

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-

rir, de monter, qu'elles se passent promptement, qu'elles sont aussi mobiles dans leur manière d'être que les maladies nerveuses elles-mêmes; qu'elles ne s'accompagnent d'aucun trouble notable dans la circulation, et qu'il est impossible de saisir aucun indice de changements dans le volume, la forme, l'épaisseur du cœur. Ces individus présentent, en outre, les souffles chlorotiques des vaisseaux; et, quant aux phénomènes généraux, ils témoignent seulement de l'état de liquidité ou d'appauvrissement du sang, et nullement d'une gêne de la circulation. Quant à la douleur, elle est nerveuse, car elle est superficielle et siège dans l'épaisseur de la paroi thoracique, comme on peut s'en assurer par la pression; elle est mobile, et de plus il existe d'autres points douloureux dans le même côté du thorax, vers les trous de conjugaison des vertèbres; enfin il y a aussi d'autres affections douloureuses, des névralgies abdominales, faciales, de la gastralgie; chez les femmes, des névralgies du col utérin, de la leucorrhée, etc.

Tous ces phénomènes sont chlorotiques, et, si les faits précédents ne suffisent pas pour le démontrer, nous ajouterons qu'ils finissent ordinairement par disparaître en laissant les malades en santé, ce qui n'arrive que de la manière la plus exceptionnelle pour les affections organiques du cœur. On aurait donc tort de considérer la douleur précordiale comme indiquant une lésion organique. C'est cependant ce qui n'a lieu que trop souvent, soit chez les femmes, soit chez les hommes. On pratique des saignées, on applique des sangsues, des ventouses; les accidents augmentent par l'appauvrissement du sang, et l'on voit alors survenir des palpitations énormes, des douleurs extrêmes et des accès de dyspnée, une coloration jaune de la peau semblable à celle des maladies du cœur, accidents qui peuvent en imposer même à un médecin instruit.

On se tiendra donc toujours en garde contre les erreurs que peut causer l'existence d'une douleur précordiale, et l'on se demandera toujours, quand on en rencontrera, si l'on n'a pas affaire à une simple **chlorose**.

Dans la **péricardite**, observe-t-on la douleur? Tous les écrivains en ont parlé comme d'un symptôme constant et lui ont attribué des caractères particuliers et une intensité

remarquable. La douleur de la péricardite, dit-on, siège à la pointe du cœur, et de là s'irradie à la paroi antérieure du thorax, au diaphragme, à l'épaule et dans le bras gauche; elle est aiguë, lancinante, atroce, les malades sont dans un état d'anxiété extrême; il y a des lipothymies, des défaillances, des syncopes même. M. Bouillaud, le premier, s'est élevé contre ces assertions si formelles, qui ne sont nullement l'expression de la vérité; nous partageons sur ce point sa manière de voir. Dans la grande majorité des cas, la péricardite existe sans les symptômes précédents, et, quand ils se manifestent, ils sont toujours l'indice d'une affection différente, d'une complication.

Si, en effet, on considère la péricardite dans son état de simplicité, comme quand elle accompagne le rhumatisme articulaire aigu, et qu'il n'existe ni pleurésie ni pneumonie, on voit qu'elle se développe sans aucune espèce de douleur; il y en a si peu, que le malade ne dirige pas l'attention du médecin sur ce qui se passe du côté du cœur, parce qu'il n'y sent rien en effet; et, si l'on n'examine pas la région précordiale et les divers signes qu'elle peut fournir, on peut laisser passer inaperçues les péricardites les plus intenses. Il n'y a peut-être aucune maladie qui soit aussi latente sous le point de vue de la douleur, et, est-il nécessaire de le dire? c'est à cause de l'absence de ce symptôme qu'elle est restée si longtemps méconnue. Depuis les temps les plus reculés, on connaît la pleurésie et la pneumonie, à cause du point de côté par lequel ces maladies se caractérisent, mais on ne connaît la péricardite que depuis les recherches de l'anatomie et de l'auscultation. On a pourtant cité des exemples de péricardite avec douleur, et en particulier celui de Mirabeau. On trouva, à l'ouverture du corps du célèbre orateur, une péricardite purulente, et l'on attribua à cette affection les douleurs atroces qui avaient existé pendant la vie; ces douleurs étaient si vives, qu'il suppliait son médecin, Cabanis, de lui donner de l'opium pour obtenir un état d'engourdissement et d'insensibilité. Mais on peut se convaincre, d'après la relation de sa maladie, qu'il y avait autre chose qu'une péricardite; il y avait aussi une pleurésie purulente, et, selon toutes probabilités, une pleurésie diaphragmatique (Bouillaud); or, on sait que, de toutes les formes de la pleurésie, celle qui occupe le diaphragme est la plus dou-

loureuse ; dans le cas actuel, il est bien présumable que c'est à cette complication qu'était due la douleur.

