

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET SIGNES LOCAUX

Les uns sont physiques, les autres fonctionnels.

ART. I. — SYMPTOMES FONCTIONNELS.

Ils se divisent naturellement en quatre classes fondées sur les méthodes d'examen qu'on peut mettre en usage dans la pratique. La conformation de la région précordiale ne permet pas d'apprécier directement le volume, la forme, les rapports du cœur, comme cela se fait pour les organes abdominaux. On n'obtient ces renseignements que par une voie détournée, c'est-à-dire en employant les procédés de l'auscultation, de la percussion, etc.; et, par conséquent, on ne peut pas séparer les résultats qu'on désire obtenir des procédés qui servent à les trouver.

Nous étudierons donc successivement les signes qui sont fournis par l'*inspection*, la *palpation*, la *percussion* et l'*auscultation*.

§ I. — Signes fournis par l'inspection.

A l'aide de l'inspection, on reconnaît la *voussure* de la région précordiale, sa *dépression*, l'*écartement des côtes*, le *choc du cœur*, les *battements de l'épigastre*.

I. — DE LA VOUSSURE DE LA RÉGION PRÉCORDIALE.

Chez un homme bien fait, les deux côtés de la poitrine sont égaux et parfaitement symétriques en avant et en arrière, et la région du cœur ne se fait remarquer par aucune modification particulière de forme; mais il n'en est plus de même dans l'état pathologique; cette région peut s'élever d'une manière visible, ce qui constitue alors la *voussure*.

Caractères. La voussure qui tient aux affections du cœur est située à gauche du sternum et en dedans du mamelon. Cette saillie est formée, tout à la fois, par la projection en avant des cartilages des côtes et par l'effacement des espaces intercostaux qui sont moins déprimés, moins creux que ceux du côté opposé. Nous ne saurions admettre qu'elle dépende de la paralysie des muscles intercostaux, comme le dit M. Gendrin (1).

Dans les cas de voussure simple ou commençante, ces espaces seuls sont élevés lorsque les côtes ne sont pas encore projetées en avant. La voussure s'étend généralement de la troisième à la cinquième ou sixième côte; souvent elle n'est bien prononcée que vers la base, tandis qu'à la pointe il y a une sorte de dépression, et réciproquement. Son étendue varie donc de quelques centimètres à un décimètre; elle est généralement plus longue que large. Sa forme est celle d'une convexité fort légère, peu saillante au centre, à bords plus ou moins nettement arrêtés: chez quelques individus elle se confond avec la saillie du bord inférieur du grand pectoral, quelquefois facile, le plus ordinairement difficile à apprécier; on se placera donc successivement à gauche et à droite du malade, pour comparer le volume des deux côtés du thorax; mais il vaut mieux faire coucher très-symétriquement le malade, se mettre au pied de son lit, et examiner comparativement les deux côtés de la poitrine; on peut également faire cet examen le malade étant assis ou debout.

On a conseillé, pour constater la voussure précordiale, de mesurer la poitrine avec un ruban métrique. (Voyez *Mensuration* dans les maladies des poumons.) Ce moyen est absolument infidèle. La voussure n'est jamais assez prononcée, à moins de cas tout à fait exceptionnels, pour donner une différence, en faveur du côté gauche de la poitrine, de plus de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Or, les différences normales entre les côtés de la poitrine peuvent aller jusque-là, et, de plus, les erreurs d'observation peuvent donner aussi le même chiffre; il s'ensuit que si dans un cas de voussure réelle du cœur on trouvait, en faveur du côté gauche de la poitrine, une augmentation de 2 centimètres, on serait tenté de ne l'attribuer qu'à une

(1) Gendrin, *Maladies du cœur*, p. 365.

erreur d'observation ou à une conformation particulière du thorax ; de sorte que, loin d'être un auxiliaire utile, la mensuration deviendrait alors une source d'erreur. On dira que, dans quelques cas, la voussure est telle, qu'on peut trouver une dilatation de plusieurs centimètres ; nous ne le nions pas ; mais, quand il en est ainsi, elle est suffisamment visible, et alors la mensuration est inutile. Nous considérons donc la mensuration comme infidèle ou superflue.

Caractères différentiels. Avant d'établir la valeur de la voussure, nous devons mentionner les circonstances où elle peut être produite par d'autres causes que les maladies du cœur. Il y en a cinq principales : une conformation naturellement vicieuse de la poitrine, l'emphysème pulmonaire, la pleurésie, le pneumothorax, la saillie des muscles pectoraux.

