

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

directement dans l'oreille. Presque toujours le bruit de râpe se passe dans les orifices auriculo-ventriculaires.

Les bruits de scie et de lime ont un timbre aigu et criard, qui va jusqu'au sifflement, mais ils sont généralement plus brefs que les précédents. Le premier imite le son prolongé de la lettre S; tous deux sont plus communs dans la systole que dans la diastole; ils se passent principalement dans les orifices artériels.

Tous sont permanents; ils ne se modifient que très-lentement, et ordinairement leur rudesse va en croissant, par suite de l'augmentation des lésions qui les produisent.

Presque toujours ils s'accompagnent de *frémissement vibratoire*.

Le caractère de ces bruits est en rapport avec l'état anatomique des orifices traversés par le sang. Le bruit de râpe se produit surtout dans des orifices rétrécis et garnis de rugosités épaisses, à demi solides; aussi indique-t-il surtout l'épaississement des valvules, les végétations, les dépôts fibrineux durs, les caillots, etc. Il emprunte son caractère gras et ronflant à la demi-mollesse des parties dans lesquelles il se passe. Les bruits de scie et de lime indiquent plus particulièrement la sécheresse, la dureté, l'ossification des membranes valvulaires et des orifices. C'est pour cette raison qu'on entend surtout ces derniers aux orifices artériels, tandis que les autres se manifestent plutôt aux orifices ventriculo-auriculaires, l'état d'ossification se produisant plus promptement dans les premiers que dans les seconds.

Il résulte de ce que nous venons de dire que les bruits rudes ont une valeur plus grande que le souffle simple, car ils indiquent toujours une lésion des valvules ou des orifices. Et, de plus, ils traduisent pour ainsi dire la nature de la lésion et le degré auquel elle est parvenue. Tandis que par le souffle on ne peut juger que d'un état de dépoli, de la présence de rugosités légères sur l'endocarde, par le bruit de râpe on reconnaît l'épaississement, la formation de produits cellulo-fibreux, de végétations plus ou moins dures, et, par celui de scie ou de lime, la formation de concrétions tout à fait dures, cartilagineuses, ossiformes.

Ici nous devons faire une remarque importante. MM. Littré, Barth et Roger ont établi que les bruits de souffle par in-

suffisance sont toujours doux. Or cette proposition nous paraît être inexacte; et elle doit tomber, s'il est vrai que le bruit de souffle au premier temps, à la pointe, et que l'on rapporte au rétrécissement auriculo-ventriculaire, est réellement lié à l'insuffisance qui accompagne celui-ci, ainsi que nous avons cherché à le démontrer. La proposition, disons-nous, serait inexacte, puisque ce bruit a ordinairement le caractère râpeux.

XVIII. — BRUIT DE PIAULEMENT

Le bruit de pialement (*sibilus, sifflement musical*) ne serait, selon M. Bouillaud, que le degré le plus élevé, le ton le plus aigu du bruit de souffle, et il supposerait à peu près les mêmes conditions portées à leur degré extrême. « Il y a entre ces deux bruits la même différence qu'entre l'action de *souffler* et celle de *siffler*, et tout le monde sait par quel mécanisme on passe de l'une à l'autre. »

Le bruit de pialement a été remarqué pour la première fois par M. Bouillaud et par M. le docteur Moret. Sa découverte remonte à l'année 1828, mais, jusqu'à l'époque de la publication du *Traité des maladies du cœur* (1), personne, au dire de M. Bouillaud, n'en avait encore parlé; il a été depuis constaté par plusieurs observateurs et décrit dans bon nombre de livres.

Caractères. Le bruit de pialement se distingue du souffle par son timbre musical; il ressemble quelquefois au miaulement d'un jeune chat, au roucoulement d'une tourterelle ou d'un pigeon, au cri de la caille (Bouillaud); M. J. Pelletan, MM. Barth et Roger l'ont comparé au cri du canard, que l'on imite avec ces jouets d'enfants que tout le monde connaît. M. Cazenave l'a assimilé au pialement d'un jeune poulet. Ce bruit est toujours sur un ton musical élevé, mais la note peut varier quelque peu dans un court espace de temps, de façon à donner une sorte de modulation.

