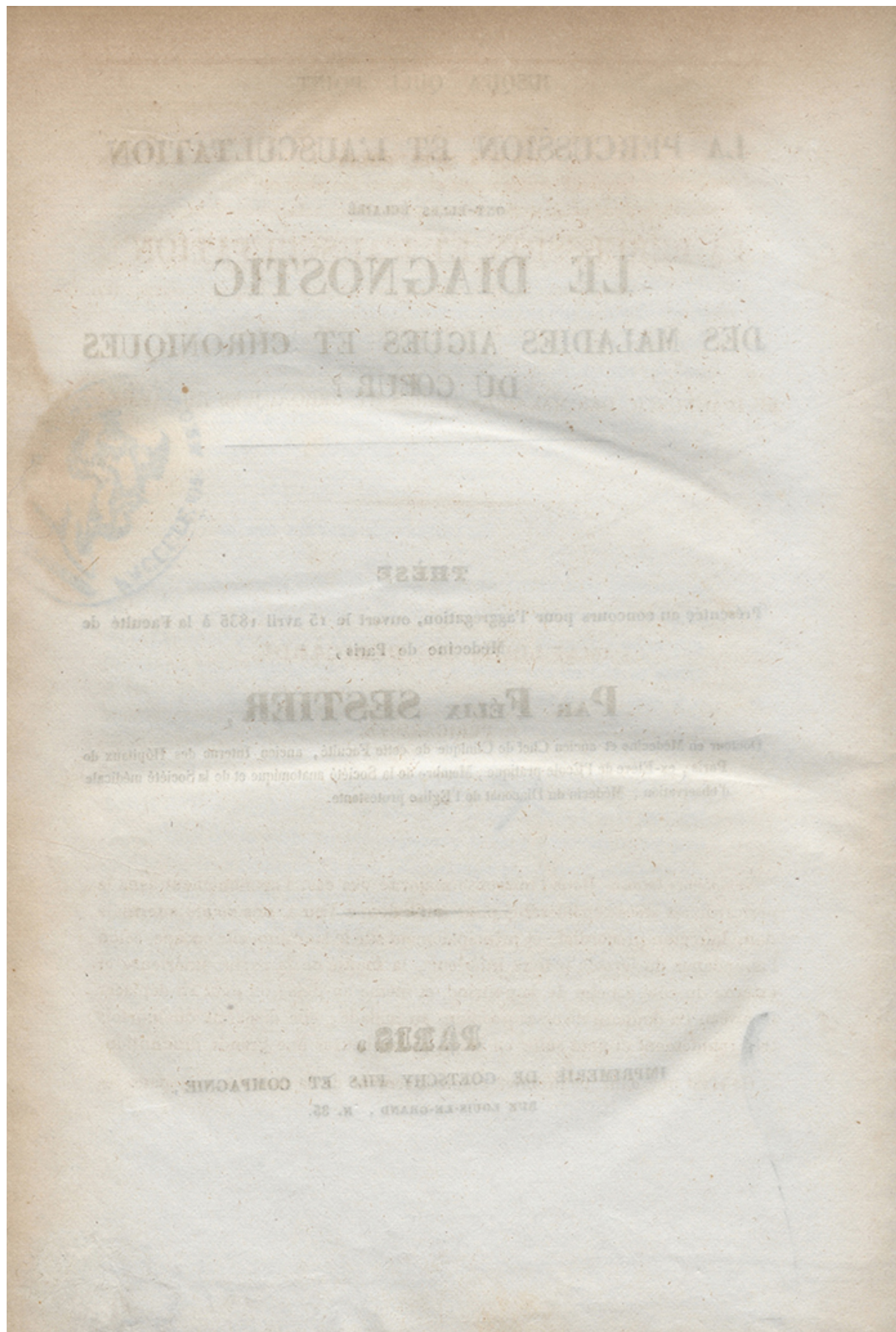
Docteur en Médecine et ancien Chef de Clinique de cette Faculté, ancien Interne des Hôpitaux de  
Paris, ex-Elève de l'Ecole pratique, Membre de la Société anatomique et de la Société médicale  
d'observation, Médecin du Diaconat de l'Eglise protestante.

PARIS,

IMPRIMERIE DE GOETSCHY FILS ET COMPAGNIE,  
RUE LOUIS-LE-GRAND, N. 35.

0 1 2 3 4 5 (cm)







## LA PERCUSSION ET L'AUSCULTATION

ONT-ELLES ÉCLAIRÉ

### LE DIAGNOSTIC DES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES DU CŒUR?

#### 1. MALADIES DU PÉRICARDE.

##### 1. PÉRICARDITE.

###### A. aiguë.

*Symptômes locaux.* Dans l'immense majorité des cas, l'épanchement dans le péricarde est assez considérable pour qu'il donne lieu à une *matité* anormale dans la région précordiale et principalement sur le sternum; elle occupe, selon l'abondance du liquide le tiers inférieur, la moitié de la partie antérieure et externe du côté gauche de la poitrine, et même au-delà; on peut en déplacer le niveau en donnant diverses positions au malade; elle disparaît quelquefois très rapidement et peut subir en vingt-quatre heures une grande diminution.

Ce n'est que dans le premier commencement de la maladie, ou dans les



cas très rares où la péricardite ne donne lieu qu'à la sécrétion d'une petite quantité de matière pseudo-membraneuse (*péricardite sèche*), ou enfin, lorsque l'épanchement très-peu notable se porte dans les parties les plus déclives, que la matité n'a pas lieu, et encore la tuméfaction fluxionnaire du cœur lui-même pourrait contribuer dans quelques cas, selon M. le professeur *Bouillaud*, à produire la matité lorsqu'elle existe à un haut degré. — La percussion est encore utile pour faire ressortir la douleur, qui, dans beaucoup de péricardites, est sourde et si légère, que les malades ne s'en plaignent pas.

La matité de la région précordiale peut reconnaître d'autres causes qu'il faut bien distinguer de la précédente. Sans parler de l'hypertrophie du cœur avec ou sans dilatation ni de la distension de ses cavités par des masses polypeuses, causes sur lesquelles nous reviendrons ; nous savons qu'un *épanchement de sang* dans le péricarde peut déterminer de la matité, mais, résultat d'une rupture du cœur ou d'une tumeur anévrysmale de l'aorte, il a lieu subitement et entraîne presque instantanément la mort du malade. — L'*hydropéricarde* diffère localement de l'épanchement inflammatoire aigu, par la rapidité avec laquelle ce dernier se forme, diminue, puis disparaît ; la percussion développe assez souvent de la douleur dans la péricardite et non dans l'hydropéricarde. (V. *Hydroper.*)

Un *épanchement pleurétique gauche* peut s'étendre jusqu'à la région précordiale ; deux cas peuvent se présenter. Tantôt cet épanchement est libre dans la plèvre, alors la matité existera en même temps et principalement dans la région postérieure et inférieure du côté gauche du thorax, où l'on trouvera absence de bruit respiratoire, respiration bronchique et bronchophonie avec ou sans timbre égophonique ; les différentes positions que l'on fera prendre au malade changeront dans bien des cas et plus ou moins rapidement la ligne de niveau.

M. *Dance* a signalé cependant un cas où le péricarde étant devenu le siège d'un énorme épanchement, il trouva de la matité dans la région postérieure et inférieure gauche du thorax avec absence de bruit respiratoire, respiration bronchique et retentissement de la voix, phénomènes qui dépendaient du refoulement et de la compression du poumon par le péricarde distendu.

Il pourrait se faire qu'un épanchement pleurétique fût borné par des adhérences à la région antéro-latérale gauche du thorax et imitât un épanchement péricardique ; mais à ma connaissance, l'anatomie pathologique est encore à démontrer l'existence d'un pareil épanchement, et d'ailleurs dans ce cas le cœur serait probablement refoulé à droite où la percussion et l'auscultation le découvriraient facilement.



La matité dans la région précordiale peut encore être due à un *épanchement ascitique* énorme ; mais il serait facile de reconnaître l'ectopie accidentelle du cœur et tous les signes de l'ascite, dont le niveau supérieur changerait selon les diverses positions données aux malades.

L'*inflammation du poumon* n'est presque jamais bornée au bord antérieur de cet organe ; le serait-elle, que l'auscultation viendrait puissamment éclairer le diagnostic.

Différentes *tumeurs* développées dans le voisinage du cœur ont fini par envahir la région précordiale ; le mode de développement de la tumeur, ses caractères particuliers et l'ectopie du cœur qui en est la suite fourniront des signes suffisants.

L'auscultation fait reconnaître différens bruits anormaux qui sont généralement attribués au glissement réciproque des surfaces opposées du péricarde l'une contre l'autre. — Ce sont, 1° le *bruit de frôlement* analogue à celui que l'on produit en froissant soit une étoffe de soie, soit le papier neuf des billets de banque ; il aurait lieu principalement lorsque les feuillets opposés du péricarde, secs et un peu poisseux, comme il arrive dans la péricardite naissante, ne sont pas encore tapissés de fausses membranes, ou ne commencent qu'à s'en recouvrir. Le bruit de frôlement péricardique, dont l'intensité varie, est ordinairement double comme le mouvement du cœur ; mais il est plus prononcé pendant la systole que pendant la diastole ; il est superficiel, périphérique, diffus et disséminé ; il est irrégulier et varie beaucoup à diverses époques dans son degré et son caractère ; quelquefois il disparaît tout-à-fait pendant des intervalles dont la durée est variable (Dr Jowet) ; il est toujours plus distinct à la partie supérieure de la région précordiale (*id.*). — 2° Le *bruit de tiraillement et de craquement ou de cuir neuf*, (Collin) est infiniment plus rare que le précédent ; il accompagne particulièrement la systole ventriculaire et paraîtrait annoncer l'existence de fausses membranes déjà denses, résistantes et élastiques. — 3° Un *bruit de râpe* remplace quelquefois le frôlement simple ; et dans trois cas signalés par M. Bouillaud, ce bruit, disparaissait quand on faisait changer de position aux malades ; il revenait quand on les rétablissait dans le décubitus horizontal qu'ils affectaient avant l'expérience : il a dès lors semblé à ce Professeur qu'une telle particularité indiquait un frottement péricardique et non un frottement valvulaire. Ajoutons que ce dernier est profond et non superficiel, circonscrit et non diffus. Quant au bruit de *frottement pleurique*, qu'on observe dans la pleurésie il est isochrone aux mouve-



mens d'inspiration et d'expiration, tandis que le bruit péricardique est isochrone aux mouvemens du cœur. — 4° Le bruit de soufflet a été souvent observé chez des individus affectés de péricardite, mais d'après M. Bouillaud, il appartient bien moins à la péricardite elle-même qu'à l'endocardite, dont elle est si souvent accompagnée. Lorsqu'il existe un épanchement abondant dans le péricarde, les bruits du cœur sont plus sourds, plus obscurs, plus éloignés. — Au reste, l'obscurité de ces bruits peut être perçue avec ou sans les divers bruits de frottement signalés plus haut.