Sénac, il y a déjà longtemps, avait signalé une conformation vicieuse du thorax commune à quelques individus, et dans laquelle on remarque une voussure ou incurvation des côtes au-devant du cœur, mais il n'avait guère porté son observation plus loin. M. Piorry a repris dernièrement ce sujet et a fait voir que cette disposition est ordinairement liée à une incurvation de la colonne vertébrale, qui forme une légère convexité du côté gauche. Par suite de cette disposition, les côtes gauches sont reportées en avant et elles subissent une flexion au niveau de l'articulation avec leurs cartilages ; il y a alors une asymétrie prononcée, qui n'est pas seulement visible au niveau du cœur, mais qui affecte tout le thorax et se traduit en arrière par une disposition inverse de celle qu'on remarque en avant : là, en effet, l'angle des côtes du côté droit est saillant, tandis qu'il est un peu déprimé à gauche. Cette espèce de distorsion a des caractères si tranchés, qu'il est inutile que nous y insistions : s'il n'y a aucun autre phénomène du côté du cœur, il sera très-facile d'en reconnaître la véritable origine ; mais elle peut être cause de quelques difficultés chez des malades chlorotiques et qui se plaignent de palpitations ; on s'attachera alors à l'examen des phénomènes concomitants et aux phénomènes fournis par la percussion.

L'emphysème pulmonaire donne aussi lieu à une voussure qui peut d'autant mieux simuler celle du cœur, qu'elle

siège très-souvent au bord antérieur des poumons ; mais cette élévation est toujours accompagnée d'une sonorité extrême, et de plus, il est rare qu'elle occupe seulement la région précordiale ; elle siège en effet aussi souvent à droite qu'à gauche, et plus fréquemment dans les régions sus et sous-claviculaires ; enfin l'auscultation lèvera tous les doutes en signalant des troubles respiratoires, la faiblesse du mouvement d'inspiration, l'expiration prolongée, des râles sibilants, et l'absence de phénomènes anormaux du côté du cœur, etc. Nous avons vu souvent l'emphysème accompagner les maladies du cœur, mais il est fort rare alors que le poumon passe au-devant du cœur ; celui-ci, au contraire, se dégage du poumon, émerge en quelque sorte, pour venir toucher la paroi de la poitrine, et forme une voussure résistante et mate à la percussion.

Nous avons vu, au numéro 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. Bouillaud), un malade atteint d'emphysème et d'hypertrophie du cœur, qui présentait en même temps les deux genres de voussure. Il était facile de distinguer celle qui appartenait à chaque affection : la poitrine était généralement globuleuse ; il y avait, en avant et des deux côtés, de la voussure sus et sous-claviculaire. Celle du côté gauche se confondait avec celle du cœur ; mais au niveau de cet organe, de la deuxième côte à la cinquième, le soulèvement était plus fort, les côtes étaient écartées, elles résistaient plus fortement à la pression, et il existait une forte matité précordiale.

Cependant il peut y avoir de la difficulté à reconnaître si la voussure tient au cœur ou au poumon, quand celui-ci s'interpose entre le cœur et le thorax, ce qui se voit quelquefois.

Un épanchement pleurétique peu étendu, circonscrit par des adhérences, peut aussi induire en erreur, mais il est rare qu'il ne se prolonge pas en bas et en dehors ; alors on ne saurait rapporter au cœur la voussure qu'il détermine.

Le pneumothorax détermine également une voussure plus ou moins considérable du côté affecté. L'erreur ne saurait être ici de longue durée. Outre que la voussure n'est pas limitée à la région précordiale, la percussion détermine une sonorité tympanique bien autrement prononcée que celle de l'emphysème, et qui suffit à elle seule

pour démontrer que la voussure n'est pas due à l'augmentation du volume du cœur.

Nous ne faisons que mentionner la voussure qui peut être due à un excès de volume des muscles pectoraux. Chez les individus très-développés, cette espèce d'hypertrophie peut en imposer au premier abord; mais on reconnaît, par la palpation, que les côtes ne sont pour rien dans la saillie en question.

Maladies dans lesquelles la voussure se rencontre.— Valeur diagnostique.

La voussure dépendant des maladies du cœur se rencontre surtout dans l'hypertrophie, la péricardite avec épanchement, l'endocardite, les tumeurs anévrysmales de l'aorte.

Celle de l'**hypertrophie**, qui dépend du volume augmenté du cœur, est ordinairement assez élevée, quelquefois générale, quelquefois bornée à la base de l'organe; elle résiste beaucoup à la pression et offre une matité qui n'est pas aussi absolue que celle d'un épanchement. Le cœur est d'ailleurs sous la main et sous l'oreille; on en sent les battements. Enfin elle est permanente: ce caractère a une grande importance.

