

cide avec le premier mouvement, on comprend que ce phénomène va se modifier et devenir encore plus étouffé, plus sourd; il finira même par disparaître; alors on ne percevra que le mouvement correspondant au deuxième temps. Qu'il s'agisse, au contraire, d'une **ossification** de ces mêmes **valvules**, le mouvement sera plus arrêté, plus net, plus claquant. Maintenant, pour compléter ces renseignements, supposons que ces modifications soient plus perceptibles à la pointe du cœur qu'à la base, il n'y aura presque pas à douter que le siège de la lésion ne soit à un orifice auriculo-ventriculaire. Voilà donc un diagnostic, et un diagnostic délicat, qui peut être fait uniquement à l'aide de la palpation.

Si la lésion occupe les valvules sigmoïdes, mêmes résultats, mais dans un autre lieu. État épais, fongueux de ces valvules: deuxième temps enrôlé, étouffé, avorté. État crétaqué au contraire: deuxième temps sec et avec claquement marqué. Ces phénomènes se passent exclusivement à la base de l'organe.

Bien interprétés, contrôlés à l'aide des caractères fournis par les autres modes d'exploration, ils ont une grande valeur.

§ III. — Signes fournis par la percussion.

La percussion ne fournit qu'un seul signe, celui de la *matité*. On perçoit cependant en même temps une *résistance au doigt*, dont les caractères varient et peuvent aider au diagnostic.

XII. — DE LA MATITÉ ET DE LA RÉSISTANCE AU DOIGT.

Caractères. Dans l'état normal, on perçoit, par la percussion, une submatité plutôt qu'une matité véritable, à la région précordiale. Sa limite inférieure est à la pointe du cœur, sa limite supérieure à deux travers de doigt au-dessus de cet endroit; elle commence au bord gauche du sternum et se porte de deux à trois doigts en dehors et à gauche; de sorte qu'elle est de trois à quatre centimètres carrés en dedans et au-dessous du mamelon.

Quand on percute, le son n'est pas absolument mat; il y a toujours un léger degré de résonance, et de plus la résistance au doigt est peu prononcée.

Dans l'état pathologique, cette matité varie; elle acquiert jusqu'à quinze et vingt centimètres de largeur ou de hauteur et présente une résistance quelquefois aussi grande que celle d'un corps absolument solide.

Mode d'exploration. Pour étudier cette matité, on doit procéder d'une façon particulière, mise en usage par M. Bouillaud et malheureusement très-peu pratiquée. Les limites les plus extérieures de la matité offrent un son moins obscur que le centre; de sorte que, si l'on explore du centre à la circonférence, le passage graduel de la matité au son fait que l'on ne sait au juste où placer la limite de la matité. En procédant d'une manière inverse, on rencontre très-exactement cette limite. On percute donc, non le cœur, mais les parties sonores voisines du cœur, et l'on cessera la percussion quand on arrivera aux points mats. On marquera ces points, et, quand on aura agi de la sorte dans tous les sens, on se trouvera avoir formé sur le thorax la figure exacte du cœur.

Comme on le voit, cette manière de percute diffère beaucoup d'un procédé grossier, trop généralement usité, qui consiste à percute, de haut en bas et de droite à gauche, la région précordiale, et à limiter par des lignes droites les quatre points extrêmes de la matité. On obtient de cette façon une figure quadrilatère qui ne représente jamais la forme du cœur.

La planche suivante est destinée à faire comprendre les résultats que l'on obtient à l'aide de la percussion exercée méthodiquement sur la région précordiale (*fig. 4*).

Voici maintenant la manière de procéder.

M. Bouillaud percute d'abord de haut en bas jusqu'à la limite supérieure du cœur, et s'arrête en traçant une ligne à l'encre; quelquefois il faut tracer deux lignes, l'une supérieure pour indiquer le commencement de la matité légère, l'autre inférieure pour la matité absolue. On comprend que la présence d'une lame de poumon, entre le cœur et la paroi thoracique, doit rendre la matité moins accusée, moins absolue vers la base du cœur qu'à sa partie moyenne. La percussion est ensuite reprise de bas en haut, de l'abdomen vers le cœur; on perçoit d'abord la sonorité stomacale, puis, en arrivant au cœur, on trouve de la matité; là encore il y a une matité absolue et une matité relative, car la pointe de l'organe repose sur l'estomac, et à