L'oreille fait enfin reconnaître l'augmentation dans la force, dans la fréquence, les irrégularités, les intermittences, les inégalités quelquefois tumultueuses des battemens du cœur qui accompagnent certaines péricardites. M. Bouillaud a signalé le premier un phénomène très singulier, qui survient quelquefois au moment où le travail organisateur commence, c'est que le second mouvement du cœur se fait comme en deux temps et avec une espèce de craquement. — Dans le cas d'épanchement abondant, l'oreille ne perçoit aucune impulsion. Enfin, les battemens du cœur se suspendent quelquefois momentanément, il y a *syncope*; ce cas est fort rare, il ne s'est présenté que trois fois dans soixante cas de péricardite (M. Louis).

Une saillie ou voussure plus ou moins considérable de la région précordiale existe dans la plupart des cas de péricardite (M. Louis); pour la bien distinguer, il faut que le malade reste debout ou assis; elle diminue souvent rapidement, en sorte qu'elle est quelquefois réduite à la moitié de son volume en vingt-quatre heures.

Considérée isolément, cette voussure diffère de celle de l'emphysème, qui persiste long-temps, et donne à la percussion un son très-clair et tympanique. L'on conçoit qu'il faut s'assurer que cette saillie n'est point un vice de conformation ou une disposition morbide antérieure à l'affection du péricarde. — Quant à la voussure qui dépend d'une hypertrophie considérable avec dilatation des ventricules, un son moins mat et surtout l'impulsion forte et superficielle ainsi que les bruits violens et doubles du cœur hypertrophié, en sont les caractères distinctifs. Nous parlerons plus bas de la tumeur aortique,

La douleur n'existe d'une manière notable que dans la moitié des cas (M. Louis), et selon M. le professeur Bouillaud, les cas où elle manque ou du moins où elle se fait très peu sentir, sont ceux de péricardite simple, et même de péricardite rhumatismale; c'est lorsque la pleurésie complique la péricar-



dite, lorsqu'elle occupe le côté gauche et surtout la plèvre diaphragmatique, que l'on observe des douleurs vives et poignantes. — La douleur dans la péricardite aiguë, siège au-dessous du mamelon ou vers l'extrémité inférieure du sternum, elle s'irradie parfois vers les régions voisines jusque vers le bras gauche; elle est pongitive, lancinante, comparée quelquefois par le malade à celle que produirait une griffe de fer qui déchirerait le cœur, ou un clou qui rapprochait le sternum du rachis; le plus ordinairement rémittente, elle augmente quelquefois par la percussion, par la toux, par l'éternuement, par la pression exercée de bas en haut vers le creux de l'estomac et l'hypochondre gauche; elle augmente lorsque le malade porte le tronc en arrière et à droite; aussi se tient-il assis et incliné en avant et à gauche; elle n'augmente pas par les contractions du cœur (M. le professeur *Chomel*).

*Symptômes généraux.* Mouvement fébrile plus ou moins violent : il faudra ne pas confondre avec cet état la simple augmentation dans la fréquence du pouls et des battemens du cœur, car cette fréquence peut exister en l'absence d'une réaction fébrile proprement dite. Tantôt le pouls est fréquent, plein, fort, développé, régulier; tantôt, au contraire, le pouls est petit, déprimé, inégal irrégulier. Souvent on remarque une grande différence entre les battemens du cœur et le pouls, en sorte que les premiers sont énormes, tandis que le pouls est d'une petitesse extrême, et *vice versa*; ou bien une grande disproportion entre la fréquence des pulsations artérielles et les autres symptômes de la maladie. C'est ainsi que l'on trouve en même temps peu de fréquence dans le pouls et une chaleur très-élevée, sèche ou sudorale, avec une grande anxiété, ou bien un pouls extrêmement fréquent et une chaleur médiocre, une physionomie naturelle. Dans certains cas, l'on a vu survenir très-rapidement plusieurs symptômes d'une affection organique du cœur, tels que la coloration violacée des lèvres, des joues, des mains, avec œdème aux extrémités inférieures et quelquefois aux supérieures; cet œdème se distingue de celui qui appartient aux affections organiques du cœur par la rapidité avec laquelle il vient et disparaît. Le sang est ordinairement couenneux.

L'on observe dans presque tous les cas une dyspnée notable et très souvent une toux sans râle, sans expectoration, qui n'apparaît guère que du sixième au huitième jour de la maladie; elle cesse avec l'épanchement, et paraît due à la compression mécanique que l'épanchement exerce sur le poumon (M. *Louis*).

D'autres symptômes généraux consistent en un sentiment d'oppression insupportable; alors le malade s'agite, ne sait quelle position garder : le visage est



pâle, grippé, empreint de la plus vive anxiété et d'une expression de terreur indéfinissable; la peau se refroidit, se recouvre en certaines parties d'une sueur glacée; le délire, les convulsions, des vomissemens même ont été parfois observés dans cette maladie. Mais hâtons nous d'ajouter qu'il est de nombreux cas de péricardite même fort intense dans lesquels les phénomènes de réaction sont à peine marqués; leur grand développement a lieu surtout dans les complications de péricardite avec la pleurésie, la cardite et l'endocardite. (M. Bouillaud). La marche de la péricardite aiguë est ordinairement fort rapide; aussi pour diagnostiquer cette maladie et en suivre les différentes phases, faut-il examiner fréquemment le malade.

En résumé, nous voyons que la douleur précordiale manque dans un grand nombre de cas, que les phénomènes sympathiques sont extrêmement variables, et que si l'on n'avait pas d'autres symptômes, le diagnostic de la péricardite resterait aussi obscur qu'il l'était il y a un petit nombre d'années; aujourd'hui les signes fournis par la percussion et l'auscultation, ainsi que par l'inspection deviennent des signes certains de péricardite chez un individu qui a la fièvre, et qui auparavant n'offrait aucun indice de maladie dite organique du cœur.

B. *Péricardite chronique.* — La percussion, l'auscultation et l'inspection fournissent les mêmes signes que précédemment; la douleur est sourde; les symptômes généraux consistent en une fièvre lente, avec ou sans redoublement le soir, de l'oppression, de la bouffissure et une teinte violacée du visage, l'œdème des extrémités inférieures augmentant par la station verticale ou assise. Ces derniers phénomènes révèlent bien, il est vrai, une affection du cœur; mais les signes locaux viennent éclairer puissamment le diagnostic.

*Adhérences du péricarde.* — Il n'existe encore aucun signe qui puisse faire reconnaître en particulier l'existence de cette lésion. Le signe indiqué par Sander et qui consisterait dans un mouvement perpétuel d'une très forte ondulation, se montrant plus bas que celle que l'on sent naturellement dans la région du cœur, n'a point été jusqu'ici suffisamment sanctionné par l'expérience. — Il ne faudrait pas confondre, avec le phénomène dont il s'agit, la dépression qu'on observe quelquefois pendant l'inspiration chez les individus dont la plèvre pulmonaire adhère au péricarde et à la plèvre pariétale voisine.

Des plaques pseudo-membraneuses organisées à la surface du péricarde peuvent donner lieu à un bruit de râpe ou de lime. Des concrétions dures, inégales, cartilagineuses ou osseuses ont donné lieu à différens bruits de frottemens ou de râclément qui pourraient en faire au moins soupçonner la présence.



2. HYDRO-PÉRICARDE.

L'hydropéricarde offre à la percussion, à l'auscultation, ainsi qu'à l'inspection et à la palpation, la plupart des caractères de l'épanchement inflammatoire. Nous devons cependant signaler quelques phénomènes qui jusqu'ici n'ont guère été indiqués que dans cette affection : *Sénac* dit avoir vu très-distinctement et à plusieurs reprises, dans les intervalles des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes, les *flots* du liquide épanché dans le péricarde. *Corvisart* dit avoir pu se convaincre une fois de son existence par le toucher. Cependant il ajoute qu'il peut se faire que les ondulations que sa main, appliquée sur la région du cœur, sentait distinctement ne fussent déterminées que par les battemens du cœur. M. le professeur *Bouillaud*, a eu occasion de rencontrer un cas qui semble appuyer la remarque de *Corvisart*; il avait cru, au premier abord, avoir constaté l'existence de la fluctuation dans la région précordiale chez un malade; mais un examen attentif le convainquit bientôt que le phénomène pris pour la fluctuation n'était autre chose que la contraction du cœur, lequel avait été éloigné de sa place accoutumée et appliqué en quelque sorte contre la paroi thoracique, par une énorme tumeur située dans le côté gauche de la poitrine.

La percussion dite *périphérique* (*Tarrai*) pourra peut être par la suite distinguer nettement la fluctuation due à l'épanchement.

La main appliquée sur la région précordiale dans le cas d'hydropéricarde considérable, a reconnu que les battemens du cœur avaient lieu tantôt à droite, tantôt à gauche, en un mot, dans *différens points d'un cercle assez étendu*. (*Corvisart*.)

C'est surtout dans l'hydropéricarde considérable, que les battemens du cœur sont *faibles*, et *obscurs*: dans un cas signalé par M. *Cas. Broussais*, les contractions étaient d'autant plus obscures que l'on s'écartait davantage de la région correspondante à la base du cœur; de sorte qu'en ce point les deux contractions étaient distinctes, tandis qu'aux extrémités de la région occupée par le son mat, on n'entendait plus qu'une sorte de murmure assez analogue à celui que perçoit l'oreille lorsqu'on en approche un coquillage.

Parmi les autres signes de l'hydropéricarde, quelques auteurs ont indiqué le *sentiment d'un poids énorme sur la région du cœur*; les malades *sentent nager leur cœur dans l'eau*. L'on a encore signalé la tendance habituelle à s'incliner du côté gauche, l'impossibilité de se coucher sur le côté droit sans être sur



le point de suffoquer (ce signe se retrouve dans plusieurs affections de poitrine.) Enfin le cauchemar et les lésions des fonctions de la respiration et de la circulation produites mécaniquement par la pression qu'exerce le péricarde distendu sur toutes les parties voisines, sont des phénomènes communs à plusieurs maladies du cœur. Nous ne ferons que mentionner comme moyen de diagnostiquer l'hydropéricarde la *ponction exploratrice* proposée et exécutée par Desault.

Quant à déterminer l'espèce d'hydropéricarde, (*actif, passif*) les moyens physiques ne peuvent fournir aucune donnée ; c'est surtout à l'étude des causes qu'il faut avoir recours.

