

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

pointe; et d'un autre côté, si elle ne révélait rien de particulier, il n'en faudrait pas moins maintenir le diagnostic. Combien de fois, en effet, n'arrive-t-il pas qu'on reconnaisse l'existence, la nature et le siège d'une maladie de cœur en l'absence de tout renseignement d'auscultation! D'ailleurs Morgagni, Sénac, Corvisart ne faisaient-ils pas des diagnostics de maladie du cœur, diagnostics précis, malgré l'absence d'auscultation?

Nous ne pouvons pas non plus négliger de faire remarquer que l'auscultation n'est pas suffisante, à elle seule, pour le diagnostic des affections cardiaques, même lorsqu'elle fournit des phénomènes bien tranchés. La plupart du temps, en effet, quand on a examiné le cœur avec l'oreille, on n'a que des renseignements incomplets, on ne peut élever que des probabilités relativement à l'existence de telle ou telle affection, et l'on ne peut les transformer en certitude que par l'examen des autres phénomènes locaux et surtout généraux. Aussi blâmons-nous toujours les observateurs qui, un cas de maladie du cœur étant donné, commencent leur examen par l'auscultation et veulent tirer de suite leur diagnostic des résultats obtenus par ce moyen. Dans la grande majorité des cas, ils arrivent à des conclusions inexactes, tant il est vrai de dire qu'il n'y a, en médecine, aucun signe vraiment pathognomonique et que le diagnostic ne peut sortir que de la réunion des signes fournis par tous les modes possibles d'examen.

Nous n'avons pas l'intention de faire le procès à l'auscultation; mais nous voulions montrer, par les remarques précédentes, qu'on doit attacher aussi une certaine importance aux renseignements fournis par les autres modes d'exploration et par les phénomènes généraux. M. Beau (1) a rappelé que l'auscultation peut faire croire à des maladies qui n'existent pas, ou laisser ignorer celles qui existent réellement. L'*asystolie*, groupe de phénomènes qui résultent d'un affaiblissement du cœur, a, selon cet auteur, et à notre avis également, une bien plus grande importance pour le diagnostic.

L'auscultation fait percevoir des altérations dans les bruits normaux du cœur, ou des bruits nouveaux et de remplacement. Nous étudierons avec M. Bouillaud et

(1) Beau, *Traité d'auscultation*. Paris, 1836, p. 343.

MM. Barth et Roger les *altérations de siège, d'étendue, de rythme, de timbre et de caractère* des bruits du cœur, et enfin les *altérations par des bruits anormaux*.

Plusieurs de ces divisions méritent à peine de fixer l'attention; nous n'en dirons que quelques mots, ayant l'intention de traiter avec détails les questions importantes du rythme des battements du cœur, et des bruits anormaux.

### XIII. — ALTÉRATIONS DE SIÈGE, D'ÉTENDUE, D'INTENSITÉ, DE CARACTÈRE ET DE TIMBRE DES BRUITS DU CŒUR.

Le cœur peut être *déplacé* par un **épanchement pleural** gauche et reporté du côté droit du sternum. Il y a alors nécessairement déplacement de ses bruits et même de son choc; c'est le seul cas bien démontré de déplacement du cœur. Tous ceux qu'on attribue à des **tumeurs**, à des **collections enkystées de liquide**, à des **adhérences**, nous semblent entièrement hypothétiques; et personne n'admet plus aujourd'hui les prétendus **abaissements** ou **chutes** du cœur sur le diaphragme. Si le cœur **s'allonge** et que sa pointe se porte en dehors, le bruit habituellement entendu à la pointe descendra, s'éloignera de la base, et ce sera encore un autre mode de déplacement, mais qui ne portera que sur un bruit. En définitive, ces déplacements de bruits ont peu d'intérêt.

Les battements du cœur s'entendent dans une *étendue* graduellement et rapidement décroissante, que nous avons indiquée. Dans les cas pathologiques, cette étendue peut être augmentée; c'est ce qui a lieu quand l'**énergie des battements** du cœur est augmentée, quand le cœur est en contact avec des **corps solides ou liquides** qui peuvent transmettre ses bruits à des points éloignés du thorax. Ce dernier cas est le plus important et devrait être étudié si le temps nous le permettait. Disons seulement que, chez les **tuberculeux**, on entend fréquemment les battements du cœur sous les clavicules aussi bien qu'à la région précordiale, et cela à cause de l'induration du sommet du poumon; mais il faut ajouter que cela n'a lieu qu'à la condition que toute l'épaisseur du poumon, depuis le cœur jusqu'à la paroi thoracique, sera indurée. Cette même transmission se fait par un **épanchement pleurétique**, par

une **hépatisation**, qui touchent à la fois le cœur et la paroi thoracique (1).