Dans la **péricardite avec épanchement**, la voussure ne se manifeste que quand il y a une grande quantité de liquide, 500 à 1,000 grammes; une quantité de 100 à 200 grammes ne la produit pas d'une manière sensible. Elle est plus générale, plus étendue que dans le cas précédent, et jamais limitée à la base; elle est mate à la percussion, *tanquam percussi femoris*; le cœur ne se sent plus, on ne l'entend plus que dans l'éloignement. Enfin cette voussure se modifie facilement et quelquefois avec une rapidité surprenante; une saignée copieuse la fait quelquefois disparaître. M. Bouillaud insiste avec raison sur ce caractère, et nous l'avons observé nous-mêmes bien des fois. Ces changements rapides mettent souvent des médecins dans un grand embarras, surtout dans les hôpitaux. Un malade affecté de péricardite avec voussure entre le soir à l'hôpital, on lui fait une saignée; le lendemain on annonce l'existence d'une

voussure, on la cherche, mais elle n'existe plus; on croit avoir été dupe d'une illusion, et l'on peut passer, aux yeux des assistants, pour avoir porté un diagnostic erroné.

Nous avons dit plus haut que la persistance de la voussure est le propre de l'**hypertrophie**. Voici un cas où ce caractère a été extrêmement utile.

Un homme de trente ans, couché au numéro 17 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. Bouillaud, juin 1853), était affecté de pleurésie gauche avec épanchement abondant; le jour de l'entrée, on constata une forte voussure précordiale avec matité, éloignement des bruits du cœur, et l'on diagnostiqua, outre la pleurésie, un épanchement dans le péricarde. Plusieurs saignées générales et locales procurèrent, en quelques jours, la résorption des deux épanchements; il se manifesta un frottement péricardique très-prononcé, mais la voussure persista; on songea alors à une hypertrophie du cœur, et l'on apprit en effet que, depuis plusieurs années, le malade avait des accidents du côté de cet organe. L'abaissement de la pointe, des bruits anormaux, un œdème des jambes, qu'on n'avait pas su expliquer jusqu'alors, confirmèrent ce diagnostic, sur la voie duquel on avait été mis par la persistance de la voussure.

Ainsi cette persistance sera un caractère différentiel très-utile entre les péricardites et les hypertrophies.

Pourtant il ne faut pas méconnaître que les épanchements chroniques (hydropéricarde et péricardite chronique) donnent aussi lieu à une voussure persistante, mais ces cas sont toujours rares en comparaison des deux précédents.

C'est surtout aux travaux de M. Louis et de M. Bouillaud qu'on doit la connaissance de la voussure dans la péricardite et dans l'hypertrophie.

L'**endocardite**, selon M. Bouillaud, donne aussi lieu à une voussure, qui serait alors le résultat de la tuméfaction fluxionnaire du cœur et d'un épanchement extra-cardiaque dû à la péricardite qui accompagne si habituellement l'endocardite.

Nous ferons remarquer, en terminant, que toutes les maladies, et même les hypertrophies, les épanchements, ne donnent pas toujours lieu à la voussure, et que l'absence

de ce phénomène ne prouve pas contre l'existence de ces maladies. En effet, dans l'hypertrophie, la voussure ne se manifeste que quand le cœur a un volume déjà considérable et qu'il est à l'étroit dans la poitrine; et, d'un autre côté, il peut arriver qu'au lieu d'émerger entre les poumons, le cœur plonge entre eux, si l'on peut ainsi dire, et se cache plus ou moins dans la profondeur de la poitrine. Quant à la péricardite, la voussure ne commence à apparaître que lorsque le liquide est en grande quantité et quand il ne se porte pas, comme cela a quelquefois lieu, à gauche ou à droite, ou en bas, en refoulant le diaphragme.

II. — DE LA DÉPRESSION DE LA RÉGION PRÉCORDIALE.

Rétrécissement de la région précordiale (Bouillaud).

Ce phénomène n'a été, jusqu'à ce jour, rencontré que dans les adhérences générales du cœur au péricarde, et il se produit par le même mécanisme que l'affaissement d'un côté de la poitrine à la suite des pleurésies. C'est toujours le résultat de la péricardite. Lorsque la résorption du liquide s'est faite et que des adhérences fixent le cœur aux deux côtés du médiastin et du diaphragme, celles qui s'étendent du cœur à la paroi thoracique forcent celle-ci à se déprimer pour s'appliquer sur le cœur. Ce phénomène, pour avoir une certaine valeur, doit être bien prononcé et accompagné de quelques autres caractères, comme le défaut de choc distinct de la pointe, l'impossibilité de son déplacement, des bruits étouffés, particulièrement au second temps, une sorte de mouvement confus du cœur, l'absence des claquements valvulaires perçus par la main. Quelquefois une dépression se manifeste à l'épigastre pendant la systole.

On n'oubliera pas que le foie, devenu volumineux, peut élever le côté droit du thorax au voisinage du sternum, de façon à faire paraître la région précordiale comme déprimée.

M. Bouillaud considère cette dépression comme l'indice d'une adhérence étroite du cœur au péricarde.

Ce signe a été indiqué par MM. Barth (1), Bouillaud (2), et par Aran (3).

(1) Barth, *Archives générales de médecine*, 1835.

(2) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, 2^e édition, 1841.

(3) Aran, *Manuel pratique des maladies du cœur*, Paris, 1842.