Le péricarde peut devenir le siège d'épanchement de liquides produits dans des organes ou dans des kystes placés dans son voisinage, et qui plus tard communiquent avec lui (abcès des poumons, du foie, kystes séreux, etc.) ; la percussion pourra sans doute rendre ici d'importants services. Dans un cas publié par M. *Alibert*, ancien interne des hôpitaux, l'on entendait dans la région du cœur, surtout à droite vers le sternum, un bruit particulier, clair, qui se renouvelait à chaque mouvement respiratoire, bruit assez semblable à celui que l'on produit en déchirant un morceau de papier bien sec. A l'ouverture, on trouva dans le côté du thorax, entre le diaphragme, le poumon et le cœur considérablement déjeté à gauche, une hydatide de la grosseur de la tête d'un enfant d'un an ; sa cavité communiquait avec le péricarde au moyen d'une ouverture toute récente, étroite, située derrière l'oreillette droite, et qui permettait au liquide contenu dans l'hydatide de passer librement dans la cavité du péricarde, et *vice versa*.

### 3. HYDRO-PNEUMO-PÉRICARDE.

Cette affection est caractérisée par une *résonnance tympanique* de la région du péricarde, par un *bruit de fluctuation*, comparé au bruit que fait l'eau agitée par la roue d'un moulin (*Bricheteau*) ; il est *isochrone aux battemens du cœur* ; il pourrait cependant être produit par les inspirations fortes (*Laennec*.) L'on observe d'ailleurs plusieurs symptômes généraux communs à la plupart des affections du cœur.

Dans le cas d'accumulation de gaz et de liquide dans l'estomac ou dans la plèvre, un bruit de fluctuation a été souvent observé, mais il n'était point isochrone aux battemens du cœur. En outre, dans l'hydro-pneumo-thorax, presque toujours l'on entend le tintement métallique et la respiration amphorique.



4, PNEUMO-PÉRICARDE.

Un son tympanique a lieu dans la région précordiale, sans bruit de fluctuation, sans bruit respiratoire. (M. Louis) ; dans quelques cas, les battemens du cœur sont entendus à distance, (Laennec). Notons que ce phénomène a aussi été observé dans l'hypertrophie du cœur avec dilatation, les palpitations nerveuses et lorsque quelque organe voisin du cœur est distendu par des gaz; l'on sait enfin que M. Ségalas ayant tué un chien par l'injection de l'air dans les veines jugulaires, entendit distinctement les battemens du cœur pendant l'agonie. L'exhalation gazeuse dans le péricarde s'observe souvent sur le cadavre, mais rarement sur le malade; car il n'est point démontré qu'il y eût pareille lésion chez les vingt sujets dont Laennec a entendu les battemens du cœur à distance et dont aucun n'a succombé. De ces vingt sujets, trois ou quatre au plus étaient atteints de maladies organiques du cœur, tous les autres ne présentaient que des palpitations nerveuses; plusieurs même n'en éprouvaient qu'après avoir marché un peu vite, et le phénomène n'existait chez eux que dans cette circonstance; chez tous il a été passager, et plusieurs de ces sujets sont revenus au bout d'un certain temps à un état de santé parfait.

Le docteur Johnson, a trouvé le péricarde énormément distendu par de l'air, le cœur petit, mou, anémique et en dégénérescence graisseuse partielle, chez un homme malade depuis 3 ou 4 ans, et qui, examiné peu de semaines avant sa mort, offrit un pouls plein, vif et irrégulier, une imminente syncope au moindre exercice, une sonorité insolite de la région précordiale, une très faible impulsion dans les battemens du cœur, qui étaient désordonnés; ce malade mourut subitement.

Plusieurs affections peuvent donner lieu à la sonorité tympanique dans la région précordiale. Notons entr'autres l'emphysème pulmonaire et la distension de l'estomac par des gaz. Mais l'emphysème très-marqué sur le bord antérieur du poumon est rarement borné à cette seule région, de plus l'oreille perçoit avec un bruit respiratoire plus ou moins faible des bruits sibilans et crépitans secs ou de frottement isochrones aux mouvemens respiratoires. Ces signes sont d'autant plus importans à indiquer que l'emphysème pulmonaire donne lieu à la voussure sonore du thorax, à la dyspnée (ordinairement intermittente), à des palpitations, à la bouffissure et à une teinte violacée de la face et des mains, et autres symptômes qui ont de grands rapports avec ceux des affections organiques du cœur. —



Lorsque l'estomac est distendu par des gaz jusqu'au point d'envahir la région précordiale, la sonorité s'étend jusque dans l'hypochondre gauche et au-delà; le malade éprouve dans la région que cet organe occupe des pulsations incommodes, les boissons s'arrêtent au cardia ou ne le franchissent que difficilement; l'expulsion de vents diminue singulièrement la dyspnée, les palpitations, l'irrégularité du pouls et les défaillances qui accompagnent cette pneumatose.

## II. MALADIES DU COEUR *proprement dit.*

### 1. ENDOCARDITE.

#### A. Endocardite aiguë.

Les symptômes *locaux* de cette affection consistent en un *son mat* dans la région précordiale dans une surface de 4, 9 et même 16 pouces carrés (M. *Bouillaud.*)

L'auscultation fait reconnaître des battemens dont l'étendue est plus considérable que dans l'état normal, un *bruit de soufflet*, quelquefois de *rape* qui masque les deux bruits normaux du cœur à la fois, ou bien un des deux seulement. Ce bruit est généralement attribué au gonflement des valvules ou à des concrétions fibrineuses ou pseudo-membraneuses qui rétrécissent les orifices cardiaques; il est d'autant plus fort que les battemens du cœur sont plus violens; c'est aussi lorsque ces battemens s'exercent avec une certaine violence que l'on entend quelquefois un *tintement auriculo-métallique isochrone* à la systole ventriculaire. La *fréquence des battemens du cœur*, est presque toujours considérable (130, 140, 160 et même au-delà), ils sont ordinairement alors *irréguliers, intermittens et inégaux*.

D'ailleurs les battemens du cœur sont *superficiels*, visibles, sensibles à la main, ce qui n'a pas lieu dans les épanchemens du péricarde; de violens battemens repoussent fortement l'oreille appliquée sur la région précordiale; quelquefois elle sent une sorte de *frémissement vibratoire*.

Lorsque l'endocardite est compliquée de péricardite, et qu'elle date de plusieurs jours, on observe quelquefois une *légère voussure* dans la région pré-



cordiale. M. le professeur *Bouillaud* ne sait si la simple turgescence inflammatoire du cœur, combinée avec la violence des battemens de cet organe, suffirait pour produire la saillie dont il est ici question,

*La douleur* manque entièrement dans l'immense majorité des cas, et lorsqu'elle existe, on trouve presque toujours une complication de l'endocardite avec la péricardite ou la pleurésie; souvent, au lieu de douleur proprement dite, on observe un sentiment de malaise, d'oppression, d'anxiété dans la région précordiale, accompagné quelquefois d'une tendance aux lipothymies et aux syncopes.

*Symptômes généraux.* — (Voyez ce que nous avons dit en parlant de la péricardite). Ajoutons que c'est surtout dans l'endocardite que l'on observe un *manque de rapport entre les pulsations artérielles et celles du cœur*. Ainsi chez quelques malades observés par M. *Bouillaud*, tandis que le pouls était petit, peu développé, misérable, les battemens du cœur étaient très violens et tumultueux; quelquefois aussi les pulsations artérielles étaient moins nombreuses que celles du cœur. Ces discordances peuvent en grande partie être attribuées aux différens obstacles qu'apportent à la projection dans les artères d'une suffisante quantité de sang, le gonflement des valvules et les concrétions fibrineuses du cœur; c'est alors que l'on voit survenir la pâleur du visage, l'anxiété, la jactitation, les défaillances et la syncope. Si, d'un autre côté, ces mêmes lésions des valvules viennent à gêner le passage du sang des veines dans les cavités droites, le visage et les mains prennent une teinte violette et livide; la face devient bouffie, les extrémités s'œdématisent; il y a perte subite de connaissance, respiration stertoreuse, écume à la bouche, etc. Ces derniers accidens observés deux fois par M. *Bouillaud* étaient probablement le résultat d'une forte congestion encéphalique reconnaissant la cause indiquée. M. *Simonet* a signalé dans le pouls un phénomène qu'il désigne sous le nom de *frottement globuleux de l'artère radiale*, qui dépendrait, selon lui, de la manière dont le sang est divisé par le gonflement inégal des valvules de l'aorte. La respiration n'est presque point altérée dans le cas où la circulation se fait librement à travers le cœur; mais s'il se forme quelque obstacle au cours du sang dans les cavités de cet organe, l'étouffement le plus angoissant a lieu, et s'accompagne quelquefois d'égarement.

## 2. MALADIES DES VALVULES ET DES ORIFICES DU CŒUR.

Nous plaçons ici ces maladies, parce qu'elles paraissent dans le plus grand nombre des cas être des altérations organiques que l'endocardite entraîne à sa



suite. Ces différentes lésions donnent lieu à deux états différens par leurs effets et par leurs symptômes. Dans le premier cas, il en résulte un *rétrécissement* d'un des orifices ; dans le deuxième cas, l'un des appareils valvulaires ne peut plus remplir exactement l'office de soupape auquel il est destiné ; alors le sang reflue soit dans l'oreillette, soit dans le ventricule dont il vient de sortir ; c'est ce que l'on appelle *insuffisance*. Toutefois cependant les valvules peuvent être épaissies sans déformation, sans rétrécissement de l'orifice, sans insuffisance ; alors M. Bouillaud a observé une augmentation remarquable dans l'intensité des bruits du cœur qui imitent le bruit que produiraient deux lames de parchemin appliquées brusquement l'une contre l'autre (*bruit parcheminé*). Ce phénomène est surtout très bien tranché lorsque l'épaississement affecte la valvule bicuspide.

#### § I. INDURATION DES VALVULES AVEC RÉTRÉCISSEMENT DES ORIFICES DU CŒUR.

Nous supposerons d'abord le cas où l'induration des valvules est parvenue à un certain degré et où elle est accompagnée d'un rétrécissement notable des orifices.

*Symptômes locaux.*—La percussion fait reconnaître, dans presque tous les cas, une *matité* beaucoup plus étendue qu'à l'état normal. Ce signe est indirect et tient à la dilatation et à l'hypertrophie qui accompagnent si souvent le rétrécissement des orifices.

L'application de la main et aussi de l'oreille sur la région précordiale, en même temps qu'elle fait apprécier les modifications survenues dans la force et l'étendue des battemens du cœur, fait éprouver la sensation du *frémissement vibratoire* ou *cataire* (signe fort important).