Nous n'avons, relativement à l'*intensité*, rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos du choc. C'est ici que devrait se placer l'histoire des bruits entendus à distance, mais de nos jours cette question a perdu beaucoup de son intérêt. On consultera avec fruit une observation publiée sur ce sujet par M. Barth (2).

À l'époque où l'on ne connaissait qu'imparfaitement les divers faits d'auscultation, et surtout les bruits anormaux, on devait attribuer beaucoup d'importance aux caractères tirés de l'étendue dans laquelle on entendait les bruits du cœur, de leur intensité, etc. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et l'on donne avec raison la préférence aux renseignements fournis par les bruits anormaux.

Les *caractères* des bruits du cœur sont sujets à varier. Quelquefois ils sont sourds, étouffés, gras, enrôlés; d'autres fois, secs, éclatants, claquants, parcheminés, etc. Sans entrer dans aucune espèce de détails à ce sujet, nous dirons que les bruits de la première espèce se rencontrent dans les **hypertrophies simples, concentriques** et autres, dans le cas d'**épaississement, de boursofflement, d'état spongieux, fongueux des valvules**; tandis que les bruits de nature opposée appartiennent aux **dilatations des cavités, aux amincissements des parois cardiaques, à l'état de sécheresse, d'induration, d'ossification des valvules**.

Parmi les altérations de *timbre* une seule a été remarquée, c'est le *bruit métallique, tintement métallique, auriculo-métallique*. Digne d'exciter seulement la curiosité, ce bruit n'est encore connu ni dans ses causes ni dans sa valeur séméiologique. Nous croyons en conséquence ne pas devoir nous en occuper ici.

#### XIV. — ALTÉRATIONS DU RHYTHME DES BATTEMENTS DU CŒUR.

« Le nombre des battements du cœur dans un temps donné et l'ordre régulier suivant lequel se succèdent les

(1) V. Racle, *Remarques sur la transmission des bruits produits dans la cavité thoracique*. (Archives générales de médecine, 1849.)

(2) Barth, *Moniteur des hôpitaux*, 21 janvier 1854.

mouvements de cet organe constituent ce qu'on désigne sous le nom de *rhythme des battements du cœur* » (1).

Or ce *rhythme* peut être troublé, soit parce que les battements seront plus fréquents ou plus lents, soit parce qu'ils ne se succéderont pas à intervalles égaux, ou qu'ils ne seront pas de même force, soit enfin parce qu'il y aura moins de deux ou plus de deux bruits pour une révolution du cœur.

#### Altérations dans la fréquence des battements du cœur.

Dans quelques affections cardiaques, la fréquence des battements *augmente*. Dans les affections chroniques, comme une **hypertrophie avec rétrécissement considérable** d'un orifice, le cœur lutte avec énergie contre l'obstacle et se contracte dans un temps donné avec plus de fréquence que de coutume. Quelquefois les battements sont si rapprochés, qu'ils sont à peine perceptibles; on ne peut les compter ni au pouls ni même à la région précordiale, où il n'y a qu'une sorte d'ondulation. Dans ces cas, il y a presque toujours des irrégularités, des contractions plus fortes et d'autres plus faibles, mais on n'entend pas de bruits anormaux, et d'ailleurs il serait impossible d'analyser les battements de l'organe. Le repos, les saignées, la digitale calment cette exagération de mouvement, et au bout de quelques jours on parvient à démêler quelque chose de précis dans les bruits.

Les **caillots** formés pendant la vie sont aussi la cause d'une semblable fréquence. Joignez-y des irrégularités, l'étouffement des bruits du cœur, l'affaiblissement du pouls, un grand trouble dans la respiration, des lipothymies, des syncopes, des sueurs froides, et vous aurez le tableau aussi précis que possible de ce genre d'accidents. Nous avons vu, en 1853, dans le service de M. le professeur Bouillaud, un malade qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris de quelques douleurs vagues de rhumatisme et de palpitations violentes. Son cœur battait de 160 à 180 fois par minute; quelquefois il montait à 200 pulsations environ, mais il était alors très-difficile de bien compter et de préciser exac-

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841 t. I. p. 166.

tement le chiffre des battements. Les bruits étaient faibles et sourds, les artères avaient à peine de battements, la respiration était gênée; il y avait une tendance aux lipothymies. On soupçonna des caillots dans les cavités du cœur, et l'on mit en usage des révulsifs énergiques et quelques saignées. Le malade guérit en très-peu de jours. Un autre malade présenta les mêmes caractères dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, et mourut. Le cœur droit était rempli par un caillot volumineux, datant de plusieurs jours, et qui s'était formé par couches successives; il ne restait qu'un canal en arrière du caillot, pour établir la communication entre l'oreillette et le ventricule.