III. — DE L'ÉCARTEMENT DES CÔTES.

L'inspection fait encore reconnaître, ainsi que la palpation, un notable écartement des côtes dans tous les cas où il y a augmentation de volume et saillie en avant du cœur, ou quand il existe des produits anormaux dans le péricarde. La distance entre deux côtes peut être de moitié plus grande que dans l'état normal. Cet écartement se remarque aussi bien à la pointe qu'à la base.

Quelquefois il porte surtout sur l'espace intercostal où bat la pointe du cœur, et alors cette pointe, quoique abaissée, ne dépasse pas le quatrième ou le cinquième espace, mais elle est toujours plus ou moins en bas et en dehors du mamelon. On tiendra donc compte de cet élément quand on voudra juger absolument, et non relativement, de l'abaissement de la pointe.

Dans le cas de battements énergiques, si l'on ne voit ni l'abaissement dont il est question, ni la voussure, ni l'écartement des côtes, on peut croire à des battements purement nerveux du cœur. (Voir pour plus de détails l'article *Palpitations*.)

IV. — DU CHOC DE LA POINTE ET DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU CŒUR CONTRE LE THORAX.

Nous sommes obligés de décrire ici, tout à la fois, ce qui peut être reconnu par la vue et par le toucher, car il est difficile d'isoler les renseignements fournis par ces deux modes d'examen.

Dans l'état normal, la pointe bat dans le quatrième espace intercostal, quelquefois dans le cinquième, et en dedans du mamelon; et il n'y a que ce battement qui soit appréciable. Dans l'état pathologique, des changements s'opèrent dans ce choc de la pointe; et, de plus, le cœur peut battre par une partie de l'étendue de sa paroi antérieure; enfin, quelques autres battements isochrones à ceux du cœur peuvent se faire dans différents points.

Choc de la pointe.

Il a lieu dans une étendue de la grandeur de l'ongle; il est bref, bien frappé, et l'on sent qu'ensuite la pointe se

détache, se décolle nettement et brusquement; son intensité est moyenne; on le voit facilement; il soulève médiocrement le doigt, mais il ne communique aucun mouvement au stéthoscope ni à la tête. Dans les maladies il varie dans sa force, son étendue, son siège et sa netteté.

Force. Dans les **battements nerveux** il devient quelquefois très-fort, dur, mais il est presque toujours aussi brusque, aussi bien arrêté que dans l'état normal, et de plus il conserve son siège habituel. Dans l'**hypertrophie avec épaissement** des parois, il est aussi plus fort, quelquefois très-énergique, mais il semble que la pointe reste plus longtemps appliquée contre le doigt, qu'elle se détache incomplètement, que le retrait de l'organe est moins prononcé. Dans les premiers moments de la **péricardite**, quand il n'y a encore que des fausses membranes molles, la force du choc reste la même, mais la pointe se décolle difficilement et semble comme engluée; plus tard, quand il se forme un épanchement, le choc s'éloigne peu à peu et disparaît. Nous avons dit cependant qu'il ne disparaît que quand l'épanchement est considérable; dans ces cas, en faisant asseoir le malade, et forçant par conséquent le cœur à se rapprocher de la paroi thoracique, on peut faire reparaître le choc, sinon en totalité, du moins en partie. Dans les **adhérences générales** du cœur, ce choc disparaît quelquefois, ou bien se transforme en une espèce d'ondulation qui n'est plus une impulsion réelle.

Étendue. Elle est proportionnée à la force des battements du cœur, mais surtout à la forme de la pointe. Dans les **hypertrophies sacciformes**, la pointe bat dans un espace qui devient large comme une pièce de *un* ou *deux francs*, circonstance qui coïncide presque toujours avec un notable élargissement de l'espace intercostal correspondant. M. Bouillaud fait souvent remarquer ce phénomène qui n'a encore été indiqué nulle part et sur lequel il n'a rien publié.

Siège. Quand le cœur augmente de volume, il change de position et de rapports, principalement par sa pointe, qui en est la partie la plus mobile, ainsi que nous avons eu soin de le faire remarquer dans nos considérations préliminaires. On disait autrefois que le cœur *tombe* sur le diaphragme.

Il n'y a rien de réel dans cette chute prétendue, car la base de l'organe ne se déplace pas; mais voici comment on doit entendre ce fait: reposant sur le diaphragme, qui se déprime assez difficilement, le cœur, en augmentant de volume, glisse par son sommet dans le sens de l'obliquité qu'il affecte déjà; ce sommet se porte en bas et à gauche, l'organe devient tout à fait transversal et se couche sur son bord droit. Alors on voit et l'on sent la pointe plus ou moins déviée suivant l'augmentation de volume. Dans les premiers temps, elle se cache derrière la cinquième et la sixième côte; alors on la voit difficilement, et il faut, pour la trouver, la rechercher par la palpation; on recourbe le doigt en crochet et on l'enfonce doucement entre les côtes comme si on voulait les contourner. A un degré plus avancé, elle se place dans l'espace intercostal inférieur à celui où elle se trouve d'habitude et dans le prolongement de la ligne verticale du mamelon; enfin elle dépasse cette ligne et se porte plus ou moins en dehors. Elle peut dévier ainsi de 4, 5, 6 centimètres de son siège normal. Nous ne l'avons jamais vue au-dessous du sixième espace intercostal, ce qui tient sans doute à la résistance du diaphragme.