Cette même douleur peut être observée dans la péricardite, si l'inflammation s'étend aux parties environnantes pourvues de nerfs sensitifs, c'est-à-dire aux parois thoraciques, aux nerfs phréniques, au médiastin, etc. : [[ainsi, lorsque le sac fibreux du péricarde est envahi par l'inflammation, on observe une douleur qui se propage sur le trajet des nerfs diaphragmatiques, et que l'on peut provoquer par une pression exercée au cou dans l'intervalle des deux attaches inférieures des muscles sterno-clédo-mastoïdiens et aussi par une pression pratiquée au niveau de l'épigastre (Noël Gueneau de Mussy), douleur analogue à celle qu'on rencontre dans la pleurésie diaphragmatique ;]] mais quant à l'inflammation de la séreuse, considérée en elle-même, elle n'est point douloureuse.

Dans la grande majorité des rhumatismes, on trouve une coïncidence de péricardite qu'on ne découvrirait pas si l'on ne s'en rapportait qu'aux sensations des malades. Il faut donc chercher le mal sans attendre qu'il se présente. Voici un fait que nous avons observé :

Un jeune homme de vingt-deux ans, entré en juin 1853 dans le service de M. Bouillaud, et couché au n° 16 de la salle Saint-Jean de Dieu, était affecté depuis huit jours d'un rhumatisme du poignet droit. Au moment de l'entrée, il ne présentait rien du côté du cœur et il n'avait que peu de fièvre. Deux jours après, nous recommençons l'examen de la région précordiale, quoique le malade ne ressentit et n'accusât rien de ce côté ; il existait alors une voussure étendue de plus d'un centimètre de saillie, et une matité de quatre travers de doigts dans tous les sens ; le choc de la pointe était imperceptible, les bruits étaient profonds et éloignés. Un épanchement abondant s'était fait à notre insu et à celui du malade. Deux saignées suffirent pour faire disparaître la matité et la voussure, et bientôt le cœur se trouva sous l'oreille.

Ainsi, pas de douleur dans la péricardite, si ce n'est lorsqu'il y a coïncidence de pleurésie ou d'inflammation des parties environnantes. Nous ne voulons pas dire qu'il n'existe pas quelquefois des sensations incommodes et dépendant de la péricardite, mais c'est seulement un état de gêne, d'embarras à la région précordiale. Nous admettons

aussi qu'il peut se produire des lipothymies, des syncopes, mais sans ces affreuses douleurs indiquées par les auteurs.

Quant à l'**hydro-péricarde** et à l'**épanchement chronique** résultant d'une péricardite, ils ne sont pas plus douloureux que la maladie précédente, et le plus ordinairement on ne les reconnaît pas, si l'on ne possédait les ressources de la percussion et de l'auscultation.

Nous pouvons dire de l'**endocardite** ce que nous avons dit de la péricardite.

L'**hypertrophie simple** du cœur n'est nullement douloureuse, et l'on est étonné de trouver quelquefois le cœur volumineux, chez des individus qui n'ont jamais accusé de symptôme du côté de cet organe.

Mêmes remarques à propos des **lésions des orifices** et des **valvules** : ces affections se développent dans l'ombre et ne se traduisent que tardivement, et par des phénomènes éloignés, dépendants du trouble de la circulation dans les poumons, le système veineux, artériel, etc.

Mêmes remarques également pour les **anévrismes partiels**, les **perforations**, les **communications anormales des cavités**.

Il y a une maladie qui fait exception à la règle, s'il était démontré qu'elle a réellement le cœur pour point de départ. Nous voulons parler de l'**angine de poitrine**. On sait qu'elle est caractérisée par un sentiment de barre ou de constriction, siégeant à la base de la poitrine ou entre les mamelons ; par une anxiété considérable, sans gêne de la respiration, et enfin par une douleur aiguë qui envahit le côté gauche de la paroi thoracique, l'épaule, et qui descend dans le bras gauche en suivant le trajet du nerf cubital. Cette affection revient par accès, souvent pendant la marche, surtout quand on monte une côte, un plan incliné, etc. On sait aussi qu'on l'a attribuée, tour à tour, à des lésions de l'aorte, des valvules, de la substance charnue du cœur, à l'ossification des artères coronaires, etc., mais qu'aucune de ces hypothèses ne peut soutenir la discussion ; plus rarement, on en a placé le siège dans les nerfs cardiaques, et l'on en a fait une névralgie du cœur (Desportes, Grisolle). Mais nous ferons remarquer que la plupart des éléments de la maladie, douleurs des parois thoraciques, de l'épaule, du bras, siègent dans des points qui n'ont aucune connexion nerveuse avec le cœur ; que celui-ci ne reçoit que des nerfs du grand sympathique, c'est-à-

