

lever la colonne de sang aortique serait au-dessus de la puissance du ventricule gauche; et, encore une fois, le sang stagnerait en partie au lieu de progresser dans l'arbre circulatoire. Comme dernière influence, Beau signale les causes morales, le chagrin profond, le désespoir, la contrariété, la peur.

Entraîné par ces conceptions séduisantes, Beau fait de l'asystolie une maladie, une entité pathologique. S'il a fait bon marché des lésions d'orifices, en ne les considérant que comme causes occasionnelles, il est encore moins généreux pour l'hypertrophie, qui est rejetée sur un plan tout à fait secondaire. L'hypertrophie n'est plus une maladie primitive, existant par elle-même; c'est un effet nécessaire et qui résulte d'un besoin fonctionnel; le cœur s'hypertrophie pour recouvrer sa puissance d'action; et, à ce titre, elle mérite bien le nom d'*hypertrophie providentielle*. Enfin, comme il n'y avait pas moyen de s'arrêter sur une semblable pente, la digitale serait le *quinquina du cœur*; car il est certain que ce médicament amende les phénomènes de l'asystolie; et comment pourrait-elle le faire, si elle ne tonifiait pas, si elle n'augmentait la puissance contractile de l'organe?

De toute cette théorie nous n'acceptons que l'asystolie, c'est-à-dire l'affaiblissement du cœur; mais nous ne pouvons pas y voir une maladie ni la cause de l'hypertrophie. Il nous semble qu'elle ne constitue qu'un élément des maladies du cœur, élément quelquefois forcé, nécessaire, et quelquefois futur, éventuel. L'asystolie pourrait, comme l'adynamie dans les fièvres, tour à tour se présenter ou faire défaut; de sorte que telle maladie du cœur, sans lésion propre à gêner la circulation, déterminerait des stases sanguines, des hydropisies, de la dyspnée, etc.; dans ces cas, le trouble circulatoire ne serait pas un obstacle matériel, il dépendrait seulement de ce que le cœur serait tombé dans l'asystolie. Et réciproquement, avec des obstacles bien évidents des orifices, ces mêmes symptômes manqueraient, parce que le cœur ne serait pas en état d'asystolie. On expliquerait par l'apparition ou la décroissance de ce phénomène, la production et la guérison alternatives des hydropisies, de la dyspnée, etc., dans un grand nombre d'affections du cœur.

## CHAPITRE IV

## RÉSUMÉ. TABLEAU DES SIGNES DES PRINCIPALES AFFECTIONS DU CŒUR.

**Asystolie.** — A notre avis, l'asystolie décrite par Beau n'est pas une maladie, mais seulement un élément des maladies du cœur, comme l'ataxie et l'adynamie sont des éléments des fièvres; car elles ne peuvent avoir d'existence indépendante. L'asystolie peut se joindre à toutes les maladies chroniques organiques du cœur, et leur imprimer, en conséquence, des caractères communs, qui constituent le *facies prodromia* de Corvisart, le *weakness* de Stokes, ou ce que nous avons nommé le *type cardiaque*.

L'asystolie est l'affaiblissement du cœur; elle est quelquefois produite par un obstacle mécanique, comme un rétrécissement d'orifice; d'autres fois par l'accumulation du sang dans le cœur, ainsi que cela a lieu dans les efforts; par l'affaiblissement des fibres communes aux deux ventricules; par le poids de la colonne de sang aortique; par l'anémie globale, par les causes morales. Dans tous ces cas, le cœur se trouve dans l'état d'un instrument qui a été *forcé* et qui ne peut plus remplir qu'imparfaitement son office.

Cet affaiblissement *vital* ou *dynamique* donne lieu aux symptômes suivants, qui permettent de reconnaître une maladie du cœur « au premier coup d'œil », comme le dit Laënnec :

Face gonflée ou bouffie, ayant une teinte cireuse et une demi-transparence; yeux saillants, paupières œdématisées; lèvres livides, violacées, couvertes d'arborisations et d'étoiles veineuses; jugulaires gonflées, ne se désemplissant pas complètement dans l'inspiration, souvent agitées de battements; dyspnée, toux, catarrhe pulmonaire; augmentation du volume du foie; œdème, anasarque, épanchements dans les cavités séreuses; souvent albuminurie.