Ce bruit, à la différence des bruits anormaux et musicaux des artères, n'est jamais double ni continu; il ne se

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

fait entendre qu'à un seul temps des battements du cœur; il n'a été entendu jusqu'à présent qu'au premier temps; souvent il termine un bruit de scie; on trouve ce fait noté deux fois dans les livres de M. Bouillaud. Il est souvent faible et difficilement perceptible; quelquefois fortement accusé; quelquefois si intense, qu'on peut le percevoir sans appliquer l'oreille sur la poitrine et à une distance de plusieurs pouces à un et deux pieds; les malades en ont alors conscience. Ce qui est singulier, c'est que, quand on l'entend à distance du thorax, on ne le perçoit plus aussi bien par l'application de l'oreille. On le constate soit à la pointe, soit à la base du cœur, et même, quand il se fait entendre à distance, on peut encore facilement le rapporter à tel ou tel point de la région précordiale.

C'est de tous les bruits peut-être le plus variable; il se fait entendre d'une manière continue, ou bien pendant quelques battements seulement, pour revenir après un intervalle plus ou moins long; la plupart du temps, il ne dure que quelques jours et en présentant toujours par intervalles une diminution ou une augmentation de force. Chez un jeune homme, où il était assez intense pour être entendu à près de deux pieds de la poitrine, il n'a duré que quinze jours environ, et il ne s'est pas reproduit depuis, quoique ce malade fût atteint d'un rétrécissement avec insuffisance de l'aorte. Presque jamais il n'est seul; il coïncidait une fois avec un triple bruit (1). Le plus souvent il s'accompagne de bruits de râpe ou de souffle pendant le premier ou deuxième temps, et quelquefois aux deux temps; quand il est seul, il peut masquer un souffle qui redevient perceptible quand le sibilus disparaît. M. Bouillaud l'a rencontré une fois chez une femme dont les battements du cœur se répétaient cent seize fois par minute. Peut-être cette accélération est-elle la cause du bruit dans ce cas, mais elle n'est pas nécessaire cependant pour la production du sibilus, car, chez la malade dont nous avons parlé, la circulation était calme.

(1) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, t. II, p. 353.

Maladies dans lesquelles on rencontre le bruit de piaulement.
— Valeur diagnostique.

Le piaulement accompagne toujours une maladie organique du cœur, circonstance dont on ne peut douter quand même on n'a pas l'occasion de s'en assurer anatomiquement, car il existe simultanément avec d'autres phénomènes si tranchés, qu'on ne peut les méconnaître.

M. Bouillaud l'a rencontré, une fois, chez une femme atteinte d'un **rétrécissement auriculo-ventriculaire** gauche si prononcé, qu'il n'existait plus qu'une fente de 7 millimètres dans le plus grand diamètre de l'orifice. Chez une autre, il y avait un **rétrécissement aortique** avec épaissement et incrustations calcaires et fibro-cartilagineuses des valvules, qui rendaient leur surface inégale et comme raboteuse. Chez deux autres malades, on a constaté des rétrécissements d'orifice, dont le siège n'est pas indiqué. MM. Barth et Roger l'ont trouvé dans un rétrécissement aortique; le cas que nous avons cité était de ce dernier genre. Il résulterait de ces faits que peut-être le sibilus serait plus fréquent dans les rétrécissements aortiques que dans toute autre lésion, mais nous n'avons pas assez de données pour la solution de ce problème.

Quoi qu'il en soit, il est certain que ce bruit se rattache toujours à des lésions d'orifices ou de valvules; mais comme il n'est pas permanent, peut-être faut-il en attribuer la formation à des conditions, passagères aussi, déterminées par ces rétrécissements. Une fois il coïncidait avec une grande fréquence des battements du cœur; peut-être n'était-il alors que le résultat de la **rapidité de la circulation** et de vibrations plus vives imprimées par la colonne sanguine aux parois indurées; mais dans un autre cas, où la circulation n'était pas accélérée, on devait peut-être l'attribuer à des **caillots**, à des **flocons pseudo-membraneux** attachés aux valvules, et qui, en flottant, pouvaient couper la colonne sanguine; la facilité avec laquelle disparaissent et ce bruit et les caillots dont nous parlons semble confirmer une pareille supposition. Il a été publié, dit M. Bouillaud, dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, un cas de bruit de sifflement du cœur chez un individu à l'ouverture duquel on ne trouva rien autre chose qu'une

concrétion sanguine, évidemment formée avant la mort (1).

La présence d'un sifflement musical sera donc l'indice d'un rétrécissement d'orifice avec lésion valvulaire, et de la formation probable de caillots ou de concrétions fibrineuses dans cet orifice.