On comprend que ce choc, dans un endroit inférieur au lieu normal, pourrait aussi tenir à une tumeur surajoutée à la pointe de l'organe, comme cela a lieu habituellement dans les **anévrismes vrais du cœur**, qui siègent, sinon toujours, du moins souvent à la pointe; mais ce fait n'a pas été noté avec précision jusqu'à présent, de sorte qu'on ne peut rien affirmer à cet égard; et comme, d'ailleurs, les signes des cardiectasies partielles ne sont rien moins qu'obscurs, on ne pourra inférer de l'abaissement du choc rien autre chose que ce que nous avons exposé jusqu'à présent.

En résumé, on tire un grand profit de l'étude du déplacement de la pointe du cœur, de l'étendue, de la force de son impulsion. Nous ajouterons, en terminant, que presque toujours cette pointe se déplace un peu à droite ou à gauche si l'on fait coucher le malade alternativement sur l'un et sur l'autre côté, et qu'elle ne se déplace pas de la sorte dans les **adhérences**. Ce petit signe peut avoir quelque importance dans les cas où, malgré les adhérences, on sent encore les battements d'une manière distincte.

Dans certains cas, ce n'est plus seulement la pointe,

c'est le cœur entier qui se déplace. C'est le plus habituellement dans les pleurésies, et surtout dans les pleurésies gauches que ce déplacement s'observe. Il n'est pas rare de trouver le cœur à droite du sternum et même sous la clavicle droite. Dans les cas ordinaires, pour peu que l'épanchement soit considérable, le cœur est refoulé de gauche à droite, et ce déplacement peut, dans une certaine mesure, permettre d'apprécier l'abondance de l'épanchement. Dans le pneumothorax gauche, le même déplacement peut se produire.

Quand il existe de l'emphysème, les battements du cœur sont moins facilement appréciables à la main. Le choc de la pointe n'est plus sensible. Une lame plus ou moins épaisse de tissu pulmonaire est alors interposée entre l'organe et la paroi thoracique.

Choc de la paroi antérieure et des divers autres points du cœur.

Dans les **hypertrophies considérables**, tous les points du cœur battent contre les organes environnants et leur communiquent un ébranlement plus ou moins intense : ce n'est plus alors un phénomène local comme le précédent, c'est un choc de la masse, de la totalité de l'organe. Dans les cas les moins tranchés, on voit dans l'espace intercostal, situé au-dessus de celui de la pointe, un choc plus ou moins fort et étendu ; il faut y faire bien attention et ne pas le prendre pour celui de la pointe, qu'on pourrait alors supposer n'être pas abaissée. Nous voyons journellement des personnes prendre ce choc pour celui du sommet du cœur : en y regardant bien cependant, on voit deux pulsations distinctes, séparées par une côte, et le choc inférieur est toujours, sinon le plus visible, du moins le plus fort. Dans des cas plus prononcés, les battements ont lieu tout le long du bord gauche du sternum ; les malades les perçoivent eux-mêmes, et quelquefois si haut, qu'ils croient sentir leur cœur *battre dans la gorge*. Dans ces cas extrêmes il n'est pas rare de voir des battements transmis à la base du col d'une part, et au creux épigastrique de l'autre ; alors tout le thorax est agité d'un battement continu, d'une secousse qui fait mal à voir et dont les malades sont fatigués au delà de toute expression.

Tous ces phénomènes appartiennent aux seules hyper-

trophies du cœur, mais leurs caractères ne suffisent pas pour permettre d'en préciser le siège et la nature ; peut-être pourrait-on dire que, quand ces grands battements occupent particulièrement la pointe, ils annoncent plutôt une **hypertrophie des ventricules** ; quand ils siègent à la base, ils indiquent une **hypertrophie des oreillettes**, et à l'épigastre une **dilatation des cavités droites**.

Quelques observations de l'ouvrage de M. Bouillaud (2^e édit., t. I, p. 173 et suiv.) établissent en effet que des mouvements de choc ou d'ondulation, liés à des lésions des oreillettes, occupaient la base du cœur et jusqu'à la région sous-claviculaire ; et, d'un autre côté, nous avons plusieurs fois, en présence de battements épigastriques, diagnostiqué des affections des cavités droites, affections dont l'autopsie a confirmé l'existence.