L'auscultation fournit l'un des signes les plus précieux de la lésion organique qui nous occupe : il consiste dans un *bruit de soufflet, de râpe, ou de scie* ; il n'a manqué qu'une fois sur cent cas observés par M. le professeur Bouillaud. Ce bruit est tantôt double, tantôt simple, et remplace les deux bruits normaux du cœur ou l'un d'eux seulement ; il est quelquefois brusque et saccadé ; d'autres fois il est lent, prolongé, et pour ainsi dire filé. Son intensité varie beaucoup ; on l'entend quelquefois à une certaine distance de la poitrine. Quelquefois le bruit de frôlement péricardique imite assez bien le bruit de râpe ou de scie, tel qu'on l'observe dans certaines lésions des valvules et des orifices du cœur. Mais dans ce dernier cas le bruit n'est pas périphérique, superficiel, diffus,



éparpillé en quelque sorte, comme dans le cas où il est produit par une lésion du péricarde. Quelquefois le bruit de soufflet est *sibilant* ou *roucoulant*. Lorsqu'un orifice est extraordinairement rétréci, tout bruit morbide et naturel cesse de se produire; c'est du moins ce que l'observation apprend pour les rétrécissemens extrêmes de l'orifice mitral (M. Littré.) L'auscultation fait encore connaître les irrégularités, les intermittences, les inégalités des battemens du cœur (signe important).

M. Bouillaud a signalé dans certains cas de rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, une espèce de fausse intermittence qui consiste en une contraction ventriculaire qui se fait pour ainsi dire *à vide*; elle tiendrait à ce que le ventricule gauche où on l'observe ordinairement n'ayant pu se remplir convenablement de sang pendant la diastole, bat sur une très-petite quantité de sang.

Ce n'est aussi que dans les cas de rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur avec induration des valvules, accompagné des suites d'une péricardite, que M. le professeur Bouillaud a signalé un triple ou quadruple bruit du cœur; et c'est alors qu'il a trouvé trois ou quatre impulsions au lieu d'une.

Par opposition aux cas précédens, nous noterons ceux dans lesquels le double bruit du cœur est comme absorbé par un seul bruit de soufflet très-fort; il semble que le second bruit n'existe plus. Cette *unité apparente* tient probablement à ce que les deux bruits sont également transformés en bruit de soufflet et à ce que l'intervalle de silence qui les sépare est infiniment court, inappréciable. L'administration de la digitale, en ralentissant ces battemens permet souvent alors de distinguer nettement le double bruit du cœur. L'on arrive quelquefois aussi au même résultat en s'éloignant un peu du point où le bruit de souffle continu est à son maximum. Il est nécessaire cependant d'observer que quelquefois, sans bruit de souffle, la contraction des ventricules devient extrêmement longue; le second bruit, extrêmement bref, finit par disparaître.

A ces symptômes locaux, ajoutons un sentiment d'embarras ou de pesanteur incommode dans la région précordiale; quelquefois une véritable douleur qui serait surtout marquée quand l'orifice et les valvules de l'aorte sont obstrués (M. Littré); enfin des palpitations qui augmentent au moindre exercice, par l'action de monter un escalier, ou sous l'influence de la moindre émotion morale.

Il faut reconnaître à la main et à la respiration plus grande de la portion



*Symptômes généraux.* — *Pouls irrégulier, inégal, intermittent, contrastant par sa petitesse, par son exiguité, avec l'énergie, la violence et l'étendue de ces mêmes battemens du cœur*; il offre quelquefois une sorte de *frémissement cataire* qui est bien plus facile à sentir dans les artères voisines du cœur. — *Dilatation des veines extérieures* proportionnelle au degré et à la durée de la maladie; les veines jugulaires en particulier forment quelquefois d'énormes nodosités variqueuses. Elles offrent le *pouls veineux*, qu'il ne faut pas confondre avec l'expansion que présentent ces mêmes veines à chaque mouvement d'expiration, ni avec le soulèvement que leur communiquent les battemens des carotides. Le pouls veineux est tantôt isochrone au pouls artériel (dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, rétrécissement, ou quelque obstacle au cours du sang dans l'artère pulmonaire); tantôt il alterne avec le pouls (engouement du ventricule droit, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; alors contraction de l'oreillette). — Par suite de cette gêne dans la circulation, l'on observe de la lividité, une teinte violacée, avec gonflement du visage et surtout des lèvres, des mains; différens engorgemens des poumons, du foie, du cerveau, des membranes muqueuses; des hémorrhagies diverses; des collections séreuses dans les membranes séreuses et dans le tissu cellulaire, spécialement des extrémités inférieures où il commence à se développer (caractère fort important). L'on observe encore de l'essoufflement après des exercices un peu fatigans, de la dyspnée, de l'orthopnée (variété d'*asthme*); dans quelques cas, une suffocation imminente; d'ailleurs l'intelligence est conservée, seulement le sommeil est souvent agité par des rêves effrayans.

Les affections du cœur, chez les hommes de peine surtout, s'accompagnent ordinairement à *plusieurs reprises* de symptômes généraux très graves et très aigus, mais ils cèdent facilement au repos seul, ou accompagné d'un traitement plus ou moins énergique. Il n'en est pas de même chez les gens du monde; lents à se développer, les symptômes généraux persistent ordinairement jusqu'à la mort.

*Diagnostic différentiel du rétrécissement des divers orifices du cœur.*

*Diagnostic du rétrécissement des orifices gauches et des orifices droits.* — Les moyens que l'on peut employer pour arriver à ce diagnostic sont, 1<sup>o</sup> la percussion; elle ne peut fournir quelques signes que lorsque l'hypertrophie et la dilatation accompagnent le rétrécissement; alors selon plusieurs auteurs, l'on pourrait reconnaître à la matité et à la résistance plus grande de la portion



gauche on de la portion droite de la région précordiale, la cavité du cœur affectée.

— 2° Le lieu de la région précordiale où l'on entend le bruit anormal et où la main perçoit le frémissement cataire, (le sternum pour les cavités droites, à gauche de cet os, pour les cavités gauches, ) a été regardé par *Laënnec* comme signe caractéristique. Chez un individu dont parle M. le professeur *Andral*, et chez lequel le cœur n'offrit qu'une énorme dilatation de l'oreillette droite avec légère hypertrophie de ses parois, l'oreille appliquée vers la partie inférieure du sternum, entendait un bruit particulier assez semblable à celui d'une soupape; partout ailleurs les bruits du cœur offraient leur état normal.

— 3° Un moyen qui conduit à un diagnostic plus facile et plus assuré, selon M. *Littre*, consiste à ausculter à une certaine distance du cœur. Ainsi quand il y a rétrécissement au cœur gauche, le bruit morbide qui, à la région précordiale, masque le bruit naturel correspondant du cœur droit, disparaît à mesure qu'on s'éloigne; et dans un point du côté droit de la poitrine, point qu'il faut chercher, on n'entend plus qu'un tic-tac naturel, quoiqu'éloigné. L'endroit où l'on entend le mieux le cœur droit sain, quand le cœur gauche est malade, a été la région épigastrique dans un certain nombre de cas. Si c'est le cœur droit qui est malade, c'est à gauche et loin du cœur qu'il faut chercher les bruits naturels. Enfin, si l'on trouvait loin du cœur et des deux côtés de la poitrine un bruit morbide, on concluerait que les deux moitiés sont affectées.

— 4° Il sera utile de consulter le malade sur le lieu où il éprouve une sensation de choc ou de douleur; dans quelques cas, ses renseignemens auraient pu être utiles.

— 5° Rappelons nous que les rétrécissemens des orifices droits sont infiniment plus rares que ceux des orifices gauches.

— 6° Le pouls est bien plus fréquemment altéré dans les rétrécissemens gauches que dans les rétrécissemens droits, l'artère pulmonaire échappant à notre investigation.

— Le pouls veineux des jugulaires s'observe plus fréquemment et est plus développé dans les rétrécissemens droits que dans les rétrécissemens gauches.

— 7° L'hémoptysie et les troubles de la circulation pulmonaire seraient, selon plusieurs auteurs, plus fréquens et plus intenses dans les rétrécissemens gauches; au contraire, les congestions veineuses de la grande circulation et les congestions séreuses, seraient plus marquées dans les rétrécissemens droits. M. *Pigeaux* affirme cependant que le rétrécissement de l'orifice aortique est, de toutes les affections du cœur, celle qui s'accompagne le plus souvent et de la manière la plus persévérante d'une infiltration générale.

*Diagnostic des rétrécissemens des orifices artériels et des orifices auriculo-ventriculaires.*

1111° Dans le rétrécissement des orifices artériels, le bruit morbide remplace le pre-



mier bruit ; dans le rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires , le bruit morbide remplace le second. Selon M. le professeur *Bouillaud* cet isochronisme ne signifierait presque rien ; car le bruit de soufflet existe très-souvent pendant le double mouvement du cœur ; ce qui se conçoit aisément en réfléchissant que vu l'ouverture permanente que représente l'orifice dont les valvules sont devenues inhabiles à exécuter leurs mouvemens normaux , une certaine quantité de sang peut refluer à travers cette ouverture pendant le diastole ventriculaire si le rétrécissement occupe les orifices artériels, et pendant la systole ventriculaire, s'il affecte les orifices auriculo - ventriculaires 2° Selon M. *Bouillaud*, le pouls est plus irrégulier plus petit plus inégal plus intermittent dans le rétrécissement simple de l'orifice aortique que dans celui de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Selon M. *Hope*, au contraire, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche donne plus constamment que le rétrécissement de l'orifice aortique lieu à l'intermittence et à la petitesse du pouls, peu de sang passant alors de l'oreillette dans le ventricule. Il n'est pas rare, ajoute M. *Hope*, de trouver des rétrécissemens aortiques déjà considérables, qui laissent cependant le pouls dans son état naturel; il faut, ajoute cet auteur, que la coarctation soit portée à un certain degré pour que le pouls devienne faible et petit. 3° Le frémissement vibratoire du pouls signalé par *Corvisart* s'observe plus particulièrement dans le rétrécissement de l'orifice aortique. 4° Ajoutons que les valvules sigmoïdes sont bien plus rarement altérées que celles des orifices auriculo-ventriculaires.

Nous avons jusqu'ici supposé que l'induration des valvules et le rétrécissement des orifices du cœur, étaient déjà parvenus à un degré très avancé. Mais lorsque la maladie n'est encore qu'à son premier degré, il devient moins facile de la diagnostiquer. Un son âpre ou comme étouffé qui accompagne les battemens du cœur, s'il n'existe pas encore un véritable bruit de soufflet, des palpitations et une légère dyspnée habituelle augmentant au moindre exercice, un peu d'œdème autour des malléoles, surtout le soir, voilà des données qui permettent de soupçonner au moins la maladie; et selon M. le professeur *Bouillaud*, rien ne manquera réellement à la certitude du diagnostic si les symptômes dont il s'agit ont succédé à ceux d'une endocardite aiguë.