dire des nerfs non sensitifs ; il reçoit, il est vrai, des filets du pneumogastrique et des nerfs laryngés, mais qui pourraient bien n'être que des rameaux indirects de ce même grand sympathique, par suite des anastomoses du pneumogastrique, au col, avec le ganglion cervical supérieur et quelques autres points du même système. Enfin, pendant l'accès, on n'observe aucun trouble du côté de la circulation ; le pouls est calme, régulier, sans intermittences. Or, la plupart des névralgies ont pour effet de déterminer des contractions, des spasmes des muscles dans lesquels les nerfs malades se distribuent (névralgies de la face, du col de la vessie, de l'estomac, du rectum, etc.).

N'est-il pas plus naturel de ne voir, jusqu'à présent, dans l'angine de poitrine, qu'une névralgie des parois thoraciques et des nerfs du plexus cervico-brachial ? On resterait, du moins, dans la limite des faits.

En résumé, l'absence de douleur à la région précordiale ne doit pas empêcher de rechercher s'il y a des altérations du cœur, la plupart des affections cardiaques étant *indolentes*. Et, au contraire, la douleur de cette région doit éveiller l'attention sur une simple névrose de la paroi thoracique, névrose très-ordinairement concomitante de la chlorose, ou sur une complication de pleurésie, de pleuro-pneumonie, etc.

II. — DES PALPITATIONS

On désigne sous ce nom des battements du cœur énergiques, pénibles pour le malade, et coïncidant avec une irrégularité du rythme de ses mouvements. C'est un phénomène à la fois fonctionnel et physique, car le médecin peut le constater aussi bien que le malade.

Pour celui-ci, elles lui donnent la sensation d'un choc incommode au niveau de la pointe du cœur, ou dans une plus grande étendue de la région précordiale ; quelquefois ces battements sont peu prononcés, d'autres fois ils sont assez forts pour produire le soulèvement de la paroi thoracique, des vêtements, des couvertures ; les palpitations s'accompagnent d'une sensation ingrate ou d'un pincement passager au cœur, de battements dans la gorge, d'une sorte d'étranglement ; les malades sont obligés de s'asseoir, la voix s'altère, des syncopes surviennent. Quelques malades assurent que le sang ne pénètre plus dans les mem-

bres. Nous en avons vu un chez lequel le fait devait être réel : en effet, pendant les accès de palpitations, il n'y avait pas de pouls dans les principales artères, et la mort survint par une gangrène des jambes.

Les palpitations reviennent par accès plus ou moins éloignés ; ces accès sont rarement longs, mais souvent la moindre cause les fait reparaitre.

Quand elles se répètent fréquemment, les malades finissent par s'alarmer ; ils sont en proie à la tristesse, à un chagrin sombre, et rien ne porte plus le découragement dans l'esprit que cette sensation incommode. On voit beaucoup de jeunes gens, et surtout d'étudiants en médecine, tourmentés et livrés aux plus tristes appréhensions, parce qu'ils ont quelques accès passagers de palpitations, que, d'ailleurs, leurs préoccupations viennent encore accroître. C'est de là qu'est née l'idée, professée par Corvisart, que les maladies du cœur disposent au suicide.

Quelquefois elles se terminent par des épistaxis, des hémorrhagies pulmonaires, etc.

Le médecin perçoit, pendant les palpitations, des troubles dans le choc du cœur et dans le rythme de ses battements ; nous en avons parlé précédemment, et nous n'y reviendrons ici que succinctement.

Le choc se fait avec plus de violence, dans une étendue quelquefois plus grande : ainsi, on voit souvent le cœur battre par sa base ; ces pulsations alternent quelquefois avec celles de la pointe et se passent alors pendant la dilatation des ventricules. Quelquefois, on voit plusieurs chocs successifs et rapides de la pointe, comme si plusieurs contractions se faisaient les unes après les autres, sans être suivies chacune d'une diastole, ou plutôt comme si la systole s'opérait en plusieurs temps, fait d'ailleurs confirmé par l'auscultation.