**Déplacement.** — C'est presque exclusivement dans les épanchements considérables de la plèvre gauche que le cœur est dévié; il est alors porté sous le sternum ou sous les côtes du côté droit. On constate alors: absence du choc et des battements du cœur; au côté gauche de la poitrine; choc et battement à l'épigastre ou à droite du sternum; matité dans les mêmes points (Piorry), signe illusoire, car cette matité dépendant du cœur se confond avec celle de l'épanchement et avec celle du foie, et elle n'a pas de caractères acoustiques propres à la faire distinguer des deux autres. Double bruit déplacé et accompagné ou non d'un choc perceptible à la main: bruits semblables à ceux de l'état normal, ou modifiés par quelque souffle, s'il y a en-

docardite concomitante, fait assez ordinaire ; ces deux bruits dans les mêmes rapports qu'à l'état normal, c'est-à-dire ayant chacun un siège particulier, l'un à la pointe, l'autre à la base, et à la même distance l'un de l'autre. Pas de voussure notable, pas de douleur, pas de frémissement vibratoire ; signes d'un épanchement pleural qui remplit toute la cavité gauche du thorax ; tendance à la syncope ; mort subite.

Ne pas oublier que les bruits du cœur peuvent être déplacés sans que l'organe le soit ; l'induration du bord antérieur du poumon droit ou du sommet de ce poumon, une pleurésie à droite, peuvent les transmettre et les faire entendre à droite du sternum ou sous les clavicules, sous l'aisselle ; mais alors il y a matité dans ces points, absence de choc, et d'ailleurs on sent encore le cœur battre à la région précordiale ; enfin il n'y a pas d'épanchement pleurétique à gauche.

Un anévrysme de l'aorte peut donner un choc et des battements simples ou doubles, à droite du sternum. On n'oubliera pas de rechercher alors si le cœur bat encore dans son lieu normal ; à un certain degré l'anévrysme use et perfore les côtes ; il donne lieu à un frémissement vibratoire, à une inégalité dans la force des battements des artères radiales, à de l'aphonie, à des phénomènes de compression de l'œsophage, de la trachée, des veines, etc.

Le cœur peut être déplacé par des tumeurs du médiastin ; nous n'avons pas encore vu de cas de ce genre, et il nous serait impossible d'en donner la description.

*Déplacement du cœur par transposition des viscères.* Pour mémoire.

**Péricardite.** — *Péricardite aiguë.* Malade affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé ou étendu à plusieurs articulations importantes, ou bien d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie, d'une bronchite grave généralisée, etc. ; ne se plaignant d'aucune douleur précordiale, n'ayant ni agitation, ni anxiété, ni syncopes. On trouve, dès les premiers jours : région précordiale sans voussure ni matité ; choc de la pointe normal ; à l'oreille, léger grattement ou frôlement dans un point quelconque ; la pointe semble collée contre la paroi thoracique et ne se détache que difficilement ; plus tard, frôlement, froissement superficiel, large, disséminé ; bruit de taffetas, froufrou dû au dépoli de la séreuse, ou au frottement de fausses membranes molles, à demi liquides. En très-peu de temps, formation d'un épanchement, voussure, matité de plus en plus étendue ; le choc de la pointe du cœur n'a plus lieu : bruits profonds, éloignés, obscurs, sans froissement ni frottement d'aucune espèce ; mais le frottement peut revenir si l'on fait asseoir le malade ; souffle léger s'il y a endocardite. La matité se déplace un peu, si l'on fait coucher le malade sur le côté droit et sur le côté gauche alternativement. Aucun sentiment d'angoisse, mais gêne, sensation pénible, sentiment de l'accomplissement pénible d'une fonction ; cœur nageant dans l'eau, quelquefois, mais rare-

ment des lypothymies ; pouls sans changement ni irrégularités, palpitations. Disparition ou diminution de l'épanchement : la voussure et la matité diminuent ; le cœur redevient superficiel à la main et à l'oreille ; on sent de nouveau le choc de la pointe. Quelquefois froissement, frémissement vibratoire, cas fort rare ; à l'oreille, frôlement, craquement, bruit de cuir neuf, bruit semblable au râle crépitant, râpement, à l'un ou à l'autre temps, aux deux, ou dans l'intervalle ; généralement bref, bien plus fort qu'au début ; ces bruits changent rapidement, en quelques heures disparaissent et reviennent, suivant les alternatives de sécheresse et de retour de l'épanchement. Quelquefois ils augmentent, le plus souvent ils diminuent de force, pour revenir au frôlement doux qui ressemble à un bruit de souffle ; ce qui dépend de l'absorption des fausses membranes et du poli que prennent leurs surfaces. Quand elles s'indurent, le bruit devient de plus en plus rude, mais cela ne s'observe que longtemps après. Ce qui frappe surtout, dans cette affection, ce sont les modifications rapides des phénomènes locaux. Phénomènes généraux (fièvre, sang couenneux), qui persistent, quand les douleurs et le gonflement articulaires viennent à disparaître.