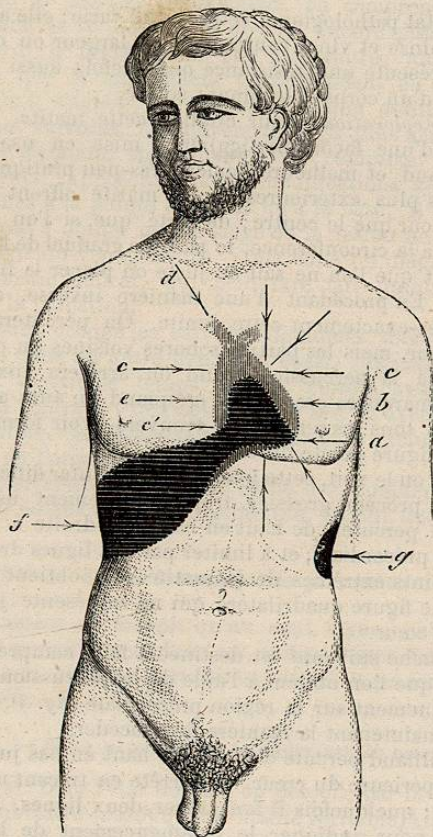


Fig. 4. — Résultat de la percussion de la région précordiale.

A. Pointe du cœur. — b. Région des ventricules. — c, c. Oreillette gauche et origine des grosses artères. — c', Oreillette droite. — d. Aorte ascendante. — e. Limite de la matité vers le bord droit du sternum. — f. Foie. — g. Rate.

Les parties teintées de noir donnent une matité absolue, celles en demi-teinte une submatité. — Toutes les lignes, et même celles qui correspondent aux lettres, sont les rayons selon lesquels on doit exécuter la percussion convergente pour déterminer exactement les limites du cœur.

travers sa faible épaisseur on perçoit la sonorité de celui-ci; on remarque donc deux lignes. Puis on recherche les limites de la matité du côté droit et celles du côté gauche, toujours en partant des points sonores. Ensuite, percutant suivant des diamètres obliques, on fixe les limites de la matité en haut et à droite, en haut et à gauche, et de même pour la pointe. De sorte que, en dernière analyse, on obtient une série de points de repère qui, joints ensemble par une ligne continue, donnent une figure exacte de la forme et des dimensions du cœur. On peut presque toujours, à l'aide des deux lignes déterminées par la matité absolue et la matité relative, avoir deux figures concentriques dont l'une, la plus extérieure, représente le volume total et la forme générale de l'organe, tandis que l'autre, la plus intérieure, représente surtout l'étendue dans laquelle le cœur touche directement à la paroi thoracique.

Nous faisons remarquer que, dans les explorations de cette nature, il est impossible de fixer la limite du cœur en bas et à droite, la matité de l'organe se confondant toujours avec celle du foie.

En pratiquant la percussion, on se rendra compte du degré de résistance de la région précordiale.

On n'oubliera pas non plus de fixer le lieu de la pointe du cœur et de rechercher ses rapports avec les limites inférieures de la matité. On en verra plus bas les motifs.

La recherche de la matité doit être faite surtout quand le malade est à jeun. Si l'estomac est plein d'aliments, on est exposé à trouver une matité qui dépasse de beaucoup celle qui appartient en propre au cœur.

Nous croyons qu'on détermine mieux la matité du cœur à l'aide du doigt qu'avec le plessimètre. M. Bouillaud emploie quelquefois cet instrument, mais fort rarement.

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

On rencontre de la matité à la région précordiale : dans les péricardites aiguës et chroniques avec épanchement, dans l'endocardite, dans l'hypertrophie du cœur, dans les cas de tumeurs anévrysmales de l'aorte ou de dilatation de

cette artère, dans les cas d'épanchement pleurétique abondant et de tumeur précordiale.