Ce choc, que, jusqu'à présent, nous avons toujours trouvé *dans la systole*, peut avoir lieu *dans la diastole*. M. Bouillaud est le seul médecin qui ait jusqu'à présent appelé l'attention sur ce sujet. Nous lui empruntons (1) tout ce qui s'y rapporte :

« Laënnec enseigne que l'impulsion du cœur n'est sentie que dans le moment de la systole des ventricules, qu'elle est par conséquent *unique, simple*, et non *double*, comme le bruit du cœur. Cela est très-vrai dans l'immense majorité des cas, mais non dans tous, et peut-être de nouveaux faits viendront-ils démontrer que la diastole ventriculaire produit, plus souvent que nous ne l'avons encore observé nous-même, un mouvement distinct de choc et d'impulsion contre la poitrine, sans que toutefois ce choc puisse jamais égalier en force celui qui accompagne la systole. Un phénomène bien plus curieux encore, c'est que, pour une seule impulsion de la systole, il peut y avoir deux impulsions correspondantes à la diastole. Entre autres exemples de cette particularité assez extraordinaire, je citerai le suivant. Chez une femme... la main appliquée sur la région précordiale distinguait trois mouvements : le premier et le plus fort correspondait au pouls et au premier bruit, à la systole par conséquent ; les deux autres succédaient coup sur coup au premier et étaient isochrones à la

(1) Bouillaud, *Traité des Maladies du cœur*, 2^e édition, t. I, p. 173.

diastole. L'œil fixé sur la région précordiale apercevait les trois battements indiqués, les deux derniers toutefois moins nettement que le premier. Enfin, si l'on regardait attentivement la tête d'une personne qui explorait les battements du cœur par l'application immédiate de l'oreille, on voyait qu'elle était agitée d'un triple mouvement pour une seule pulsation de l'artère radiale. »

Enfin M. Bouillaud ajoute que si la systole auriculaire n'est pas accompagnée d'impulsion à l'état normal, il n'en est pas de même dans certaines maladies. Chez une femme affectée d'une énorme hypertrophie du cœur, avec induration de la valvule mitrale, on voyait distinctement un mouvement d'impulsion communiqué à la région sus-mammaire gauche (deuxième et troisième espace intercostal). Ce mouvement, qui ne pouvait être attribué qu'à la systole de l'oreillette gauche dilatée et hypertrophiée (les battements ventriculaires se faisaient sentir à deux pouces plus bas), alternait avec un autre qui répondait à la diastole. Ce double mouvement imitait celui que présente le cœur mis à découvert.

Toutes les maladies et toutes les formes de maladies du cœur ne présentent pas de choc; mais l'absence du phénomène n'indique pas l'absence de maladie du cœur. Nous avons déjà parlé de ces hypertrophies où le cœur se retire, en quelque sorte, dans l'intérieur de la poitrine, et de celles où, étant à l'étroit, il ne se meut que d'une manière confuse.

On remarque quelquefois dans le thorax des battements isochrones à ceux du cœur et qui ne sont pas produits, au moins directement, par cet organe. Les anévrysmes de l'aorte et les tumeurs encéphaloïdes volumineuses les présentent à un haut degré.

Il est excessivement rare que les **anévrysmes de l'aorte** se développent au-devant du cœur et que leurs battements se confondent avec ceux de cet organe. Quelquefois, il est vrai, il se forme des anévrysmes dans la portion de l'aorte qui est comprise dans le péricarde, mais ils se rompent presque toujours avant d'avoir acquis un volume assez fort pour donner des battements et même aucun symptôme propre à en révéler l'existence à l'extérieur. Cette espèce d'anévrysme n'a jusqu'à présent jamais été reconnue qu'à l'autopsie. Mais il n'en est pas de même de ceux qui nais-

sent de la crosse de l'aorte, en dehors du péricarde. Ceux-ci peuvent acquérir un développement quelquefois considérable, et ils se manifestent par des battements et quelques autres symptômes; il est alors possible d'en reconnaître l'existence. C'est, du reste, moins par des phénomènes d'auscultation que par des phénomènes d'impulsion qu'ils se manifestent. Le choc qu'ils déterminent se perçoit longtemps avant qu'ils aient assez de volume pour donner lieu à une voussure et à un amincissement des os et des parois membraneuses du thorax; on le perçoit dans des points variables, mais toujours plus ou moins éloignés du cœur. Il y a donc alors *deux centres de battements*, l'un qui correspond au cœur et qui siège dans le lieu normal, l'autre qui dépend de l'anévrysme et se perçoit, soit à droite du sternum, soit sous les clavicules, soit à la partie inférieure du col; on en a senti quelquefois dans l'aisselle et jusque dans la région dorsale. Entre ces deux centres il y a un espace où les battements manquent plus ou moins complètement. A mesure qu'on se rapproche du cœur, on sent les battements de cet organe; à mesure qu'on s'éloigne de celui-ci, ses battements s'affaiblissent; mais on en sent d'autres qui s'accroissent à mesure qu'on se rapproche du point où siège l'anévrysme, et l'on sent que ce nouveau choc a d'autres caractères et provient d'une autre cause que l'autre. Ce choc est quelquefois double, quelquefois simple; il donne quelquefois la sensation du claquement et s'accompagne habituellement de frémissement vibratoire. Au bout de quelque temps on voit se former, dans le même point, une voussure et un amincissement, une perforation des parois du thorax.