XIX. — BRUIT DE FROTTEMENT.

Dans l'état normal, les mouvements de *locomotion* du cœur dans la cavité du péricarde se font d'une manière silencieuse; dans l'état pathologique et par suite du dépôt des surfaces, il se produit des bruits divers qu'on désigne sous le nom de *frottements du péricarde*.

Laënnec avait entendu « un bruit semblable au *cri de cuir* d'une selle neuve sous le cavalier », et il le rapportait à la péricardite, mais il renonça à son explication, car il ajouta : « J'ai cru pendant quelque temps que ce bruit pouvait être un signe de péricardite, mais je me suis convaincu depuis qu'il n'en était rien. » Sous ce rapport Laënnec n'a pas été plus heureux que pour l'explication d'un grand nombre de phénomènes acoustiques du cœur. Un de ses chefs de clinique reproduisit le fait et l'explication, et établit qu'en effet le bruit de cuir est un signe de péricardite. Il n'est pas fait mention de cette démonstration dans la deuxième édition du *Traité de l'auscultation*, bien qu'elle soit postérieure au livre de M. Collin. Au reste, l'un et l'autre n'avaient indiqué qu'une des formes les plus rares du frottement; c'est à M. Bouillaud que revient l'honneur d'en avoir donné une description complète.

Caractères. Le bruit en question donne la sensation de deux corps plats et plus ou moins rugueux qui frottent l'un contre l'autre dans une certaine étendue. Ce bruit est toujours superficiel, car on n'entend que celui qui se passe entre la face antérieure du cœur et la portion du péricarde qui tapisse les côtes et le sternum. Il n'est pas probable qu'on ait jamais entendu celui qui se produit entre la face postérieure du cœur et le feuillet correspondant du péricarde. Nous avons plusieurs fois trouvé des péricardites rétro-cardiaques et dans lesquelles nous n'avions constaté aucun frottement pendant la vie. On le perçoit dans une

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, t. 1, p. 212.

grande étendue et quelquefois dans toute la région précordiale, à moins que les fausses membranes ne soient partiellement déposées sur le cœur. Nous avons vu une fois M. Bouillaud annoncer qu'il n'entendait de frottement que dans la région des cavités droites, et l'autopsie montra qu'il n'y avait en effet de fausses membranes que sur le ventricule droit; mais les faits de localisation de cette nature sont fort rares. A part cette exception, il n'y a pas de lieu de maximum d'intensité pour le frottement; le bruit est à peu près égal dans une grande surface. Enfin il est *plat* et non arrondi ou filé, comme les bruits qui se passent dans les orifices.

Il se produit soit au second temps, soit surtout au premier, et quelquefois pendant tous les deux; il forme alors un va-et-vient qui rappelle le bruit de la scie, non pour le timbre, mais pour le mode de succession. Quelquefois il n'appartient manifestement ni à l'un ni à l'autre temps, quoiqu'il soit cependant isochrone aux battements du cœur.

Ce bruit est beaucoup plus court que le frottement pleural, plus rapidement formé et terminé, ce qui est nécessairement en rapport avec la rapidité plus grande des mouvements du cœur.

Il est très-sujet à varier; quelquefois sous l'oreille même il disparaît et se reproduit sans cause connue. Il se modifie toujours très-rapidement en peu de jours; il peut persister des semaines et même des mois, mais il est rare alors qu'il conserve les mêmes caractères. Nous reviendrons plus bas sur ce fait. Chez quelques individus on le sent plus fort dans la station assise, ce qui s'explique par le rapprochement du cœur contre la paroi thoracique.

Il s'accompagne quelquefois d'un frémissement vibratoire distinct.

Son intensité et ses caractères diffèrent beaucoup suivant l'état des surfaces qui le produisent. Nous sommes étonnés qu'on ait pu dire que le frottement péricardique est presque toujours beaucoup plus fort que le frottement pleural; d'après nos observations, ce serait tout le contraire qu'il faudrait énoncer, au moins pour la plupart des formes de ce bruit.

M. Bouillaud en distingue trois espèces, un bruit doux ou frôlement, un plus rude, craquement, un troisième plus fort encore, raclement.