Lorsqu'il s'agit d'un **épanchement aigu ou chronique dans le péricarde**, la matité est franche, absolue, bien limitée, et la résistance au doigt est extrêmement prononcée; comme le liquide ne se met en contact avec la paroi thoracique que quand il est très-abondant (4 à 500 grammes au moins), on trouve en même temps une voussure prononcée. Cette matité se déplace facilement, suivant qu'on fait coucher le malade à droite ou à gauche. En général, la pointe du cœur a cessé de toucher la paroi thoracique. On n'en sent donc plus le choc; cela n'est pas constant cependant; ce choc persiste soit quand le malade est dans le décubitus dorsal, soit surtout quand il est assis ou debout. Quand ce choc persiste, on devra toujours préciser l'endroit où il a lieu. Il y a peu de temps, M. Guibler (1) a indiqué un signe précieux tiré de cette situation de la pointe, et qui permet de distinguer facilement la matité d'un épanchement péricardique de celle d'une hypertrophie. Dans ce dernier cas, la pointe existe au niveau même de la limite inférieure de la matité; dans l'épanchement, la pointe bat plus haut que cette limite. En effet, le cœur n'a changé ni de volume ni de situation, tandis que le liquide, s'étant accumulé dans le cône inférieur formé par le péricarde, fait descendre au-dessous d'elle, et un peu en dehors, la limite inférieure de la matité.

La matité fournie par la péricardite offre encore un autre caractère qui permettra de la distinguer de celle que donne l'hypertrophie. Elle a la forme d'un cône à base inférieure, tandis que, dans le cas d'hypertrophie, la base du cône est en haut et le sommet en bas. L'accumulation du liquide dans le péricarde doit, en effet, élargir la partie inférieure de la poche séreuse.

Beaucoup d'autres caractères serviront d'ailleurs à établir qu'il s'agit d'un épanchement. La maladie est aiguë, ou elle succède à un rhumatisme, à une pleuro-pneumonie; les bruits du cœur sont profonds, sourds, éloignés, et il n'y a aucun autre symptôme qui puisse se rattacher à une hypertrophie aussi considérable que la matité l'indiquerait. Enfin, il survient dans cette matité des modifica-

(1) Duroziez, Thèse de doctorat. Paris, 1853, p. 25.

tions en plus ou en moins, qui sont si étendues et si rapides, qu'elles font tout de suite éloigner l'idée d'une lésion organique du cœur; ainsi, des purgatifs, une saignée la diminuent quelquefois de moitié, puis elle se reproduit comme auparavant.

La matité de l'**endocardite** est bien moins prononcée, à moins qu'il n'existe en même temps un épanchement dans le péricarde.

C'est à tort, selon nous, que M. Skoda attribue une matité égale, un son semblable aux organes solides, quelle que soit leur nature, et aux accumulations de liquides. Nous nous associons à la critique fort judicieuse que M. le docteur Aran a faite de cette opinion, et nous répéterons, avec ce médecin et avec M. Piorry, que tout corps solide ou liquide, tout organe ne contenant pas d'air, rend à la percussion médiate un son qui lui est propre (1). L'hypertrophie du cœur nous fournit un argument en faveur de notre assertion.

En effet, la matité de l'**hypertrophie** est moins nette, moins absolue que celle de l'épanchement. Le doigt éprouve la sensation d'une résistance un peu molle et comme charnue; les limites sont moins nettes. La pointe correspond au point le plus inférieur de la matité, et on la sent toujours ou presque toujours facilement. Le cœur est sous la main et sous l'oreille; il y a en même temps des bruits anormaux, des phénomènes antérieurs d'affection cardiaque chronique. Il y a un cas difficile, celui où l'impulsion du cœur est nulle; on peut croire alors à un épanchement. Mais, en auscultant, on entend que le cœur n'est pas notablement éloigné de l'oreille, et son tic tac n'est pas complètement masqué, comme dans la péricardite avec exhalation de liquide. Au reste, la marche de la maladie, l'impossibilité de réduire les limites de la matité, ne tarderont pas à jeter de la lumière sur l'obscurité qui peut exister pendant quelques jours.

Un cas difficile encore est celui où il existe une hypertrophie réelle du cœur et un emphysème pulmonaire. Le poumon passe alors au-devant du cœur, le masque et empêche d'apprécier la matité. Dans ce cas, on doit recou-

(1) Skoda, *Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran, 1854.

rir à une percussion un peu forte, capable de faire découvrir la matité de l'organe éloigné de la paroi thoracique (percussion profonde). Mais, à notre avis, le meilleur moyen d'apprécier l'augmentation de volume du cœur, c'est de rechercher le lieu où siège la pointe; car on la sent fort souvent, malgré l'emphysème. Si elle est abaissée et portée en dehors, le cœur est plus gros que de coutume, et le degré d'abaissement indique le degré d'hypertrophie.