## § II. Insuffisance des valvules.

Toutes les fois que les valvules du cœur sont mises hors d'état de remplir



leurs fonctions de soupapes et d'empêcher le reflux du sang dans les cavités, il y a *insuffisance*. De nombreuses lésions produisent ce résultat ; telles sont, entr'autres, la transformation fibro-cartilagineuse, cartilagineuse, osseuse ou pétrée des valvules, le raccourcissement des cordes tendineuses, des végétations développées sur le bord libre des valvules dont elles empêchent l'exacte clôture, la destruction partielle du bord libre de ces soupapes, la perforation réticulaire de leur limbe, leur rupture, leur adhérence aux parois correspondantes, la dilatation du commencement de l'artère.

C'est principalement sur les valvules aortiques que MM. *Corrigan, Guyot*, etc. ont observé ces lésions; les autres valvules et notamment la valeur mitrale, n'en sont pas cependant à l'abri.

1° *Insuffisance des valvules aortiques*. Il faut établir ici une distinction importante : tantôt, en effet, les valvules sont tellement imprégnées de sucs calcaires, qu'elles ne peuvent plus s'élever lors de la systole, elles forment un plancher immobile au centre duquel il n'existe qu'une étroite fissure à travers laquelle le sang peut s'échapper. Un deuxième cas est celui où les valvules aortiques permettant aussi le flux pendant la diastole, se relèvent jusqu'à un certain point contre les parois aortiques lorsque la systole ventriculaire s'opère, et offrent ainsi une libre voie au sang. Occupons nous d'abord de ce dernier cas. Les signes qui lui sont propres sont, 1° l'absence du bruit clair, du bruit supérieur du cœur et son remplacement par un bruit de souffle très sensible au cœur lui-même, dans l'aorte ascendante les carotides et les sous-clavières; 2° les pulsations visibles des artères du cou de la tête et des membres supérieurs, pulsations qui deviennent ordinairement beaucoup plus marquées lorsque le malade élève les membres thoraciques qui en sont le siège; elles sont moins énergiques lorsque les membres pendent le long du tronc; 3° la force, la fréquence du pouls et une vibration singulière, sorte de frémissement ou de bouillonnement sensible au toucher. Ces phénomènes (dont les derniers sont principalement dus à l'hypertrophie du ventricule gauche qui accompagne l'insuffisance des valvules) sont caractéristiques par leur réunion, de la lésion qui nous occupe. — En effet, lorsque les valvules sigmoïdes sont tellement indurées, qu'elles restent immobiles et ne laissent entre elles qu'une étroite fissure, il y aura bien reflux du sang dans le ventricule gauche et absence de bruit clair qui sera remplacé par un bruit de soufflet; mais là se borne la ressemblance, car dans ce cas l'on ne rencontre plus le pouls fort et vibrant; au contraire, il est petit et faible, et le bruit de soufflet ne s'étend plus dans l'aorte ascendante. C'est un fait constaté par un grand nombre d'observations de rétrécissement de l'orifice aortique (*M. Guyot*).



Nous pouvons ajouter que dans ce cas, le bruit de soufflet est ordinairement dur, râpeux, tandis que dans le premier cas il est ordinairement pur et large.

Dans l'*insuffisance de la valvule mitrale*, le bruit de souffle existe au premier temps, le pouls est en général faible et irrégulier, quoique l'impulsion du cœur soit forte; c'est du moins ce qui résulte du petit nombre d'exemples que M. Littré connaît.

Quant à l'*insuffisance des valvules pulmonaires* et de la *valvule tricuspidale*, elle est encore trop peu connue pour que je cherche à en tracer la tableau.

Notons qu'un rétrécissement auriculo-ventriculaire pourrait être combiné avec une insuffisance artérielle, ou *vice-versa* (M. Hope), ou qu'un même orifice pourrait présenter à la fois une coartaction et une insuffisance des valvules. On conçoit théoriquement qu'il y aurait alors un double bruit morbide remplaçant le double bruit naturel. Que de difficultés dans l'auscultation !

Les *phénomènes généraux* qui se lient à l'insuffisance des valvules aortiques, doivent évidemment recevoir, de l'étendue du reflux et de l'état actuel du cœur, des modifications remarquables ; ainsi, l'orthopnée, le besoin de l'air frais, l'impossibilité du décubitus supinus n'appartiennent qu'aux derniers degrés de la maladie. — En général les phénomènes généraux sont plus lents à se développer et moins intenses dans l'insuffisance des valvules que dans le rétrécissement des orifices.

La durée de la maladie est très variable. L'énergie contractile du cœur est la sauve-garde du malade, et il faut bien se garder de l'affaiblir par des saignées ; tant qu'elle se soutient, les accidens n'ont pas un danger immédiat ; mais quand la lutte devient inégale, les congestions sanguines et séreuses passives s'établissent, et leur apparition est du plus fâcheux augure.

### § III. Du bruit de soufflet.

Nous avons déjà vu et nous verrons encore que le bruit de soufflet précordial se rencontre dans des conditions variables et nombreuses ; résumons ici les principales d'entr'elles.

1° *Les rétrécissemens des orifices* du cœur. (Par tuméfaction aiguë, par lésions chroniques des valvules, par suite de la formation de masses fibrineuses, etc).

2° *L'insuffisance des valvules.*

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous en avons dit dans les articles précédens.



3° *L'hypertrophie ventriculaire* avec diminution ou augmentation de la cavité. Dans ce cas le bruit de soufflet remplace le premier bruit ou bruit inférieur du cœur, il est synchronique ou à-peu-près avec la pulsation artérielle, il ne se prolonge que bien rarement dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières; enfin le second bruit supérieur du cœur existe. Notons que ces signes sont d'autant plus précieux, que l'on observe quelquefois dans l'hypertrophie ventriculaire, des pulsations artérielles, étendues aux principaux troncs, fortes, soulevant violemment la peau et présentant au toucher un frémissement notable, pulsations qui pourraient faire admettre au premier abord l'insuffisance des valvules.

4° Les *palpitations* sont quelquefois accompagnées de bruit de soufflet. Ce que nous venons de dire de l'hypertrophie ventriculaire est tout-à-fait applicable ici; ajoutons que l'instabilité forme le caractère de ce bruit.

5° Un *état pléthorique* sans aucun signe d'affection du cœur est quelquefois aussi accompagné de bruit de soufflet, et certaines femmes, au rapport de M. le professeur *Andral*, le présentent d'une manière très-marquée au retour de chaque époque menstruelle.

6° Dans l'*anémie* par hémorragie accidentelle, et dans la *chlorose*, l'on observe un bruit de soufflet précordial; mais ce bruit est isochrone à la systole des ventricules; dans l'insuffisance aortique, il lui succède. De plus et c'est un symptôme fort important à signaler, le bruit de soufflet qui se prolonge dans les artères, ordinairement continu et à double courant, se transforme souvent en bruit de *ronflement de diable*, de *roucoulement*, de *muzissement*, de *grondement*, accompagné quelquefois de *sifflement modulé* ou d'une sorte de *chant artériel*; il passe souvent de l'un à l'autre avec une inconcevable rapidité, pour disparaître ensuite complètement, ce qui n'a pas lieu dans l'insuffisance; joignons à l'étude de ces phénomènes l'examen général du malade, et nous aurons les principaux caractères différentiels de ces deux états.

Le stéthoscope, ou une tumeur quelconque, par sa seule pression sur les artères, peut changer en bruit de soufflet le bruit léger, sourd, en quelque sorte mat qu'elles offrent à l'état normal, bruit qui est isochrone ou à-peu-près au premier bruit du cœur et sans frémissement vibratoire. Le bruit de soufflet artériel a été encore entendu dans le cas du passage d'une certaine quantité de sang artériel dans une veine, enfin dans le spasme dont ces vaisseaux artères pourraient devenir le siège selon *Laënnec*.



Les anévrysmes de la crosse de l'aorte sont quelquefois accompagnés de battements visibles à la partie supérieure du sternum auxquels peut se joindre un bruit de soufflet notable. Mais dans ce cas l'un et l'autre phénomènes restent circonscrits au lieu qu'occupe la maladie et ne s'étendent point dans d'autres artères comme dans l'insuffisance aortique; en outre, le bruit supérieur du cœur peut être perçu. Ces signes sont assez positifs pour faire éviter une erreur de diagnostic. — Ce que nous venons de dire de l'aorte s'applique à l'artère innominée.

L'anévrysme de l'aorte peut exister avec le défaut d'action de ses valvules, car la dilatation de ce vaisseau s'étend quelquefois jusqu'à son insertion au ventricule gauche, et l'élargissement de ses parois peut être porté au point d'empêcher que les valvules sigmoïdes se rapprochent et se touchent. Tels furent les premiers cas observés par le Dr Corrigan, et cette double altération lui rendit d'abord le diagnostic plus difficile en ce sens qu'il attribuait à la dilatation anévrysmatique de l'aorte les symptômes qui étaient produits par l'élargissement anormal de son embouchure, comme le bruit de soufflet dans le trajet des principales artères du cou, etc. Lors donc que ces symptômes manqueront en même temps qu'on rencontrera ceux de l'anévrysme de l'aorte, on devra penser que cette dernière maladie n'est pas accompagnée de la dilatation permanente de l'ouverture aortique.

### 3. CARDITE AIGUE.

M. le prof. Bouillaud n'a jamais rencontré de cardite aiguë avec ramollissement et suppuration qui ne fût compliquée de péricardite ou d'endocardite, il avoue que les phénomènes de ces deux dernières phlegmasies ont seuls frappé son attention, et qu'il ne connaît encore aucun signe qui puisse caractériser la cardite. Les recherches que j'ai faites à ce sujet dans les auteurs, m'ont conduit au même résultat.

### 4. RAMOLLISSEMENT DU CŒUR.

Cette altération, dont les formes varient et qui est susceptible de se lier comme complication à toutes les lésions organiques du cœur, s'observe assez souvent seule, indépendamment de toute inflammation actuelle ou antécédante, pendant le cours de certaines affections générales, constitutionnelles, telles que le scorbut, les scrofules, la diathèse purulente et pendant la convalescence d'une longue maladie aiguë, etc.



L'observation n'a pu constater que ce seul fait pour la caractériser localement, savoir : *l'affaiblissement de l'impulsion des contractions du cœur et du pouls, et la disparition plus ou moins complète des bruits qui l'accompagnent.*

Dans le cas où le ramollissement coïncide avec l'hypertrophie, il a paru à Laënnec que la contraction des ventricules était plus lente et comme graduée, en même temps que le bruit qui l'accompagne était plus sourd ; cet auteur ajoute que dans les attaques de palpitations, un cœur ramolli reprend tout-à-coup une énergie très grande et donne des contractions vives, courtes et analogues à des coups de marteau, mais qu'après cette espèce d'effort qui peut durer plusieurs jours, il retombe dans son état habituel de mollesse et de langueur. La petitesse, la fréquence du pouls, la facilité avec laquelle les syncopes se déclarent, l'augmentation rapide de la dyspnée, ont encore été regardées comme symptômes du ramollissement du cœur. Comme on le voit, faute de phénomènes physiques et locaux, le diagnostic de cette affection est encore très-obscur.