Quand il y a complication de pleurésie, de pneumonie, et surtout de pleurésie diaphragmatique : douleurs quelquefois atroces, lypothymies, syncopes et la plupart des phénomènes indiqués par Corvisart. Exemple, Mirabeau.

*Péricardite chronique.* Antécédents : péricardite aiguë, ou au moins rhumatisme, fluxion de poitrine, traitement peu énergique ou lent ; guérison lente, incomplète ; depuis ce temps, accidents persistants du côté du cœur. Pas de douleur, à moins de pleurésie ; voussure, absence de choc et de battements perceptibles à la pointe ; le cœur peut venir se mettre en contact avec la paroi thoracique quand on fait asseoir le malade. Matité, quelquefois dans une grande étendue, absolue, très-résistante au doigt, ne se prolongeant pas dans le côté gauche du thorax ; déplacement des limites droite et gauche de la matité quand on fait coucher le malade sur le côté. Pas de fluctuation sensible ; le cœur ne bat pas *ça et là*, comme dit Corvisart. Tic tac profond, sourd, éloigné, comme les bruits du cœur du fœtus ; souffle et bruits anormaux, mais non sous l'oreille, à moins qu'on ne fasse asseoir le malade. Pas de frottement ; modification de la voussure, de la matité et des bruits, par les saignées et les vésicatoires ; le liquide diminue rapidement, la voussure et la matité diminuent aussi ; les bruits deviennent plus superficiels, plus clairs, et le cœur se rapproche de l'oreille. Cette modification, due au traitement, empêche de confondre les épanchements chroniques avec l'hypertrophie du cœur. Symptômes éloignés, variables et sans importance.

**Hydropéricarde.** — Accumulation de sérosité simple, par excès de sécrétion (hydropéricarde active) ou défaut d'absorption du péricarde (hydropéricarde passive). Mêmes caractères que ci-dessus, si ce n'est que la maladie, ne succédant pas à une affection inflammatoire, n'a

pas, à son début, présenté de caractères d'acuité. L'hydropéricarde active arrive rapidement chez les sujets jeunes, vigoureux, sanguins, après un refroidissement, un excès de travail. On ne peut citer que bien peu de cas d'hydropéricarde active; la plupart de ceux qui ont été donnés comme tels n'étaient peut-être que des péricardites. L'hydropéricarde passive est plus commune; elle se manifeste chez les sujets épuisés par des maladies antérieures, et infiltrés.

**Hémopéricarde.** — Les signes physiques de cet épanchement doivent être essentiellement les mêmes que ceux d'un épanchement séreux. Nous manquons, au reste, de faits sur ce sujet. Lorsque cet épanchement est le résultat d'une rupture du cœur, de l'origine de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, il est suivi d'une mort subite, aussi prompte que l'éclair, et c'est là l'hémorrhagie foudroyante par excellence (Bouillaud).

**Pneumo-péricarde et hydro-pneumo-péricarde.** — Le cœur peut être entendu à distance. « Il m'est arrivé quelquefois d'annoncer le pneumo-péricarde à une résonnance plus claire du bas du sternum, survenue depuis peu de jours, ou à un bruit de fluctuation déterminé par les battements du cœur et par les inspirations fortes. » (Laënnec.) Le diagnostic de l'hydro-pneumo-péricarde repose sur deux signes principaux, savoir : une résonnance tympanique et un bruit de fluctuation dans la région du péricarde (Bouillaud), bruit qui ressemble assez bien à celui que fait l'eau agitée par la roue d'un moulin, et dû évidemment aux mouvements alternatifs du cœur. Ce caractère a été observé par Bricheteau, dans un cas où le péricarde contenait du pus fétide et des gaz qui s'échappèrent en sifflant (*Archives*, 1844). Ce bruit de *roue de moulin* et l'agitation rythmique du liquide par les mouvements du cœur sont, en quelque sorte, la clef du diagnostic (Bouillaud).