Le bruit le plus doux donne quelquefois la simple sensation d'un *grattement* léger qui se passerait sous l'oreille et dans un point assez limité, qui généralement ne correspond à aucun orifice et se déplace facilement; d'autres fois c'est un *frôlement* ou un *frouissement*, quelquefois une sorte de *lapement*; enfin, à un degré plus avancé, c'est un *froufrou* comparable à celui d'une étoffe de soie, du taffetas, du papier, du *billet de banque* ou du *parchemin*.

Cette forme de frottement est souvent confondue avec le souffle, néanmoins elle s'en distingue et n'empêche pas de percevoir les claquements valvulaires, quand on les cherche attentivement.

La seconde forme est désignée par M. Bouillaud sous le nom de *frottement rude* et de *craquement*; elle imite le cri du *cuir neuf*, le *tiraillement*, le *craquement sec* qu'on entend souvent au sommet du poumon chez les tuberculeux qui ont une pleurésie sèche et des adhérences commençantes. C'est un bruit très-rare; M. Bouillaud dit ne l'avoir entendu qu'une fois. M. Andral l'a entendu une fois aussi. Nous avons constaté aussi, chez un rhumatisant, un bruit qui ressemblait beaucoup à un gros râle crépitant de pneumonie en résolution, et que M. Bouillaud nous dit être analogue à ce qu'il nomme *craquement* ou *frottement rude*. Il existait dans les deux mouvements du cœur.

Le bruit de *raclement* est une variété du bruit de frottement, qui diffère de toutes les autres, en ce qu'il semble réellement produit par le raclement d'un corps très-dur et cartilagineux contre la surface du péricarde. Il présente quelquefois une grande ressemblance avec la crépitation des fractures. C'est ordinairement ce bruit qui s'accompagne de frémissement vibratoire.

Les modifications, la marche et la durée du frottement sont variables comme les lésions qui le produisent. Nous analyserons ces phénomènes plus bas.

Diagnostic différentiel. On peut confondre le frottement péricardique avec le frottement pleurétique, le souffle et le bruit de râpe qui se passe dans le cœur.

Le frottement du péricarde peut être confondu avec celui de la plèvre, parce qu'il arrive que dans la pleurésie la respiration accélérée peut se rapprocher par sa fréquence de celle du cœur. On évitera la méprise en faisant suspendre la respiration, précaution que l'on doit toujours

avoir quand on n'a pas une grande habitude de l'auscultation.

Quelquefois une péricardite et une pleurésie coexistantes peuvent donner lieu chacune à un frottement; or ces deux bruits, ayant lieu dans le voisinage l'un de l'autre, se renforcent mutuellement et peuvent faire croire à une lésion du cœur ou de la plèvre, plus importante que celle qui existe réellement. On amoindrira encore l'effet produit, par la suspension de la respiration, et l'on attribuera alors à chacune des séreuses la part qui lui revient dans la production du bruit.

Nous avons déjà dit que le bruit de souffle du cœur peut être confondu avec le frottement doux du péricarde. Nous répétons que les caractères différentiels sont les suivants: le frottement péricardique est plat, non filé, ne paraissant pas se passer dans un orifice; il est superficiel, éparpillé, sans maximum d'intensité. Il varie par la position des malades, c'est-à-dire qu'il est plus fort dans la position assise. Il se modifie rapidement et change en peu de jours. Le souffle est au contraire profond, plus ou moins *filé*, de *forme cylindrique*, toujours circonscrit; il ne se modifie pas par les changements de position et est ordinairement permanent; enfin ce souffle s'accompagne, ou d'autres phénomènes de lésions organiques, ou de phénomènes de chlorose. On tirera aussi d'utiles renseignements des circonstances dans lesquelles le phénomène se développe. La péricardite ne se produisant guère que dans le cours ou dès le début du rhumatisme, de la pneumonie, de la pleurésie, on ne pensera pas beaucoup au frottement dans d'autres cas; mais aussi, quand on aura sous les yeux une des maladies en question, on pensera de suite au frottement du péricarde, et, dans le doute, on penchera plutôt en faveur de ce dernier, vu la fréquence de coïncidence de la péricardite avec les maladies énumérées.