#### 5. INDURATION DU CŒUR.

Les symptômes de cette lésion, si variables dans ses formes, sont encore fort peu connus, et les observations que l'on trouve dans les auteurs ne permettent point d'en tracer un tableau général. Il paraît cependant que dans un degré d'induration moyenne, le cœur conserve une *grande force de contraction*, et qu'une induration osseuse ou cartilagineuse d'une moitié ou d'une seule cavité du cœur *renforce considérablement les bruits de contraction de cette organe.*

Cependant, dans un cas signalé par M. le professeur Bouillaud, le ventricule gauche hypertrophié concentriquement était tapissé d'une membrane dure, rénitente, fibro-cartilagineuse, la valvule mitrale partageait cette affection, et aucun phénomène d'auscultation ni de percussion n'avait pu faire soupçonner cette altération complexe.

#### 6. DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES DU CŒUR.

Ce que nous avons dit précédemment s'applique entièrement aux *dégénérescences fibreuses, cartilagineuses et ossiformes du cœur.*

Aucun symptôme ne peut encore faire reconnaître la *dégénérescence graisseuse* de cet organe qu'il ne faut pas confondre avec son *obésité* ou sa *surcharge graisseuse.*



M. le professeur *Chomel* a eu une fois l'occasion de soupçonner l'obésité du cœur chez une personne d'un grand embonpoint, et qui, à plusieurs reprises, avait vu l'oppression qui lui est habituelle augmenter et diminuer alternativement avec l'embonpoint général. Dans un de ces longs accès de dyspnée, M. *Chomel* la soumit à un régime sévère ; il provoqua des évacuations de plusieurs genres, et vit céder de nouveau les palpitations et la gêne de la respiration qui n'avaient pas permis à la malade de se coucher. Quelques auteurs ont cru que l'obésité du cœur pouvait, en comprimant le cœur, arrêter son action, et donner lieu à la mort subite, ou bien prédisposer cet organe à la rupture par l'exténuation de son tissu charnu.

*Cancer du cœur.* — Cette lésion ne reconnaît encore aucun signe particulier. Dans les nombreuses observations que possède la science, on voit que tantôt cette lésion a été tout-à-fait latente, tantôt elle a été accompagnée des phénomènes communs à la plupart des affections organiques du cœur. Dans un seul cas, rapporté par M. le professeur *Andral*, l'on aurait peut être pu soupçonner le cancer du cœur à des accès de douleur atroce, comparée par le malade à la douleur par élancemens que produit une dent cariée, et qui se faisant d'abord sentir à la région précordiale, s'étendait en un quart-d'heure à tout le côté gauche du thorax et s'accompagnait de violentes palpitations ; le malade, dont la face présentait une teinte jaune paille très remarquable, et qui vit bientôt se développer de l'œdème, d'abord aux membres inférieurs puis aux supérieurs et à la face, tomba dans le marasme et la fièvre hectique, et succomba, tout-à-coup, sans agonie. — A l'ouverture du corps, le ventricule droit était occupé par une tumeur bosselée, qui par sa forme et sa saillie considérable, semblait comme un cœur surnuméraire ; s'étendant de la pointe du ventricule à sa base, et dépassant même ce dernier point pour envahir dans l'espace de quelques lignes le tissu de l'oreillette, cette tumeur, de nature encéphaloïde et en partie ramollie, avait remplacé presque en totalité les fibres musculaires ; les autres portions du cœur étaient saines.

Quant aux *tubercules*, aux *kystes*, aux *hydatides* du cœur, aucun symptôme particulier n'a jusqu'ici annoncé leur présence.

La *gangrène du cœur*, observée par quelques auteurs s'est toujours présentée avec de telles complications qu'il n'a pas encore été possible de lui assigner des signes distincts.



7. DE L'HYPERTROPHIE DU TISSU MUSCULAIRE DU CŒUR.

Considérée par rapport à l'état dans lequel se trouve la capacité des cavités qu'elle affecte, l'hypertrophie présente *trois formes* bien distinctes :

La *première forme* est celle où les cavités du cœur conservent leur capacité naturelle en même temps que leurs parois sont plus ou moins épaissies (*hypertrophie simple*).

Dans la *deuxième forme*, il y a augmentation de la capacité des cavités dont les parois sont épaissies (*hypertrophie excentrique* ou *anévrismale*).

Dans la *troisième forme*, il y a diminution notable de la capacité des cavités dont les parois ont augmenté d'épaisseur (*hypertrophie concentrique* ou *centripète*.)

*Signes de l'hypertrophie du cœur en général.*

*Symptômes locaux.* — La percussion donne dans la région précordiale une *matité* qui est en raison composée de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur. Il est possible dans le plus grand nombre des cas de déterminer par la percussion médiate et d'une manière tout-à-fait géométrique, le volume de cet organe.

Suivant M. *Piorry*, la présence du bord antérieur du poumon gauche qui s'avance souvent beaucoup sur le péricarde ne serait point toujours un obstacle à cette délimitation précise, car alors une percussion *forte* sur le plessimètre fera reconnaître profondément un bruit sourd et une sorte de résistance qui indiqueront la présence du cœur.

Suivant le même auteur, les variations de volume du cœur à la suite des saignées, variations que la percussion fait reconnaître, sont un très bon moyen de savoir s'il y a plutôt dilatation qu'hypertrophie. L'organe, volumineux par ses fibres charnues, diminue peu à la suite d'une saignée, tandis que le cœur distendu par du sang est remarquablement moins vaste à la suite d'une évacuation de sang copieuse.

Les bruits du cœur sont *sourds*, *obscur*s et *comme étouffés* si l'hypertrophie est portée à un très-haut degré, et si en même temps les cavités des ventricules ont perdu de leur capacité normale; ils sont d'autant plus prolongés que l'hypertrophie est plus considérable; alors le second bruit est très-bref, peu sonore, et par cela même peu sensible.



Si l'épaisseur des parois est médiocre et si la cavité ventriculaire n'a pas perdu de son étendue, ou même est dilatée, alors les bruits du cœur, *plus forts, plus sonores, plus clairs*, se propagent dans une *étendue considérable* de la poitrine, et sont entendus jusqu'à la partie postérieure de cette cavité.

Il faut se rappeler que l'étendue des bruits du cœur peut être considérablement augmentée par le contact de cet organe avec différentes tumeurs qui jouent le rôle de conducteurs des sons (poumon hépatisé, ou fortement comprimé, cavernes pulmonaires à parois indurées, anévrysmes de l'aorte; hypertrophie du lobe gauche de foie, etc.) Notons en outre que chez les sujets maigres, chez ceux dont la poitrine est étroite et même chez les enfans, les bruits du cœur s'entendent souvent dans toute l'étendue de la poitrine sans en excepter la région postérieure droite, ainsi que sur les parties latérales du cou; endroit où bien souvent leur intensité est presque égale à celle qu'il offrent à la région précordiale elle-même.

L'oreille appliquée immédiatement sur la poitrine fait entendre distinctement à chaque systole ventriculaire le *tintement auriculo-métallique*, comparé au bruit que l'on obtient lorsque la paume de la main étant appliquée sur son oreille, l'on percute légèrement le dos de cette main avec le doigt de celle qui est restée libre. — Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on entend un bruit de soufflet chez les individus affectés d'hypertrophie pure et simple du cœur, et cela n'arrive guère que pendant les accès de palpitations. — L'impulsion des battemens du cœur a une force proportionnelle au degré d'hypertrophie. Dans le cas où celle-ci est très-considérable, les mouvemens du cœur sont visibles dans une grande étendue du côté gauche de la poitrine et vers le creux de l'estomac, ils sont semblables à des *coups de marteau*, ou mieux encore à des *coups de poings*. Ils déterminent un ébranlement sensible à la main, à l'oreille armée ou non du stéthoscope et que l'on peut distinguer souvent à travers les vêtemens et les couvertures des malades.

Notons cependant que l'impulsion du cœur portée au point de soulever la tête de l'observateur, est loin d'être un signe constant de l'hypertrophie. On l'observe en effet assez souvent chez les phthisiques, dont le cœur est généralement plus petit que dans l'état normal; mais chez eux la poitrine étant souvent plus étroite, la pointe du cœur est rapprochée des côtes et sa base de la colonne vertébrale; dès-lors le soulèvement très prononcé des parois du thorax doit en être la conséquence. Quant à l'impulsion vers la région épigastrique, elle peut



être due à ce que le cœur appuie médiatement sur le foie hypertrophié ou sur l'estomac distendu par des gaz.

La pointe du cœur est plus *déviée à gauche* qu'à l'état normal ; elle soulève le sixième, le septième et quelquefois le huitième espace intercostal, tandis que les mouvemens de la base de cet organe répondent au troisième ou même au deuxième espace intercostal ; car le cœur, hypertrophié est ordinairement placé transversalement ou à-peu-près dans le côté gauche de la poitrine. — Hors le cas de complications diverses, (retrécissement, affections nerveuses, exercices un peu fatigans), les battemens du cœur sont *réguliers* et ne sont pas plus fréquens qu'à l'état normal ; ils sont même quelquefois plus lents. Remarquons ici qu'il est des individus qui ont naturellement le pouls très-lent (40 p.) et chez lesquels le mouvement fébrile ne donne pas 60 à 70 pulsations par minute. — Rappelons encore que certaines affections cérébrales ainsi que l'emploi de la digitale diminuent souvent de beaucoup la fréquence des battemens du cœur.

Lorsque l'hypertrophie est considérable, il existe dans la région précordiale une *voussure* que l'on constate par l'inspection, par l'application de la main, et quelquefois encore par la mensuration. Cette voussure est accompagnée d'un élargissement plus ou moins marqué des espaces intercostaux de la région qu'elle occupe. L'hypertrophie du cœur n'est point accompagnée de douleur dans la région précordiale ; seulement lorsqu'elle est très-considérable, quelques malades disent éprouver dans cette région, ainsi que vers le creux de l'estomac un sentiment, de gêne et de poids incommode.

La voussure, la matité, les battemens violens et isochrones à ceux du pouls, le bruit de soufflet que l'on observe dans quelques cas d'hypertrophie, ont quelque analogie avec les phénomènes que l'on observe dans l'anévrysme de l'aorte. Mais dans cette dernière affection, la tumeur qui s'est fait jour au travers des parois détruites du thorax se montre *non à gauche du sternum*, mais sur cet os même, ou à sa droite, ou au-dessus de lui ; elle a une forme irrégulièrement arrondie ; le toucher peut distinguer à sa circonférence le point où la continuité est interrompue. En outre, cette tumeur qui est assez souvent le siège d'un *frémissement cataire*, offre des battemens *éclatans*, blessant parfois l'oreille, ordinairement *simples*, quelquefois cependant doubles, selon les rapports qu'elle a avec le cœur lui-même.