Des **tumeurs encéphaloïdes** développées dans le médiastin, dans le poumon, ou dans tout autre point du thorax, produisent, comme beaucoup de tumeurs de ce genre, même éloignées du cœur et des gros vaisseaux, des battements perceptibles à l'œil et à la main, qu'on peut être porté à confondre avec ceux d'une hypertrophie du cœur ou d'un anévrysme.

Nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, en 1842, dans le service de Philippe Boyer, un homme qui portait, sous l'aisselle gauche, une tumeur du volume de la tête d'un enfant à terme, hémisphérique, solide, mate à la percussion, qui paraissait provenir de l'intérieur du thorax, et

dans laquelle les côtes se perdaient sans qu'on pût bien déterminer le mode de connexion qu'elles affectaient avec la tumeur. Cette masse était agitée de battements énormes, sensibles à la main et à l'œil. Ces battements se transmettaient dans tous les sens, et la masse paraissait éprouver une dilatation sensible. On ne pouvait la confondre avec le cœur, mais elle ressemblait beaucoup à un anévrysme de l'aorte. On hésitait entre un anévrysme et une tumeur encéphaloïde, car la peau était recouverte de veines fortement développées et bleuâtres. Lorsque le malade mourut, on trouva une masse encéphaloïde d'un volume considérable, dont le point de départ était dans le poumon gauche, et qui avait envahi les côtés. Le centre de la tumeur était transformé en une sorte de bouillie rosée, et le reste du tissu était pénétré d'un grand nombre de vaisseaux sanguins. Nous indiquerons un peu plus loin quelques autres phénomènes qui se rencontrèrent dans cette remarquable tumeur.

V. — DES BATTEMENTS ÉPIGASTRIQUES.

On voit quelquefois à l'épigastre des battements isochrones à ceux du cœur, et qui s'accompagnent d'un soulèvement et d'un retrait alternatifs plus ou moins prononcés. Ces battements sont quelquefois extrêmement visibles, et d'autres fois peu prononcés; mais l'impulsion qui les détermine est toujours assez faible pour qu'on ne les sente que fort difficilement avec la main. Ils occupent ordinairement une grande étendue et quelquefois arrivent jusqu'à la pointe du cœur; quelquefois ils sont permanents ou passagers.

On ne les confondra pas avec les *pulsations abdominales* (voy. *Maladies de l'abdomen*), qui ont souvent le même siège, mais qui donnent une impulsion sensible à la main, comme si elles étaient produites par un anévrysme, et ont des battements tumultueux, souvent en désaccord avec ceux du cœur; on les distinguera aussi de la dépression précordiale qui survient dans l'inspiration chez les individus dont la plèvre pulmonaire adhère au péricarde et à la plèvre voisine (Bouillaud).

La valeur de ces battements épigastriques est mal déter-

minée, car on ne connaît pas toutes les causes qui les produisent; et, d'un autre côté, chez un même malade, on les voit quelquefois se produire et disparaître sans qu'on puisse bien saisir les conditions de ces alternatives. Quoi qu'il en soit, on les rencontre particulièrement chez quelques femmes hystériques et chez les hypochondriaques, dans la réplétion gazeuse de l'estomac, dans l'hypertrophie du foie, dans les adhérences du péricarde au cœur, dans les anévrysmes vrais de la pointe du cœur, et dans la dilatation des cavités droites de cet organe, peut-être aussi dans certains épanchements abondants du péricarde et de la plèvre gauche et dans l'abaissement du cœur; mais on ne peut pas inférer de leur absence qu'il n'existe aucune de ces affections.

Chez les hystériques et les hypochondriaques, ils paraissent dépendre de **battements nerveux**, ou de la réplétion de l'estomac par des **gaz**; dans le cas d'**hypertrophie du foie**, c'est un effet de transmission mécanique.

Dans quelques péricardites avec épanchement, nous avons observé des battements de ce genre qui nous ont paru dépendre de l'**abaissement du diaphragme**; en effet, il nous a semblé, dans ces cas, que nous sentions, en enfouant les doigts au-dessous des côtes, une résistance plus ou moins forte et une fluctuation obscure.