Le frottement rude ressemble quelquefois au bruit de râpe, et la distinction est difficile; cependant, si l'on trouve ce bruit dans la convalescence d'un rhumatisme, d'une pneumonie ou d'une pleurésie, chez un individu qui n'en a jamais eu d'autres attaques et qui n'a pas eu consécutivement de maladies du cœur; si ce bruit se manifeste en peu de temps, il est à peu près certain que c'est un frottement, car les endocardites valvulaires ne produisent jamais

si promptement les altérations fibreuses, fibro-cartilagineuses qui peuvent donner lieu au souffle râpeux. La rapidité avec laquelle le frottement rude se modifie et disparaît, pour faire place à un souffle plus ou moins doux, aidera encore le diagnostic. Le frottement râpeux n'est quelquefois pas tout à fait isochrone à l'un ou à l'autre des temps du cœur, et l'on peut alors percevoir le double claquement valvulaire sans altération. Enfin, il est rare qu'on ait un souffle râpeux sans hypertrophie du cœur, frémissement vibratoire, battements irréguliers, modifications dans la circulation artérielle ou veineuse.

*Maladies dans lesquelles le frottement se rencontre. —
Valeur diagnostique.*

Ce phénomène ne se montre et ne peut se montrer que quand il y a un état de dépoli et de rugosité du cœur et du péricarde pariétal, et, comme ces deux états ne se rencontrent que dans la **péricardite**, il devient nécessairement un caractère à peu près univoque de cette maladie.

Mais, pour bien en faire comprendre la valeur, nous devons en étudier les diverses formes.

Tout à fait au début de l'inflammation du péricarde, et quand il n'y a qu'un peu de boursoufflement de la séreuse, quand la surface n'est que dépolie, desséchée ou moins humide que de coutume, on ne peut percevoir qu'une sorte de grattement et de lapement; on sent que la pointe se décolle un peu difficilement de la paroi thoracique, mais il n'y a pas de frottement rude, à proprement parler. Un peu plus tard, tout phénomène acoustique disparaît, car il se fait un épanchement qui éloigne le cœur des parois thoraciques : les bruits sont éloignés, sourds, plus ou moins étouffés; on entend quelquefois alors un léger souffle, mais qui tient à une endocardite. Quand l'épanchement se résorbe, on commence à entendre de nouveau un bruit de frottement, dû au retour du contact du cœur contre le thorax. Il y a donc dans la péricardite un bruit de frottement de *début* et un bruit de frottement de *retour*, comme il y a pour la pneumonie un râle crépitant d'invasion et un râle crépitant de retour. Mais tandis que dans la pneumonie ces bruits se ressemblent beaucoup, ils diffèrent considé-

ablement dans la péricardite. En effet, celui de début est doux et léger, quelquefois à peine perceptible : celui de retour est plus ou moins rude, circonstance qui dépend de ce que les fausses membranes ont eu le temps de s'organiser, ou, du moins, de se solidifier pendant le temps qu'a duré l'épanchement. Alors ce bruit prend les caractères du froufrou, du râle crépitant, du bruit de cuir neuf, etc. Ces bruits se modifient promptement; quelquefois, mais rarement, ils deviennent plus rudes; le plus ordinairement, ils diminuent d'intensité, ce qui indique que les pseudo-membranes se résorbent ou deviennent plus unies à la surface. Quand celles-ci se réduisent à l'état de taches blanches ou laiteuses, on retrouve un frôlement doux et comparable à un souffle. M. Bouillaud a souvent diagnostiqué cette disposition, par la présence d'un frôlement superficiel, plus ou moins étendu, chez des individus atteints antérieurement de rhumatismes ou de pleuro-pneumonies. S'il se forme des adhérences, on entend du craquement, du tiraillement; enfin, si les produits pseudo-membraneux deviennent crétaqués, on entend du raclement plus ou moins prononcé. M. Bouillaud a diagnostiqué une fois la présence d'un produit de cette nature, et à l'autopsie on rencontra en effet une plaque ossiforme, qui recouvrait en partie le cœur et s'enfonçait, d'autre part, entre ses fibres charnues.

Comme on le voit, le frottement est un signe certain de péricardite, ou, pour mieux dire, de la présence de *produits récents ou anciens de péricardite* à la surface du cœur et du péricarde pariétal. Comme il ne se manifeste que quand il n'y a pas de liquide, c'est un signe de péricardite sèche, ou du moins avec peu de liquide. Par ses modifications, il indique l'état des fausses membranes qui le produisent. Enfin, comme il ne se manifeste que très-faiblement au début, et qu'il devient plus fort après la résorption de l'épanchement, ce sera, toutes les fois qu'il deviendra bien appréciable, un signe de péricardite en résolution plutôt qu'en voie de progrès. Cette circonstance est fort importante pour la thérapeutique. En effet, si l'on pense qu'un frottement un peu rude indique une forte péricardite, on se croira obligé d'intervenir à l'aide d'un traitement actif, et l'on nuira plus au malade qu'on ne lui sera utile; car on agira alors sur une maladie en résolution et qui se serait terminée seule.