*Symptômes généraux.* — Le pouls, dans l'hypertrophie simple et anévrysmale



du cœur, est fort, grand, large, bien détaché, *vibrant*, régulier. Dans l'hypertrophie concentrique, le pouls conserve de la raideur et de la vibrance, mais il est peu développé, comme embarrassé ou comprimé. En général l'on observe une tendance aux hémorrhagies dites actives et une chaleur un peu plus élevée qu'à l'état normal. Ce n'est que dans les cas où l'hypertrophie est compliquée avec d'autres lésions propres à opposer un obstacle au cours du sang veineux, et l'hypertrophie concentrique poussée très-loin est dans ce cas, qu'il survient des congestions passives, soit de sang, soit de sérosité. Si le cœur est énorme, la respiration devient fréquente, courte, difficile et même encore dans ce cas, il est rare que la compression du poumon, soit la seule cause de la dyspnée. Les fonctions de la locomotion de l'innervation et de la digestion ne sont pas en général notablement lésées dans le cas d'hypertrophie pure et simple.

La marche de cette affection est le plus ordinairement lente et graduée.

#### *Diagnostic de l'hypertrophie du ventricule gauche.*

La matité, la voussure et les battemens se trouvent à leur maximum d'intensité dans la région des cartilages des cinquième, sixième, septième et même huitième côtes. Pouls fort, tendu, vibrant, visage vermeil, yeux animés, bouffées de chaleur à la tête à des intervalles plus ou moins éloignés, étourdissemens, saignemens au nez. L'apoplexie est regardé dans certains par plusieurs auteurs comme un effet de cette hypertrophie.

#### *Diagnostic de l'hypertrophie du ventricule droit.*

Les battemens du cœur, les palpitations se font particulièrement sentir sous la partie inférieure du sternum; c'est là surtout que se trouve la matité, et à moins que cette hypertrophie ne soit compliquée de celle du ventricule gauche, ce qui est à la vérité très-commun, le pouls ne présente pas la force et la vibrance dont nous avons parlé plus haut. L'on observe souvent une tendance aux congestions sanguines des poumons et même de temps en temps l'expectoration d'une certaine quantité de sang pur et vermeil. *Le pouls veineux* qui existe fréquemment avec l'hypertrophie du ventricule droit, se rapporte non à cette hypertrophie elle-même, mais à une lésion quelconque qui entraîne l'insuffisance de la valvule tricuspide.



*Diagnostic de l'hypertrophie des oreillettes.*

Les signes de l'hypertrophie et de la dilatation des oreillettes sont bien moins connus que ceux qui caractérisent la même lésion dans les ventricules.

Chez un individu dont parle M. le professeur *Andral*, et dont le cœur n'offrit qu'une énorme dilatation de l'oreillette droite avec légère hypertrophie de ses parois, l'oreille appliquée vers la partie inférieure du sternum entendait un bruit particulier assez semblable à celui d'une soupape; partout ailleurs les bruits du cœur offraient leur état normal.

Dans un cas d'hypertrophie avec dilatation de l'oreillette gauche, M. le professeur *Bouillaud* a vu distinctement un mouvement d'impulsion communiqué à la région sus-mammaire gauche à un pouce environ au-dessous de la clavicule; le doigt appliqué sur cette région était comme repoussé par un choc très marqué. — Les battemens ventriculaires se faisaient sentir à deux pouces plus bas.

8. ATROPHIE DU CŒUR.

L'atrophie du cœur se distingue en *congéniale* et en *accidentelle*.

Selon ses divers degrés, l'atrophie accidentelle du cœur peut faire perdre à cet organe le quart, le tiers et même la moitié de son poids et de son volume normaux. Il est important de remarquer que le poids et le volume du cœur ne diminuent pas toujours de concert ou dans les mêmes proportions, ce qui dépend surtout de ce que les cavités de cet organe, à l'état d'atrophie, loin de perdre toujours de leur capacité, en augmentent quelquefois. M. le professeur *Bouillaud* établit les diverses espèces ou formes suivantes :

1<sup>re</sup> forme. Parois amincies, sans changement notable de leur capacité, de telle sorte que le volume du cœur est peu diminué. (*Atrophie simple.*)

2<sup>e</sup> forme. Parois amincies, capacité augmentée. (*Atrophie excentrique ou anévrysmale.*) Pour distinguer cette forme d'atrophie des cas où l'amincissement est le simple résultat de la distension des cavités, un des meilleurs moyens, c'est de peser le cœur.

3<sup>e</sup> forme. Parois d'épaisseur égale ou même supérieure à celle qui constitue



l'état normal, mais la capacité est diminuée. C'est la forme la plus commune. (*Atrophie concentrique.*)

Les signes de l'atrophie du cœur sont les suivans : Il n'existe pas ou presque pas de matité dans la région précordiale ; la main ou l'oreille sent difficilement le choc du cœur, dans l'état de calme, et ce choc semble produit par une masse moins volumineuse qu'à l'état normal, (à moins de complication de l'atrophie avec une dilatation considérable, cas dans lequel à la vérité, l'impulsion du cœur est presque nulle.) Les battemens de cet organe sont petits, concentrés ; le bruit qui les accompagne est faible et l'est d'autant plus que ses cavités sont plus étroites et les parois plus épaisses par suite de leur retrait.

Le pouls est petit, mince, étroit, assez dur et résistant dans l'atrophie concentrique ; mou, faible, mais assez large dans l'atrophie excentrique. L'amaigrissement général du sujet, qui coïncide ordinairement avec l'atrophie du cœur, pourra faire présumer d'avance l'existence de cette dernière affection, sans permettre cependant de l'affirmer.

Quant à l'*atrophie congénitale* du cœur, n'entraînant, dit M. le professeur Chomel, aucun désordre dans la circulation, elle n'a pas de signes qui puissent la faire reconnaître ; la percussion même ne peut être ici que d'un faible secours.

#### 9° DILATATIONS.

##### DILATATION DES CAVITÉS ET DES ORIFICES DU CŒUR.

La dilation peut être générale ou suivant toute la circonférence *Anévrysme actif* de Corvisart, si les parois sont épaissies. — *Anévrysme passif*, si les parois sont amincies. Nous avons indiqué ses signes en parlant de l'*hypertrophie* et de l'*atrophie*.

Quant à la *dilatation partielle* et aux *tumeurs anévrysmales* ou *anévrysmes partiels* du cœur, dans aucun des 15 à 18 cas aujourd'hui connus la maladie n'a même été soupçonnée. Sans doute l'emploi éclairé du toucher, de la percussion et de l'auscultation nous procurera par la suite quelques lumières sur le diagnostic de ces tumeurs.

Quant à la *dilatation des orifices*, elle rentre dans l'étude que nous avons faite de l'*insuffisance des valvules*.



10° RÉTRÉCISSEMENT DES CAVITÉS ET DES ORIFICES DU CŒUR.

(Voyez *atrophie*, *hypertrophie concentrique*, *maladies des valvules et des orifices*).

11° DÉPLACEMENT DU CŒUR (*Ectopie*).

Les déplacements du cœur seront facilement reconnus par la percussion, l'auscultation, la palpation et l'inspection qui permettent de déterminer le lieu précis qu'occupe cet organe. On distinguera le simple déplacement du cœur à droite d'avec la transposition, par l'examen des autres viscères, dont on reconnaît la transposition. Chez les sujets qui ne succombent pas immédiatement après leur naissance, le diagnostic des *hernies du cœur* se fonde sur les mêmes données que celui des simples déplacements.

12° COMMUNICATION ANORMALE DES CAVITÉS DROITES ET DES CAVITÉS GAUCHES DU CŒUR, LES UNES AVEC LES AUTRES.

Dans presque tous les cas observés jusqu'ici cette communication n'existe pas à son état de simplicité; au contraire, elle est presque toujours compliquée de diverses lésions, telles que l'hypertrophie du cœur, spécialement des cavités droites, le rétrécissement des orifices de cet organe et de l'artère pulmonaire, diverses lésions des valvules, etc. Or, si nous dégageons tous les symptômes qui appartiennent à ces lésions coïncidentes, (matité dans la région précordiale, palpitations, frémissement cataire, bruit de soufflet, inégalité, irrégularité, intermittence du pouls, congestions veineuses et séreuses, etc.), il ne restera rien ou presque rien pour caractériser la communication entre les cavités droites et gauches du cœur.

Les signes suivans ont cependant été indiqués par la plupart des auteurs, *M. Louis*, en particulier. — *Cyanose*, elle qui manque cependant quelquefois, syncopes plus ou moins fréquentes, sensibilité au froid, ou diminution de la chaleur vitale, étouffement plus marqué que dans les autres maladies du cœur, suffocation qui revient par accès plus ou moins exactement périodiques ou du moins très fréquens, accompagnée ou suivie de lipothymies, provoquée par les moindres causes (caractère fort important). La co-existence d'un frémissement cataire ou d'un bruit de soufflet dans la région précordiale ajouterait beaucoup de valeur au signe précédent, si surtout ces deux phénomènes étaient permanens, et non accompagnés de collections séreuses passives.



15° RUPTURE DU CŒUR.

La rupture *spontanée* du cœur est dans la plupart des cas le résultat, la terminaison d'altérations variées dont cet organe est le siège. On l'observe plus souvent sur le cœur gauche que sur le droit (la rupture *traumatique* affecte un siège contraire).

La mort plus ou moins subite, tel est le résultat ordinaire de cette lésion ; tantôt les individus qui y succombent n'avaient ressenti jusque-là aucun signe qui pût faire soupçonner la moindre affection du cœur et des gros vaisseaux, c'est alors que la rupture du cœur constitue une maladie qui commence et finit pour ainsi dire en même temps. Tantôt les individus qui succombent à cette lésion ont éprouvé pendant plus ou moins long-temps différens symptômes ordinairement communs aux maladies du cœur, dans quelques cas ils pouvaient simuler jusqu'à un certain point des accès d'angine de poitrine.

Quant aux symptômes qui se rapportent au déchirement lui-même et au moment où il s'effectue, ils consistent en une sensation de chaleur brûlante, en une douleur vive et profonde, sorte de constriction, en la sensation d'un poids incommode dans la région cardiaque, phénomènes survenus subitement, et subitement accompagnés d'une grande anxiété, d'une faiblesse extrême, d'une pâleur et d'un froid remarquables, d'une altération profonde des traits, de la fréquence et de la petitesse du pouls. La matité de la région précordiale pourrait peut-être alors faire reconnaître l'épanchement dans le péricarde. Quelquefois le malade n'a que le temps de témoigner par un cri, par un geste que c'est l'organe central de la circulation qui est mortellement atteint ; d'autre fois il tombe silencieux et comme foudroyé. En général la mort par rupture spontanée des cavités du cœur est une des plus instantanées, elle devance celle qui résulte de la brusque coagulation du sang qui circule dans le cœur, des plaies faites aux plus gros vaisseaux ou de l'apoplexie des parties centrales du système cérébro-spinal. La rupture traumatique du cœur ne tue pas aussi vite, quelquefois elle donne à l'individu qui en est atteint un temps de vie assez considérable ; cette rupture, en permettant au sang de s'extravaser dans la plèvre, l'empêche d'affaîsser immédiatement les cavités du cœur et de les rendre imperméables, ce qui a lieu dans la rupture spontanée (*M. Pigeaux*).