On pourrait croire que la **péricardite** et l'**endocardite** devraient donner une accélération extraordinaire aux battements du cœur. Sans doute il y a de la fréquence du pouls dans les cas où ces deux affections coïncident avec un rhumatisme, une pleuro-pneumonie, mais elle n'est guère plus grande que dans les cas où le rhumatisme et la pleuro-pneumonie sont simples.

Les **battements nerveux** du cœur sont quelquefois très-précipités, mais toujours clairs, sans obscurité de son: leur accélération n'est pas continue, et l'on ne trouve aucun caractère de lésion du cœur à proprement parler.

Quand les battements sont *ralentis*, on doit toujours constater le ralentissement par l'auscultation de la région précordiale. Les personnes qui essayent de l'apprécier en tâtant le pouls s'exposent à des erreurs. Quelquefois les battements cardiaques sont faibles et n'arrivent pas jusqu'aux artères; il y a alors moins de battements artériels que de battements du cœur, et l'on compte de ceux-ci moins qu'il n'y en a en réalité. C'est sans doute ce qui donnerait l'explication de ces cas extraordinaires où les mouvements du cœur seraient, dit-on, tombés à vingt-cinq, vingt et même seize par minute. M. Andral insiste sur cette cause d'erreur. M. Bouillaud dit aussi que, dans aucun des faits qui lui sont propres, le *pouls* du cœur n'est descendu au-dessous de vingt-huit à trente.

Nous avons observé, il y a deux ans, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Nonat, un homme dont le pouls battait dix-huit fois à la minute. Le cœur était parfaitement sain. Ce malade a été examiné par M. le professeur Bouillaud, qui nous a dit n'avoir jamais observé pa-

reil ralentissement. Le malade était entré pour une colique saturnine.

Pour se rendre un bon compte de la valeur du ralentissement du pouls, il faut savoir ce qui suit:

Beaucoup d'individus ont **normalement** le pouls au-dessous de soixante et même de cinquante. L'**ictère subaigu** et l'**ictère chronique**, sans fièvre, font aussi descendre le pouls. Les **diurétiques**, les **sédatifs** du système nerveux, l'**acétate de plomb**, dit-on, la **digitale** certainement, modèrent la fréquence des battements du cœur.

Dans l'état pathologique, il n'y a guère que les **dilatations simples** et celles avec **amincissement des parois** du cœur qui produiront le même résultat.

Cependant on observe ce même ralentissement dans quelques **rétrécissements**; alors la systole se prolonge et produit un bruit *filé* (Bouillaud).

Un fait thérapeutique, important à connaître pour le diagnostic, est celui-ci, savoir: que la digitale calme beaucoup mieux l'accélération des battements du cœur dans les lésions organiques que dans les palpitations nerveuses.

On dit généralement que dans le ralentissement des battements du cœur il n'y a de modifié que le grand silence, qui se trouve prolongé; c'est une erreur: quelquefois le premier bruit est aussi d'une durée plus grande, comme cela a lieu dans les bruits filés dont nous avons parlé tout à l'heure.

Altérations dans la force de plusieurs battements consécutifs du cœur.

Aucun auteur jusqu'à présent, à l'exception de M. Bouillaud, n'a insisté sur la différence de force que peuvent présenter plusieurs battements consécutifs du cœur. C'est pourtant un fait très-important pour le diagnostic et auquel nous voulons consacrer un paragraphe spécial.

Quelquefois on entend plusieurs battements réguliers et égaux, puis le suivant s'affaiblit au point de devenir à peine perceptible. D'autres fois, au lieu d'un bruit faible, on entend plusieurs, formant une série continue, composée de trois, quatre, six, dix battements; puis les battements de force normale se reproduisent. Les battements faibles sont généralement plus précipités que les autres; mais nous laissons provisoirement ce fait de côté, pour y revenir plus-

loin. Dans d'autres circonstances, la plupart des bruits sont faibles, puis il arrive un ou plusieurs bruits énergiques, qui font mal à l'oreille; le cœur frappe comme un marteau et bondit dans la poitrine. On comprend généralement ces faits dans les irrégularités et les intermittences du cœur. C'est une erreur : on devrait les nommer *inégales* des battements du cœur.

