

l'oreillette dans le ventricule, passage accéléré par la contraction auriculaire ; enfin un troisième bruit soufflant, prolongé, coïncidant avec la systole ventriculaire et le choc de la pointe, et qui résulte du reflux du sang du ventricule dans l'oreillette par l'orifice mitral insuffisant. Les deux premiers bruits dépendent donc du rétrécissement mitral, le troisième se rattache à l'insuffisance mitrale concomitante. Tous trois ont leur maximum d'intensité à la pointe du cœur, lieu d'élection des bruits auriculo-ventriculaires. Duroziez a établi de plus qu'il y avait en outre un dédoublement du deuxième bruit, résultant de la différence de la tension sanguine dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire par le fait de la maladie mitrale.

On peut représenter toutes les particularités qui précèdent par la notation suivante, proposée par Duroziez et modifiée par Maurice Raynaud (1) conformément à la théorie que nous avons présentée plus haut :

rrroù.	f.	foùt.	ta ta
roulement diastolique.	souffle présystolique.	souffle systolique	dédoublement du 2 ^e bruit normal.
Souffle prolongé de la pointe.			

Tel est le type complet des bruits morbides que peut produire la maladie mitrale. Suivant la prédominance du rétrécissement ou de l'insuffisance, l'un ou l'autre de ces bruits peut prédominer sur les autres ; ou bien, suivant les cas, quelques-uns d'entre eux peuvent être difficiles à percevoir.]]

2^e Détermination du côté de l'organe où se trouve la lésion.

Reste maintenant à déterminer le côté du cœur dans lequel siège la lésion des orifices ou des valvules.

On a dit que l'on entendait particulièrement les bruits anormaux du cœur droit dans le côté droit de la poitrine, et ceux du cœur gauche dans le côté gauche ; c'est une règle beaucoup trop vague et surtout très-peu exacte.

(1) Maurice Raynaud, Art. CŒUR, du *Nouveau Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*, t. VII, p. 633, Paris, 1868.

M. Littré a donné quelques préceptes d'une grande importance quand ils sont bien appliqués. « Quand il y a, dit-il, rétrécissement ou insuffisance au cœur gauche, le bruit morbide qui, à la région précordiale, masque le bruit naturel correspondant au 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, quoique éloigné. M. Rayer a observé que l'endroit où l'on entend le mieux le cœur droit sain, quand le cœur gauche est malade, est la région épigastrique. J'ai entendu plusieurs fois en ce point, d'une manière très-nette, le tic tac régulier, tandis que le cœur gauche donnait un bruit morbide. Le contraire a lieu si c'est le cœur droit qui est malade ; c'est à gauche et loin du cœur qu'il faut chercher le tic tac naturel. Enfin, si l'on trouvait, loin du cœur et des deux côtés de la poitrine, un bruit morbide, on conclurait que les deux moitiés sont affectées, etc. (1). »

Ainsi que MM. Barth et Roger le font observer, on a souvent mal appliqué la règle indiquée par M. Littré ; il ne s'agit pas du *siège absolu* du bruit, mais bien de son siège relativement à un point où l'on entend le tic tac normal du cœur ; si ce tic tac est relativement à droite, quelle que soit d'ailleurs la position du bruit à la région précordiale, le cœur droit est sain, et inversement pour le côté gauche du cœur.

Les auteurs que nous venons de citer font observer avec très-juste raison que cette règle ne s'applique qu'aux orifices auriculo-ventriculaires, mais nullement aux orifices artériels ; ici, en effet, les bruits anormaux de l'aorte se propageront dans la direction de cette artère, c'est-à-dire derrière le sternum et vers la clavicule droite, tandis que ceux de l'artère pulmonaire tendront vers la clavicule gauche.

Toutes ces règles peuvent avoir leur importance, mais nous croyons que les phénomènes généraux en ont plus encore. En effet, dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires gauches, on remarquera surtout de l'étroitesse du pouls ; dans celui de l'aorte, le pouls sera vibrant,

(1) Littré, *Dictionnaire de médecine*, en 30 volumes. t. VIII, p. 335.

accompagné de frémissement. C'est surtout dans les lésions du cœur droit que le diagnostic devra s'appuyer sur la considération des troubles généraux de la circulation.