Nous les avons rencontrés certainement dans la **dilatation des cavités droites du cœur**. Tout le monde sait que, dans ces cas, le sang stagne dans ces cavités, s'y accumule, qu'il s'y forme un véritable engouement, et que les contractions ordinaires sont incapables d'expulser la totalité du sang accumulé de la sorte; on conçoit que les pulsations de cette portion du cœur s'étendent alors dans un rayon, et en particulier à l'épigastre, point auquel répond cette partie du cœur. Ce qui donne du poids à cette opinion, c'est que ces battements diminuent, disparaissent même, lorsque la circulation se régularise; ainsi, quand les battements tumultueux, les palpitations se calment par le repos, par l'action de la digitale, par les saignées surtout, les battements épigastriques cessent; on peut croire alors que les cavités droites cessent d'être engouées, se vident complètement ou à peu près, et dès lors la transmission des battements à distance ne peut plus avoir lieu. De là les changements considérables qui

se manifestent, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, chez les malades qui séjournent quelque temps dans les hôpitaux.

Peut-on observer ces battements épigastriques dans le cas d'**adhérence** du cœur au péricarde? M. le docteur Sander, au rapport de M. Bouillaud, donne le fait comme certain. Voici en effet ce qu'il dit : « On peut reconnaître l'adhérence du péricarde au cœur par l'existence d'un mouvement perpétuel, d'une très-forte ondulation, se montrant plus bas que celle que l'on sent naturellement dans la région du cœur... Pendant la contraction simultanée des ventricules, la pointe s'élève en avant et doit entraîner en haut la partie inférieure du péricarde avec le diaphragme et tout ce qui est adhérent, et en même temps se dessine un enfoncement sous les côtes gauches de la région supérieure du ventre ; dans le moment suivant, les ventricules se dilatent, la pointe du cœur se meut subitement en bas, et, n'étant pas dans un espace libre, communique actuellement au péricarde, adhérent au diaphragme et aux autres parties, le choc qui est sensible à l'extérieur par une petite élévation qui se dessine dans le même endroit où peu auparavant s'était formée la concavité, et qui s'étend pourtant un peu plus bas. »

M. Bouillaud, qui dit n'avoir point encore observé la particularité dont parle M. Sander, nous paraît être aujourd'hui plus disposé à en reconnaître la valeur. Quant à nous, nous l'avons rencontrée dans plusieurs cas où d'autres circonstances nous portaient à admettre les adhérences du cœur, mais nous n'avons pas eu la démonstration anatomique de la coïncidence de ce symptôme avec la lésion indiquée. Dans tous les cas ce ne peut être qu'un phénomène fort douteux et suspect, puisqu'il se présente dans un très-grand nombre de circonstances, et que, d'un autre côté, les symptômes des adhérences du cœur sont encore incomplets. Ce qui pourrait donner quelque importance à ce fait, c'est qu'on l'a signalé dans une autre affection où l'adhérence du cœur au péricarde est un phénomène habituel. En effet, on paraît avoir quelquefois constaté ce battement dans les **anévrismes vrais** du cœur, et surtout dans ceux de la pointe de l'organe ; or, on sait que, dans ces cas, l'adhérence du sac anévrysmal au péricarde a été fréquemment observée.

En résumé, c'est un fait qui par lui-même a peu d'importance, mais dont l'existence est de nature à faire soupçonner quelques-unes des affections assez rares dont nous venons de parler ; si ce phénomène n'est pas pathognomonique, il devra au moins faire rechercher tous les autres symptômes de nature à confirmer les suppositions qu'il peut faire naître.

§ II. — Signes fournis par la palpation.

Quelques-uns des phénomènes constatés par l'inspection peuvent être perçus aussi par la palpation, qui, sous ce rapport, ne fait que compléter les renseignements fournis par la vue.

Par la palpation on perçoit le *choc* ou l'*absence de choc du cœur*, les *perforations des parois du thorax*, le *frottement*, le *frémissement vibratoire* et les *mouvements ou claquements valvulaires*.

VI. — DU CHOC DU CŒUR.

Nous avons décrit, à propos de l'inspection, la plupart des phénomènes normaux et anormaux qui se rapportent au choc. Nous ajoutons ici ce qui est plus particulièrement propre à la palpation.

Chez les individus obèses, chez quelques femmes, on ne sent pas ce choc ; il disparaît dans les péricardites avec fort épanchement ; dans quelques hypertrophies, quand la pointe se cache derrière une côte, quand elle se recourbe en arrière et se porte entre les poumons ; dans les adhérences serrées de la pointe du cœur.

Il augmente d'énergie dans les **palpitations nerveuses** ; mais il n'y a pas déplacement de la pointe.

Il augmente aussi dans l'**hypertrophie**, mais la pointe se déplace, et les côtes s'écartent. Dans quelques cas, il est si violent, qu'il ressemble au coup porté par un marteau ; il fait mal à la main ; il ébranle et soulève la tête de l'observateur qui ausculte ; à un degré plus avancé, il secoue violemment les parois thoraciques et jusqu'à la base du col ; dans ces cas il y a choc non-seulement par la pointe,