Ainsi, un frottement de moyenne intensité est plutôt un symptôme de péricardite en résolution que de péricardite commençante.

Nous avons vu une fois le péricarde parsemé de **tubercules** crus assez volumineux, chez un individu qui n'avait présenté aucun symptôme morbide du côté du cœur. Peut-être, dans d'autres cas, cette lésion peut-elle donner lieu à un frottement, de même aussi que des **tumeurs colloïdes, mélaniques, des kystes, de petits anevrysmes sans adhérences**; mais jusqu'ici rien de tout cela n'a été vu.

ART. II. — SIGNES LOCAUX FONCTIONNELS.

Nous ne décrivons comme tels que la *douleur* et les *palpitations*. Nous pourrions y joindre la dyspnée; mais, d'abord, ce phénomène n'appartient plus au cœur, et, d'un autre côté, nous l'étudierons à propos des maladies pulmonaires.

I. — DE LA DOULEUR.

Nous devons rappeler ici ce que nous avons dit à propos des affections cérébrales, et que nous répéterons à l'occasion des maladies de l'abdomen. La douleur ne se manifeste et ne peut se manifester que dans des organes naturellement pourvus de nerfs sensitifs, c'est-à-dire provenant du système cérébro-spinal, tandis qu'elle manque et qu'elle doit manquer dans les viscères privés de nerfs rachidiens directs et qui ne sont animés que par le grand sympathique. Nous ferons remarquer combien sont latentes les affections, même les plus graves, de l'intestin grêle, parce que ce viscère ne reçoit directement aucun nerf de l'épine. Nous rappellerons que les ulcérations tuberculeuses sont indolentes, que celles de la fièvre typhoïde le sont aussi. En effet, comment la localisation intestinale de cette affection aurait-elle échappé jusqu'à présent à l'observation, si elle n'avait pas été tout à fait *latente* sous le rapport de la douleur? Ce n'est pourtant pas une affection moderne; elle existe probablement depuis la plus haute antiquité; cependant on n'a connu ses lésions intestinales que par l'anatomie pathologique, et pas autrement. Il n'en a pas été de même de toutes les affections

douloureuses; de toute antiquité on les a localisées, de toute antiquité on a connu la pleurésie, la pneumonie, la phrénésie (méningite), la paraphrénésie (pleurésie diaphragmatique).

Ce que nous disons de l'intestin grêle, nous pouvons le dire du cœur. C'est un viscère dont beaucoup d'affections sont restées *latentes* jusqu'ici et doivent rester telles, en effet, si l'on ne sait pas les rechercher par des moyens particuliers d'observation.

Le cœur est en effet insensible dans l'état normal (Haller). On peut le pincer, le tenailler, etc., sans y déterminer la moindre douleur; et, dans l'état pathologique, il n'est pas, il ne peut pas être plus douloureux; l'inflammation ou tout autre état morbide ne peut pas l'*élever* jusqu'à la hauteur d'un organe sensible, à moins qu'elle ne détermine la formation spontanée, et de toutes pièces, de nerfs sensitifs, ce qui est peu probable!

Si l'on part de ce principe, que M. Bouillaud s'efforce toujours de mettre en lumière, on verra combien on doit en tirer d'importantes conséquences pour le diagnostic des maladies du cœur et pour le traitement des malades.

Par lui-même le cœur est insensible, c'est donc dire que toutes ses maladies sont indolentes; le fait est vrai, mais demande quelques développements.

Maladies dans lesquelles la douleur se manifeste. — Valeur diagnostique.

On voit beaucoup de personnes jeunes, surtout des femmes, se plaindre de palpitations, d'étouffements, et qui, de plus, ressentent une douleur plus ou moins vive sous le sein gauche et au niveau de la pointe du cœur. On commettrait une erreur si l'on considérait ces personnes comme affectées de lésions du cœur, et si l'on regardait cette douleur comme appartenant au cœur lui-même. La plupart de ces malades sont chlorotiques ou anémiques, leurs palpitations sont nerveuses, et leur douleur n'est qu'un point névralgique. En effet, on voit que, pour les palpitations, elles ne reviennent que sous l'influence d'une émotion, d'une agitation un peu forte, de l'action de cou-