La rupture peut être *partielle*. Celle des colonnes charnues et tendineuses paraît avoir été due à des efforts violens. Un étouffement subit et très-intense fut le premier effet de cet accident ; le pouls devint irrégulier, intermittent,



inégal ; les battemens du cœur devinrent confus ; rarement une mo... prompte eut lieu. Dans les ruptures partielles de la cloison des ventricules ou des oreillettes, il peut survenir, selon quelques auteurs, une cyanose plus ou moins marquée et même un bruit de soufflet simple ou sibilant. (M. Tarral.)

Enfin la rupture de l'une des valvules est un des cas d'insuffisance dont nous avons parlé.

#### 14° DES AFFECTIONS DES NERFS DU CŒUR.

Parmi ces affections, les unes offrent des lésions appréciables et matérielles ; elles sont encore fort peu connues ; les autres, sans lésions appréciables, ont reçu le nom de *névroses*.

*Palpitations nerveuses.* — Elles s'observent dans une foule de cas très-différens les uns des autres (affections vives de l'âme, tristesse, nostalgie, excès des plaisirs vénériens, des travaux intellectuels, irritation gastrique, constipation, anémie, chlorose) ; elles consistent en des mouvemens tumultueux, forts et fréquens, sentis par les malades et accompagnés souvent d'un sentiment de malaise et d'anxiété difficile à caractériser, siégeant dans la région précordiale avec tendance aux défaillances et à la syncope. Les battemens du cœur augmentent alors de force, et sont entendus quelquefois à distance ; le *bruit de souffle*, le *tintement auriculo-métallique*, ont souvent lieu ; tous ces phénomènes disparaissent aussitôt que le cœur est à son état de calme.

Les *palpitations chlorotiques* offrent plus spécialement le bruit de soufflet ; les artères d'un grand calibre, et spécialement les carotides et les crurales font entendre des bruits variés (*ronflement de diable*, *bourdonnement*, *roucoulement*, *sifflement*, *son musical*, etc.) M. le professeur Bouillaud regarde ce phénomène comme un des caractères les plus constans de la chlorose confirmée.

Quant à distinguer si les palpitations sont nerveuses ou liées aux lésions organiques du cœur, la solution de ce problème important est fournie surtout ;

1° Par la percussion, l'auscultation, ainsi que par la vue et le toucher, moyens qui permettent pendant la durée des palpitations et surtout pendant les momens de calme de s'assurer que le cœur n'est point notablement augmenté de volume, que les valvules fonctionnent bien, que les orifices sont libres, etc.

2° Les congestions veineuses, les hydropisies, qui ne manquent presque jamais de se montrer dans une période avancée des affections organiques du cœur, ne se rencontrent point ordinairement dans les palpitations purement nerveuses.

3° Le plus souvent les palpitations affectent une marche irrégulièrement in-



termittente. Notons cependant que plusieurs graves altérations du cœur et des gros vaisseaux offrent des symptômes intermittens, des paroxysmes plus ou moins violens, soit sans cause connue, soit à la suite d'un excès de régime, d'un exercice forcé, d'une affection morale vive, etc. Enfin les altérations organiques peuvent coexister avec une névrose intermittente du cœur, et présenter à la faveur de cette maladie surajoutée, la fausse apparence d'une périodicité, d'une intermittence qui leur soit propre.

4° Les affections purement nerveuses du cœur, les palpitations surtout, sont ordinairement compliquées de maladies de même nature dans plusieurs autres organes, tels que l'estomac, les organes de la respiration, les sens externes; ce qui n'a pas lieu dans les affections organiques.

5° La durée des palpitations est presque illimitée, il n'en est pas de même des affections organiques du cœur, au développement desquelles les premières paraissent cependant contribuer.

6° Le traitement enfin pourra jeter quelque lumière sur ce diagnostic.

Rien n'est plus facile, dit M. le professeur *Bouillaud*, de distinguer si les palpitations sont nerveuses ou liées aux lésions organiques du cœur, dans les cas extrêmes, rien n'est plus délicat dans les cas intermédiaires; ce n'est alors qu'en pesant avec l'attention la plus éclairée toutes les circonstances de la maladie qu'on a sous les yeux, qu'on peut alors résoudre complètement ou du moins d'une manière très-approximative le problème de diagnostic différentiel ci-dessus posé.

Quant aux *névralgies* du cœur signalées par quelques auteurs (*Laennec*, *Elliottson*), et qui consisteraient en une douleur soudaine traversant diagonalement le cœur; quant au *spasme* de cet organe, avec bruit de soufflet et bruit cataire (*Laennec*), les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit possible d'en établir le diagnostic. — Nous parlerons plus bas de l'*angine de poitrine*. Ajoutons que M. le professeur *Andral* a vu à la Charité, une jeune femme qui de temps en temps était prise d'une vive douleur à la région précordiale, douleur qui s'irradiait en divers points du thorax et dans les bras; avec violentes palpitations et un pouls filiforme; ces accidens disparaissaient après avoir duré quelques minutes, quelquefois jusqu'à 24 ou 30 heures; dans leurs intervalles, on ne retrouvait plus rien d'insolite dans l'appareil circulatoire; ils étaient souvent remplacés par d'autres symptômes nerveux et entr'autres par des symptômes de *chorée*.

Dans la *syncope*, l'auscultation attentive de la région précordiale reconnaît l'absence complète des battemens du cœur. Cet état ne doit pas être confondu avec l'asphyxie et d'autres formes de perte de connaissance où l'auscultation fait reconnaître les battemens de cet organe.



15° MALADIES DES VAISSEAUX CARDIAQUES.

De toutes les altérations dont les vaisseaux du cœur peuvent être atteints, l'incrustation ossiforme des artères est la plus fréquente. Cette altération peut exister sans qu'aucun phénomène l'ait décélée. D'autres fois l'on observe le groupe de symptômes qui constitue l'*angine de poitrine*. Sans aucun doute l'ossification des artères est la plus fréquente de toutes les altérations trouvées après cette maladie, et dont les principales sont l'accumulation de graisse sur le péricarde ou sur le cœur, des lésions organiques diverses du cœur et des gros vaisseaux, leur déplacement, leur compression par suite de la tuméfaction de quelque organe de l'abdomen, diverses altérations des organes respiratoires, etc.

On doit même reconnaître que dans les cas si rares où la maladie s'est montrée à l'état simple, c'est-à-dire sans aucun des symptômes propres aux maladies connues du cœur, c'est l'ossification des artères du cœur qui s'est rencontrée seule (*Jurine-Kreysig*). M. *Dance* a communiqué à la Société Médicale d'Émulation l'histoire de deux cas d'angine de poitrine, dans lesquels ni les phénomènes durant les accès et dans leur intervalle, ni les signes fournis par l'auscultation, n'indiquaient de lésion particulière du cœur. Après la mort de ces malades, l'autopsie cadavérique ne fit découvrir dans le cœur aucune altération, sinon dans un cas, l'ossification des artères coronaires; ces artères n'avaient pas été examinées dans l'autre.

16° DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR.

Ces concrétions se forment principalement dans les cavités droites; les oreillettes y sont plus sujettes que les ventricules. — Tantôt elles sont amorphes, ne diffèrent point notablement du caillot que l'on rencontre dans le vase dans lequel on a recueilli le sang d'une saignée, et si elles ne sont pas des produits cadavériques, elles ne datent du moins que de peu d'instans avant la mort. — Tantôt elles sont organisées à différens degrés, et remontent de toute nécessité à une époque très antérieure à la mort.

Pour diagnostiquer les concrétions sanguines du cœur, il faut qu'elles aient un volume tel qu'elles opposent un très notable obstacle à la circulation.

Les auteurs ont signalé une matité anormale dans la région précordiale, et dont le siège dans telle ou telle partie de cette région indiquerait le siège particulier de la concrétion (*M. Legroux*); des battemens tumultueux du cœur avec obscurité, et pour ainsi dire, matité des bruits qui les accompagnent; un bruit de *soufflet* tantôt simple, tantôt *sibilant*, parfois un bruit de *piaulement*; l'étouffement, l'orthopnée, des congestions veineuses, suivies chez quelques individus de



perte de connaissance avec état comateux, ronflement stertoreux, petitesse du pouls, froid glacial des extrémités, et bientôt de tout le corps.

Lorsque tous ces phénomènes se manifestent dans le cours d'une maladie aiguë du cœur (endocardite, péricardite), qui jusque là n'avait pas été accompagnée d'un trouble très considérable dans les fonctions de la respiration de la circulation, ou bien encore dans le cours de toutes les inflammations franches accompagnées d'une violente réaction fébrile, et dans lesquelles le sang fourni par les saignées présente une couenne bien marquée, il est extrêmement probable qu'il s'est formé des concrétions sanguines dans les cavités du cœur.

Quant aux concrétions vraiment polypeuses, dont la formation remonte à une époque éloignée de la mort, il est impossible jusqu'à présent de faire la part qui leur revient dans la série des désordres nombreux qu'entraînent les maladies du cœur en général.

---

Nous venons de passer succinctement en revue les symptômes généraux et locaux des maladies aiguës et chroniques du cœur, nous pouvons tirer de cet examen les assertions suivantes qui résument notre réponse à la question proposée :

1° Les *symptômes généraux* dépendant d'une *réaction sympathique* du cœur sur plusieurs appareils de l'économie, sont très variables.

2° Les *symptômes généraux* dus à la *réaction physique et mécanique* du cœur sur plusieurs appareils de l'économie, sont d'une grande importance dans le diagnostic des affections de cet organe. — Ils peuvent faire reconnaître dans bien des cas, non-seulement que le cœur est affecté, mais encore faire soupçonner qu'il l'est de telle ou telle manière.

3° Les *symptômes locaux* fournis par la *percussion*, l'*auscultation*, la *palpation* et l'*inspection* étant ceux qui nous fournissent les données les plus précises, les plus directes sur l'état matériel du cœur, ont une immense valeur, surtout par leur réunion. Aussi le diagnostic des affections nombreuses de cet organe a-t-il fait depuis la découverte presque récente de la percussion et de l'auscultation en particulier, d'incontestables et d'immenses progrès.