Les sensations que l'oreille éprouve alors sont variées suivant les cas. Dans certaines circonstances, au moment d'un bruit faible, il semble que la pulsation, que le battement soit *avorté*, c'est-à-dire que les ventricules n'aient pas pu achever leur systole, que leur contraction soit affaiblie ou hésitante; alors les bruits sont enrourés, sourds, étouffés. D'autres fois il semble, au contraire, que le cœur se contracte *à vide*, c'est-à-dire n'étant pas rempli; il fait comme un *faux pas*. Alors le bruit est très-court et clair. Dans tous ces cas, la pulsation n'arrive point aux artères, et il y a, dans les vaisseaux, des arrêts qu'on ne retrouve point au cœur; de là le nom de *fausses intermittences* employé par Laënnec.

M. Bouillaud, qui a créé ces excellentes dénominations de battements avortés, battements à vide, hésitations, faux pas du cœur, accorde beaucoup de valeur à ces phénomènes, à cause des déductions qu'on peut en tirer.

Les faux pas ou battements à vide semblent tenir à des **rétrécissements auriculo-ventriculaires**, circonstances dans lesquelles le cœur ne peut se remplir convenablement de sang dans la diastole. Les battements avortés ou hésitations semblent se former dans le cas d'**engorgement des ventricules**, lorsque les parois des cavités sont minces, que leur capacité est augmentée, et que la force de contraction n'est pas suffisante pour chasser la masse du sang stagnante dans le ventricule. Cette sorte de battement indiquerait plutôt une **dilatation de cavité** qu'un rétrécissement d'orifice. On la rencontrerait aussi dans les **ramollissements du cœur**, l'**atrophie** de cet organe, etc. Il est certain qu'on l'observe plus souvent dans les maladies du cœur droit que dans celles du cœur gauche.

Une conséquence de ces battements faibles, c'est le défaut de battement artériel. Or, ce fait a une signification des plus importantes. Si l'on tâte à la fois le cœur et le pouls, et qu'on sente au premier un battement faible, mais réel

cependant, et que la pulsation artérielle n'ait pas lieu, il n'y a que deux suppositions à faire : ou le ventricule gauche ne se remplit pas de sang, ou il ne peut se débarrasser de celui qu'il contient. Dans l'un ou dans l'autre cas, il faut supposer une lésion matérielle mettant obstacle à l'entrée du sang dans le cœur ou à sa sortie du ventricule. Or, l'absence du pouls artériel, coïncidant avec un battement du cœur, porte le nom de *fausse intermittence*. Donc, une fausse intermittence est toujours l'indice d'une lésion organique du cœur. Nous verrons plus bas qu'il n'en est pas de même des intermittences vraies.

Altérations dans l'ordre de succession des battements du cœur.

Les battements du cœur peuvent se suivre à intervalles inégaux.

Quelquefois plusieurs battements sont très-rapprochés; il y a alors *palpitation* à proprement parler. Les battements sont perçus par le malade, douloureux, accompagnés d'anxiété; ils sont souvent énergiques, leurs bruits sont tumultueux, quelquefois avortés; enfin ils se font souvent à vide. C'est le résultat ou d'un **désordre nerveux** ou d'une **altération organique**.

D'autres fois deux battements sont plus éloignés l'un de l'autre que les précédents et les suivants; le grand silence est augmenté; quelquefois une pulsation manque entièrement, c'est alors une *intermittence*. Cette absence de battement du cœur entraîne nécessairement un arrêt dans le pouls; il y a alors *intermittence vraie*, par opposition aux intermittences fausses que nous avons indiquées précédemment. Que signifie ce phénomène? Le cœur peut bien s'arrêter, hésiter, à cause d'une lésion organique, mais il peut aussi s'arrêter par l'effet d'une affection du système nerveux. Or, les caractères de l'intermittence que nous décrivons, n'ayant rien qui indique plutôt une lésion organique qu'une névrose, ne donnent aucune lumière au diagnostic; de sorte que les intermittences vraies n'ont pas de valeur diagnostique comme les fausses intermittences.