Quand la matité existe en remontant au-dessus de la base du cœur, sous la partie supérieure du sternum et jusqu'à la racine du col, on peut croire à une altération des gros vaisseaux et surtout à une **dilatation de la crosse de l'aorte**. Il est bien entendu que cette hypothèse ne pourra être faite s'il s'agit d'un scrofuleux, d'un individu affecté de tuberculisation. Dans ces cas, en effet, on trouve une pareille matité produite par des masses tuberculeuses des poumons, du médiastin, etc. Mais, s'il y a quelques caractères d'affection du cœur ou des gros vaisseaux, on ne laissera pas échapper l'idée d'une dilatation aortique.

Les **anévrismes de l'aorte** donnent aussi une matité, mais qui, dans l'immense majorité des cas, occupe le côté droit du sternum. Ce signe n'a généralement pas grande valeur, parce qu'il est presque toujours précédé d'un frémissement vibratoire et d'un mouvement pulsatile qui ont déjà fait reconnaître la tumeur. Au reste, les praticiens verront bien qu'il n'est pas toujours aussi facile que le disent les livres de limiter par la percussion les tumeurs aortiques. Ces tumeurs sont douloureuses, soit par elles-mêmes, soit par les lésions des parties voisines, et dans beaucoup de cas on doit absolument renoncer à la percussion.

Des **tumeurs de diverse nature** peuvent se développer dans le médiastin, au-devant du cœur, et donnent lieu à une matité plus ou moins étendue. Ces faits sont extraordinairement rares. Pour notre part nous n'en avons jamais vu. Nous ne pouvons donc imaginer les symptômes plessimétriques ou autres qu'ils présenteraient. Nous renvoyons aux faits particuliers consignés dans les recueils d'observations.

Enfin un **épanchement dans la plèvre gauche** donne souvent lieu à une matité qui s'étend à la région précordiale. Dans ce cas le cœur est dévié soit sous le sternum,

soit même à la droite de cet os. Quand donc on trouvera une énorme matité précordiale, on examinera si la pointe du cœur n'est pas à droite du sternum, pour savoir si l'on n'a pas affaire à un cas du genre de ceux qui nous occupent ici.

En résumé, quand on a écarté les épanchements de la plèvre et les tumeurs du médiastin, on ne peut guère, par la matité, soupçonner autre chose qu'une hypertrophie du cœur ou un épanchement dans le péricarde.

§ IV. — Signes fournis par l'auscultation.

On a l'habitude de regarder ces signes comme les plus précieux de tous ceux que peuvent fournir les divers modes d'exploration physique connus jusqu'à ce jour. Nous n'en disconvenons pas, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que tous les caractères indiqués dans les pages qui précèdent ont une grande valeur, et que ceux tirés des phénomènes généraux n'en ont pas moins. De telle sorte que, sans l'auscultation, un diagnostic peut encore être établi avec une certaine précision; et l'on pourrait même dire que, souvent, elle ne fait que confirmer ce qui a déjà été reconnu par l'ensemble des autres phénomènes.

Ainsi, par exemple, que l'on trouve chez un malade la pointe du cœur plus bas et plus en dehors que de coutume, qu'il y ait une impulsion énergique, un frémissement vibratoire, il n'en faudra pas davantage pour établir qu'il y a certainement une hypertrophie et probablement un rétrécissement d'orifice: que ce frémissement siège à la pointe, qu'il y ait gêne de la respiration, cyanose, œdème des jambes, il ne pourra y avoir presque aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire; que le pouls soit étroit, presque insensible, en même temps que les battements du cœur seront énergiques, ce sera l'orifice gauche qui sera affecté. Or, nous le demandons, qu'a fait l'auscultation jusqu'ici pour établir ce diagnostic? Rien, absolument rien. Que pourra-t-elle faire? Rien, que confirmer le diagnostic précédent; et il est tellement certain qu'elle le confirmera, que, s'il existe des bruits anormaux, on peut d'avance affirmer qu'ils se trouveront à la