**Plaques laiteuses.** — Celles de la surface postérieure du cœur ne donnent pas de symptômes; celles de la face antérieure donnent souvent un frottement léger, superficiel, semblable à un grattement ou à un souffle, mais diffus et non cylindrique, siégeant vers la partie moyenne du cœur et non vers les orifices. Ce caractère peut acquérir une certaine importance, s'il est permanent, s'il augmente quand on fait asseoir la malade, si l'on sait qu'il y a eu antérieurement une pleurésie, un rhumatisme, ou mieux encore une péricardite. Nous avons vu, plusieurs fois, M. Bouillaud diagnostiquer des plaques laiteuses un peu épaisses, polies, mais saillantes, de quelques centimètres de diamètre.

**Adhérences du cœur au péricarde.** — Le diagnostic des adhérences partielles, lâches, molles, celluluses, est impossible. Celui des adhérences générales, serrées, est quelquefois possible,

mais toujours difficile. Au reste, il n'est pas absolument indispensable, car on ne peut rien faire à ces adhérences, et elles n'ont pas la gravité que leur attribuait Corvisart. Dépression plus ou moins forte des côtes et espaces intercostaux de la région précordiale (Bouillaud, Barth); mouvement perpétuel d'une très-forte ondulation, se montrant plus bas que celle que l'on sent naturellement dans la région du cœur et sous les côtes gauches de la région supérieure du ventre (Sander). La pointe du cœur donne une sensation d'ondulation plutôt que de choc; elle se détache mal dans la diastole; elle ne se déplace pas quand on fait coucher la malade sur le côté droit ou sur le côté gauche (Bouillaud). Bruits superficiels, sous l'oreille, mais sourds et comme avortés; l'un d'eux, le deuxième surtout, s'affaiblit et peut venir à manquer complètement (Aran).

**Surcharge graisseuse.** — Ne peut être diagnostiquée positivement. On peut en soupçonner l'existence chez des individus gros et replets.

**Atrophie du cœur.** — L'atrophie du cœur est une affection problématique. Nous pensons que le cœur peut maigrir, comme tous les autres organes, et perdre de son poids, par la disparition de la graisse, du tissu cellulaire, qui entrent dans sa composition; la fibre charnue peut se décolorer et paraître transformée en substance graisseuse; mais nous ne croyons pas qu'elle diminue ou disparaisse, même partiellement. Cette atrophie serait incompatible avec la vie. Tous les symptômes énumérés ci-dessus se rapportent donc à l'amaigrissement du cœur.

**Hypertrophie du cœur.** — *Hypertrophie générale simple.* Impulsion augmentée, soulevant toute la paroi thoracique, les vêtements, les couvertures du malade, la tête de l'observateur qui ausculte; battements jusqu'à la base du col; choc de la pointe dans une étendue plus grande, dans deux, trois espaces intercostaux, soulevant le stéthoscope; quelquefois, battements distincts de la base du cœur, dans le deuxième ou troisième espace intercostal, pendant la systole, souvent pendant la diastole, et alternativement avec ceux de la pointe. Pointe abaissée dans les sixième, septième, huitième espaces intercostaux, et portée dans la ligne verticale du mamelon ou en dehors; voussure, matité exagérée, le cœur restant sous l'oreille et sous la main; distance plus grande entre le lieu où l'on entend le premier bruit au maximum, et celui où l'on entend le second; choc comparable à un coup de marteau, faisant mal à l'oreille et à la main. Cette énergique impulsion est permanente. Le double bruit très-fort, quelquefois un peu sourd, mais entendu dans une étendue plus grande que de coutume et jusqu'à la partie postérieure de la poitrine. Palpitations par intervalles, soit spontanées, soit par suite d'exercice; difficulté à monter un escalier, essoufflement, dyspnée facile, respiration habituelle-

ment haute, jamais gênée à l'excès, décubitus dorsal, tête élevée ; réplétion de l'estomac pénible ; œdème, cyanose, etc., seulement quand il y a des lésions d'orifices ; pas de bruits anormaux, si ce n'est dans les palpitations ; pas de douleurs ; cliquetis métalliques permanents ou passagers. Tous ces phénomènes, permanents, s'accroissant constamment, datent toujours de loin ; marche lente de la maladie.

*Hypertrophie siégeant principalement dans le ventricule gauche.* Pouls fort et développé (Laënnec), vibrant (Corvisart) ; épistaxis, disposition aux hémorragies cérébrales, prédisposition aux inflammations ; face rouge, colorée par le sang artériel, bouffées de chaleur, étourdissements, céphalalgie habituelle ; bruit sourd au-dessous et en dehors du sein (Laënnec, Bouillaud), bruit normal et clair à l'épigastre.