Enfin il arrive quelquefois que les battements se font avec une irrégularité, une ataxie, une *folie véritable* (Bouillaud). Ainsi les battements sont non-seulement séparés par des intervalles variables, mais encore ils sont de force iné-

gale. Cette anarchie, comparable au délire, se voit quelquefois dans les affections nerveuses, mais elle n'est durable que dans les lésions organiques.

Altérations du nombre des bruits d'une révolution du cœur.

M. Bouillaud est encore le premier qui ait montré que, pour une révolution du cœur, on pouvait entendre ou un seul bruit, ou trois bruits ou même quatre.

Quand les **valvules auriculo-ventriculaires**, dont la tension produit le premier bruit, sont tellement **altérées** qu'elles ne peuvent plus jouer, on comprend que la systole ne produise pas de bruit et qu'on n'entende que le claquement du second temps, produit par l'abaissement des sigmoïdes aortiques et pulmonaires. Dans ce cas on n'entend donc qu'un *seul* bruit du cœur.

La même chose arrive également quand les valvules sont embarrassées de **caillots**, de **fausses membranes**, quand le cœur est **dilaté** et **ne se vide pas** complètement, quand il est tellement **engoué** ou **hypertrophié**, qu'il ne se meut qu'avec peine dans la poitrine. On voit souvent entrer dans les hôpitaux des malades qui n'ont qu'un seul bruit du cœur, mais au bout de quelques jours, quand la circulation s'est ralentie, que l'équilibre s'est rétabli, le premier bruit se dégage, se reproduit; les ventricules se sont alors vidés complètement, les valvules ont repris leur jeu, le cœur se meut avec plus de liberté dans le thorax.

On a avancé que les **adhérences du cœur** au péricarde faisaient disparaître un des deux bruits du cœur; c'est un fait que la pratique n'a pas confirmé.

Quelquefois on entend *trois bruits* et même *quatre* pour une seule révolution du cœur. Voici comment on peut expliquer ce fait :

Si un **orifice auriculo-ventriculaire** est **rétréci**, le ventricule correspondant ne se remplira pas, dans la diastole, aussi vite que son congénère, et alors il pourra arriver que les systoles des deux ventricules ne soient plus **isochrones**; les contractions du côté droit et du côté gauche du cœur seront **déoublées**, et la tension des valvules auriculo-ventriculaires des deux côtés ne se fera plus simultanément, mais **successivement**; de même pour les sigmoïdes. De là la formation, facile à comprendre, de trois ou

quatre bruits. Ne pourrait-on pas dire aussi, avec MM. Barth et Roger, que le même résultat se produirait si l'un des ventricules était plus **faible** que l'autre et plus lent à se contracter? Dans tous les cas, les triples et les quadruples bruits sont toujours des signes de lésions organiques des orifices, des valvules ou des parois charnues du cœur.

Le caractère de ces bruits est très-variable; c'est quelquefois un bruit *d'enclume*, de *caille*, de *dactyle*, qu'on pourrait noter ainsi : tic-tac-tac, ou bien par une longue et deux brèves; quelquefois c'est l'inverse, et l'on a deux brèves et une longue : tic-tic-tac, ou un bruit de *rappel*, de *galop*, etc.

[Dans un travail lu en 1866 à la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Potain a soumis à de délicates recherches les **dédoublés normaux** des bruits du cœur. Nous ne citerons que les conclusions de ce travail.

Les bruits du cœur peuvent se **dédoubler** en l'absence de toute lésion. Ces **dédoublés normaux** ne sont pas rares et sont très-nettement accusés chez un cinquième des sujets. Ils subissent manifestement l'influence des mouvements respiratoires, ce qui les distingue des **dédoublés** résultant d'une affection cardiaque, lesquels ne sont que très-peu ou point influencés par l'acte respiratoire.

Quand la respiration est normale, le **dédoublé** du premier bruit s'entend surtout à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration; celui du second bruit à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration.

« Les **dédoublés normaux** résultent du claquement successif des valvules homologues des deux cœurs. La respiration agit ici en faisant varier la pression dans les vaisseaux veineux ou artériels. L'excès de pression dans l'aorte accélère la chute des valvules sigmoïdes et **dédouble** le second bruit; dans les veines il retarde l'occlusion de l'orifice tricuspide et **dédouble** le premier bruit. » Les causes qui font que ces **dédoublés** se rencontrent plutôt chez certains sujets que chez d'autres doivent probablement être rapportées à l'état de la circulation artérielle ou pulmonaire et à l'énergie du cœur lui-même.