Quant au rythme, il est troublé de plusieurs manières, que nous avons analysées dans un des paragraphes précédents ; nous n'y reviendrons donc pas.

Maladies dans lesquelles on rencontre des palpitations. — Valeur diagnostique.

Les palpitations surviennent dans deux cas bien distincts : chez des individus qui n'ont aucune lésion matérielle

appréciable du cœur, chez des individus dont le cœur est plus ou moins fortement altéré dans son organisation. Les premières sont des palpitations *essentiels, nerveuses, inorganiques*; les autres sont *symptomatiques ou organiques*.

Les palpitations nerveuses sont incomparablement plus fréquentes que les autres.

Beaucoup de jeunes garçons et de jeunes filles, à l'époque de la **puberté**, et même un peu avant, sont sujets à des palpitations nerveuses; ces palpitations surviennent sans cause connue, ou bien par suite d'un exercice un peu violent; elles se calment aussi spontanément ou par une épistaxis; pour quelques médecins, elles sont l'expression d'une pléthore passagère.

Après la puberté, ces mêmes palpitations persistent chez les jeunes filles, par suite d'un **état chlorotique ou anémique**, par l'effet de l'**irrégularité de la menstruation**, par des habitudes secrètes de **masturbation**, ou enfin par la **mobilité nerveuse**, propre à leur sexe et à cet âge de la vie; chez les jeunes garçons, elle est entretenue par quelques-unes des causes énumérées plus haut, mais surtout par des excès de diverse nature, parmi lesquels ceux de travail sont les plus rares.

Ce n'est que d'une manière exceptionnelle que ces palpitations, à cette époque de la vie, sont produites par de vraies maladies du cœur. Aussi doit-on souvent calmer les craintes qu'éprouvent alors les malades, ainsi que leurs parents, sur leur prétendue gravité.

Il ne faut pas oublier non plus que chez beaucoup de personnes et chez les individus prédisposés, comme ceux indiqués ci-dessus, **diverses substances** provoquent des palpitations: nous signalerons surtout le thé et le café, les liqueurs fortes, les vins généreux pris en trop grande quantité, l'opium, etc.

On cite, au nombre des causes des palpitations, la marche, la course, l'action de monter un escalier, les émotions morales: tout cela a réellement une influence, mais seulement chez les individus que nous venons d'indiquer.

Dans une autre classe se rangent les malades qui ont réellement des **affections chroniques organiques du cœur**. Chez ceux-là aussi des palpitations surviennent, mais elles ne sont plus l'expression d'une irritabilité trop grande du cœur; ce sont simplement des effets d'une gêne de la cir-

culatation dans les cavités cardiaques ou les gros vaisseaux. Aussi voit-on que ces palpitations surviennent seulement quand il y a une cause de cette nature, et qu'elles cessent quand la circulation se calme et tombe dans le repos. C'est donc spécialement dans les affections avec **rétrécissements des orifices** qu'on observera surtout les palpitations organiques. Aussi voit-on qu'elles sont excessivement rares dans la **péricardite simple**; qu'elles s'observent, dans l'**endocardite aiguë**, seulement quand il se forme des **concrétions sanguines** ou **pseudo-membraneuses** sur les valvules et dans les orifices; qu'elles sont rares dans les **insuffisances, l'hypertrophie simple**, etc.

Quand un malade se présente en accusant des palpitations, il faut rechercher immédiatement s'il rentre dans la première ou dans la seconde des catégories indiquées. On n'oubliera pas d'abord que les palpitations nerveuses sont incomparablement plus fréquentes que les autres.

Il y aura probabilité de palpitations nerveuses si le malade est un jeune homme ou une jeune fille, si l'on peut soupçonner un des excès que nous avons signalés, si ces palpitations sont accompagnées de douleurs au cœur (signe ordinaire de chlorose); il ne faut pas s'en laisser imposer par de l'embonpoint et des couleurs fraîches, ces caractères de santé persistant chez des individus chlorotiques; il y aura certitude s'il existe un souffle doux au premier temps et à la base du cœur, des bruits anormaux dans les vaisseaux du col, si la pointe du cœur n'est pas déplacée, si la matité n'a pas augmenté; et, en outre, s'il y a d'autres symptômes nerveux, quelques phénomènes d'hystérie ou d'hypochondrie, un état d'excitation nerveuse, d'érythisme, des douleurs vagues, une diurèse aqueuse; enfin si ces phénomènes ont une marche intermittente.