[Dans quelques cas, on a pu diagnostiquer des lésions de l'artère pulmonaire, en se basant surtout sur la localisation du souffle à gauche du sternum. M. Aran a observé au niveau de l'articulation sternale du troisième cartilage gauche un souffle rude qui lui permit de diagnostiquer un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. Mais ces faits sont exceptionnels. Le plus souvent les lésions du cœur droit passeraient complètement inaperçues si on ne se guidait que sur les signes stéthoscopiques. Dans un excellent mémoire, M. Gouraud a montré que ces lésions se développaient fréquemment à la suite des maladies pulmonaires, et que, si elles se dévoilaient rarement par des phénomènes d'auscultation comme les lésions du cœur gauche, en revanche le reflux du sang dans les jugulaires, les congestions viscérales, les hydropisies formaient un ensemble de symptômes le plus souvent caractéristique(1).]

Maintenant nous devons nous poser une question. Quand on entend au cœur un bruit de souffle non chlorotique, doit-on toujours supposer ou un rétrécissement ou une insuffisance? Non, car nous avons vu que le simple état de gonflement, de dépoli de l'endocarde, que de légères concrétions sanguines ou fibreuses peuvent donner lieu à un souffle. On ne se décidera donc à diagnostiquer une lésion d'orifice ou de valvule que quand il y aura, en même temps que du souffle, des phénomènes généraux en rapport avec la lésion que l'on suppose. Il nous arrive bien souvent, chez des individus affectés de maladies étrangères au cœur et qui n'ont pas de chlorose, de trouver un souffle; soit à la base, soit à la pointe; nous ne diagnostiquons alors ni rétrécissement ni insuffisance; nous établissons seulement qu'il existe quelque lésion de peu d'importance, ancienne; reste d'inflammations partielles de la membrane interne du cœur, comme on en voit si souvent chez les personnes qui ont eu des rhumatismes, des fluxions de poitrine, ou même des bronchites intenses et prolongées. Ce diagnostic

(1) Xavier Gouraud, *Influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit*. Thèse de doctorat. Paris, 1865.

a été si souvent confirmé par l'autopsie, que nous n'en comptons plus les cas. On se rappellera combien il est rare de trouver sur le cadavre des valvules saines, minces et translucides, comme dans l'état normal; et, d'un autre côté, combien il faut peu de chose pour produire un bruit de souffle cardiaque. Enfin, on remarquera que ces bruits, qui se rattachent à de simples rugosités, à des végétations, etc., ne s'entendent jamais qu'au premier temps.

Inutile d'ajouter que les dilatations aortiques, les anévrysmes donnent aussi lieu à un souffle simple ou double, dont le siège est en général à la partie droite du sternum, vers le haut de cet os, à la base du col, etc.

Nous ne pouvons pas terminer ce qui est relatif aux souffles sans rappeler ce que nous avons dit plus haut. L'auscultation est sans doute d'un grand secours, mais elle n'est pas un guide infallible dans le diagnostic des maladies du cœur. Souvent elle fait percevoir des souffles quand il n'y a point d'affection cardiaque; quelquefois elle n'en fait pas reconnaître, quoiqu'il y ait des lésions organiques fort prononcées; d'autres fois enfin ses renseignements sont si incomplets, qu'ils ne peuvent donner des résultats que quand on consulte en même temps tous les autres phénomènes observables.

XVII. — BRUITS DE RAPE, DE SCIE, DE LIME.

Ce ne sont que des modifications du bruit de souffle, et ils ne s'en distinguent que par leur rudesse et la gravité ou l'acuité de leur timbre.

Le bruit de rape ressemble au bruit de la rape à bois, au ronflement d'un rouet; il imite le son prolongé de la lettre R; il est ordinairement très-prolongé, et quelquefois assez pour remplacer complètement les deux bruits du cœur. Son timbre est toujours plus ou moins gras, comme enroué; le plus ordinairement il change de caractère pendant sa durée, et il commence ou finit par un souffle; il a souvent assez d'intensité pour être entendu dans une grande étendue de la poitrine et pour se propager surtout dans la région dorsale. Souvent aussi il paraît se passer à une grande profondeur, et il ne s'entend que dans un seul point; il semble que l'ondée sanguine arrive perpendiculairement aux parois de la poitrine et que le bruit pénètre