Pour les distinguer des **dédoublés** qui se rencon-

trent dans certaines maladies du cœur, on observe que, dans le dédoublement *pathologique*, les deux bruits sont *écartés* et ne subissent pas l'influence des mouvements respiratoires, tandis que les dédoublements normaux sont ordinairement très-rapides, et manifestement influencés, comme nous l'avons dit, par le rythme de la respiration (1).]

[[Parmi les modifications du rythme cardiaque consistant en des bruits multiples, quelques-unes ont été plus particulièrement étudiées dans ces dernières années et on a pu déterminer leurs causes et leur valeur diagnostique.

Ainsi nous signalerons ailleurs le dédoublement du second bruit qui fait partie du rythme mitral si bien analysé par M. Duroziez. Le bruit double au second temps peut encore se montrer quelquefois au début de la péricardite ou dans l'adhérence du péricarde (Potain). Ces dédoublements du second bruit constituent le bruit de rappel de M. Bouillaud.

Dans d'autres circonstances, c'est le premier bruit qui est dédoublé; ce dédoublement, qui n'est encore bien connu ni dans son mécanisme ni dans sa signification pathologique, se montre dans quelques cas de maladie organique du cœur.

Enfin tout récemment M. Potain a, dans un important mémoire (2), étudié avec beaucoup de soin le rythme cardiaque désigné par M. Bouillaud sous le nom de *bruit de galop*, et il est arrivé à des résultats curieux et importants. Dans ce rythme on distingue trois bruits: les deux bruits normaux du cœur, avec leurs caractères habituels, et un bruit surajouté, qui se fait entendre avant le premier bruit, durant la présystole. Ce bruit anormal est sourd: c'est un choc, dit M. Potain, un soulèvement sensible, c'est à peine un bruit; quand on a l'oreille appliquée sur la poitrine, il en affecte la sensibilité tactile plus peut-être que le sens auditif; le point où on le perçoit le mieux est un peu au-dessus de la pointe du cœur, en tirant vers la droite. Quant à la valeur séméiologique de ce bruit de galop, M. Potain est arrivé à ce résultat qu'il coïncide habituellement avec une hypertrophie simple du cœur sans lésion d'orifice et qu'il est l'indice d'une variété particulière de

(1) Potain, *Société médicale des hôpitaux*, 22 juin 1866.

(2) Potain, *Société médicale des hôpitaux*, 23 juillet 1875.

maladie de Bright, de la néphrite interstitielle. Nous ne pouvons nous étendre ici sur le mécanisme de ce bruit que M. Potain considère comme lié à un battement diastolique ventriculaire rendu anormalement sensible par la brusquerie de l'afflux du sang dans la cavité du ventricule au moment de la présystole, ni sur l'interprétation des rapports qui l'unissent à l'altération rénale; nous nous bornerons à répéter que, d'après des observations déjà nombreuses, «Le bruit de galop, entendu au cœur, indique non-seulement une affection du rein, mais en désigne même spécialement l'altération sclérotique, et qu'il peut la déceler dès ses débuts ou même lorsqu'elle semble se perdre au milieu d'altérations différentes (Potain). »]]

XV. — ALTÉRATIONS DES BRUITS DU CŒUR PAR DES BRUITS ANORMAUX.

Les bruits anormaux qui couvrent ou remplacent les bruits naturels du cœur constituent sans doute une source précieuse d'éléments de diagnostic. Mais c'est aussi une source féconde d'erreurs, particulièrement en ce qui concerne le plus important de ces bruits, le souffle proprement dit. La fréquence de ce phénomène dans les lésions organiques du cœur, la facilité qu'on trouve à l'expliquer par le frottement du sang dans des orifices étroits, sur des surfaces rugueuses, ont fait prématurément associer ces deux termes dans l'esprit des observateurs. De sorte qu'il est presque passé en loi que maladie du cœur et bruit de souffle sont synonymes. Cette manière de voir est dangereuse à un double point de vue. En effet, quand le souffle manque, on établit qu'il n'y a rien du côté du cœur; quand il existe, on prononce le nom de lésion organique. Or, dans le premier cas, il peut y avoir de graves désordres cardiaques; dans le second il n'y a souvent aucune lésion appréciable. Les conséquences pronostiques et thérapeutiques de cette double erreur seront déplorables, on le conçoit facilement. La source de ce faux jugement, c'est l'auscultation, au moins quand on s'abandonne aux seuls renseignements qu'elle fournit, sans avoir égard à toutes les autres conditions pathologiques que peut présenter le malade.

Il est impossible de compter les victimes de cette fausse