Les palpitations seront plutôt organiques, si le malade a été affecté une ou plusieurs fois de rhumatisme, de pleurésie, de bronchite grave; si les palpitations sont venues peu à peu et ont augmenté depuis cette époque; s'il n'y a aucun phénomène de chlorose; si l'on trouve quelque changement dans le volume et la matité du cœur, et dans l'énergie de son impulsion habituelle; s'il y a des intermittences fausses. (*Voyez Rhythme.*)

Au début des affections organiques, la distinction est fort difficile. On tirera alors quelque parti des propriétés

de la digitale et de l'influence de quelques moyens de traitement.

Les émissions sanguines exaspèrent les battements nerveux, en augmentant l'état chlorotique et l'irritabilité des sujets.

La digitale apaise, avec une rapidité merveilleuse, les palpitations qui se lient à une affection organique, et n'a pas d'influence sensible sur les palpitations nerveuses.

Le traitement tonique calme celles-ci et exagère les autres.

Enfin les palpitations organiques ne surviennent pas par accès, ne s'accompagnent pas de troubles nerveux, de cette mobilité particulière aux individus impressionnables, de cette diurèse aqueuse signalée plus haut. D'un autre côté, il y a souvent des affections pulmonaires liées aux affections du cœur, et qu'on ne rencontre pas dans le cas opposé.

En résumé, les palpitations ne caractérisent aucune affection en particulier; et, quand on les observe, loin de penser à une affection organique du cœur, on songera d'abord à un état spasmodique, à une névrose, et l'on ne se décidera pour une lésion organique que quand on aura des caractères indubitables. C'est surtout à cause du traitement que nous insistons sur cette distinction.

CHAPITRE III

SIGNES ÉLOIGNÉS ET SIGNES GÉNÉRAUX DES MALADIES DU CŒUR.

Sous ce titre, nous comprenons les signes fournis par les artères, les veines et les capillaires, les phénomènes qui se passent du côté du tissu cellulaire, de la peau, des membranes séreuses et muqueuses, dans les parenchymes, et enfin dans les principaux organes de l'économie.

I. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LES ARTÈRES.

Dans certaines affections le pouls n'offre aucune altération. Dans d'autres il est petit, filiforme et ressemble à un fil métallique en vibration; quelquefois il est si faible,

qu'on ne peut le compter. Cet état du pouls artériel est d'autant plus remarquable que souvent il contraste avec la taille et la force des malades, l'énergie des battements du cœur, l'augmentation de la matité et l'abaissement de la pointe, qui témoignent d'une forte hypertrophie. Cette faiblesse du pouls n'appartient pas indistinctement à toutes les affections du cœur, elle est particulièrement propre au **rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche**, et on s'en rend compte en réfléchissant que, dans ce cas, le ventricule ne peut jamais être rempli par une bien grande quantité de sang, et que l'ondée artérielle doit être fort petite à chaque pulsation, le sang stagnant en grande partie dans l'oreillette; cette stagnation s'explique par ce fait que le sang n'est attiré dans le ventricule que par la diastole, c'est-à-dire par une sorte d'aspiration passive, et qu'il n'est poussé que par la contraction fort peu énergique de l'oreillette; il ne passe alors par l'orifice que la quantité de sang que le rétrécissement veut bien admettre.

On a pensé et l'on a dit que ce rétrécissement du pouls était un signe de **rétrécissement aortique**; cela n'est vrai que pour les cas extrêmes. Ce qui est plus vrai, c'est que, dans les rétrécissements moyens, le pouls est aussi fort et quelquefois même plus fort que de coutume. Cela se conçoit, car, dans ces cas, le ventricule s'hypertrophie toujours d'une manière suffisante pour surmonter l'obstacle et chasser dans l'aorte toute la masse du sang qu'il contient; aussi remarque-t-on que l'hypertrophie du cœur n'est jamais portée aussi loin que dans les rétrécissements aortiques, et que c'est surtout dans les affections de ce genre que les bruits de souffle ou de râpe du premier temps (à la base) sont le plus fortement prononcés. Cette ampleur du pouls dépend encore de ce que les valvules auriculo-ventriculaires, fonctionnant normalement, empêchent la rétrogradation du sang dans l'oreillette.

Dans le rétrécissement aortique, le pouls est donc ou large comme dans l'état normal (à moins de lésions auriculo-ventriculaires concomitantes), ou même plus large; il est, de plus, souvent accompagné d'un frémissement vibratoire, qu'on sent aux carotides, aux humérales et aux radiales, en comprimant ou légèrement ou fortement l'artère; il semble alors qu'on ait sous le doigt une tige métallique en vibration ou la corde d'un violon. Nous avons senti