*Hypertrophie du ventricule droit.* Matité et voussure sous la partie inférieure du sternum ; choc, bruits anormaux dans le même point et à l'épigastre. Dans un point quelconque du côté gauche de la poitrine, on entend le tic tac normal des cavités gauches (Litré, Rayer) : engorgement sanguin du poumon, hémoptysies (problématiques), présence habituelle de liquides dans les bronches (Piorry).

*Hypertrophie des oreillettes.* Jamais isolée. C'est à cette lésion qu'il faut rapporter les battements qui se manifestent quelquefois vers la base du cœur.

On ne doit accepter qu'avec défiance beaucoup des signes précédents, car ces diverses variétés sont rarement isolées, et leurs prétendus symptômes résultent souvent d'altérations des valvules et des orifices.

**Dilatation du cœur.** — Battements peu sensibles à la vue, obscurs au toucher, impulsion faible, molle, sorte d'ondulation ; pointe abaissée et portée en dehors, peu de voussure, matité comme dans l'hypertrophie, mais diminuant rapidement par la saignée (Piorry). Cœur sous la main : bruits plus clairs et accompagnés d'une sorte de claquement sec, surtout le premier, entendus dans un faible rayon ; palpitations fréquentes, sourdes, douloureuses, peu énergiques, molles, et avec une sorte de fluctuation.

*Dilatation des cavités gauches.* Pouls mou et faible ; bruits clairs et faibles de la cinquième à la septième côte gauche, sous le mamelon, entendus aussi au dos ; température abaissée, extrémités froides, gangrène facile.

*Dilatation des cavités droites.* Matité sous la partie inférieure du sternum, stase sanguine dans les veines, pouls veineux, cyanose extrême de la face, refroidissement, dyspnée forte, diathèse séreuse.

**Anévrysmes vrais.** — Deux cas se présentent. 1<sup>o</sup> Il n'y a pas de tumeur. 2<sup>o</sup> Il existe une tumeur.

Quand il n'y a pas de tumeur, le diagnostic se fonde sur les signes

suyants ; impulsion forte à la base du cœur, frémissement cataire plus ou moins marqué. Une percussion attentive fait constater une matité marquée dans la région de la crosse aortique. A l'auscultation double bruit de souffle au même niveau, le premier ordinairement plus rude.

La tumeur, quand elle existe, siége ordinairement à droite du sternum, au niveau du cartilage de la deuxième côte. Elle présente un mouvement d'expansion synchrone à la systole ; frémissement vibratoire. Double bruit plus marqué que dans le cas précédent. Symptômes de suffocation, aphonie par compression des récurrents ; dysphagie.

Le diagnostic de l'anévrysmes, surtout quand il n'y a pas de tumeur appréciable, est toujours difficile. Souvent on observera un symptôme qui paraît propre à ce genre de lésions : c'est l'inégalité du pouls observé dans les deux radiales.

M. Marey a donné plusieurs tracés sphygmographiques du pouls dans les anévrysmes de l'aorte. On les consultera avec intérêt.

**Endocardite.** — Malade affecté de rhumatisme articulaire aigu, de pneumonie ou de pleurésie, de bronchite grave. Sensation de malaise à la région précordiale, voussure, matité, choc plus énergique, soulèvement du cœur en masse et mouvement de totalité ; les deux bruits moins distincts, enroués, étouffés, gras ; quelquefois l'un d'eux manque entièrement ; bruit de souffle filé, tubaire, soit à la base, soit à la pointe, soit à la partie moyenne de l'organe. Si la fièvre persiste après la cessation d'un rhumatisme, d'une pneumonie, on doit encore soupçonner l'existence d'une endocardite, c'est-à-dire d'un rhumatisme cardiaque ou angio-carditique, ainsi que le dit M. Bouillaud.

Les signes de l'endocardite valvulaire sont ceux des affections que nous allons décrire.

**Caillots formés dans le cœur pendant la vie.** — Il n'y a aucun symptôme caractéristique des caillots du cœur ; le diagnostic peut se tirer de la marche de la maladie. Si l'on a affaire à un malade atteint de rhumatisme, de pleurésie, de pleuro-pneumonie (maladies dans lesquelles l'endocardite se montre à peu près exclusivement), et si l'on a constaté que, pendant les premiers jours, le cœur est en bon état ou à peu près ; si l'on voit ensuite se manifester quelques irrégularités, un peu de souffle, un léger degré de matité ou de voussure ; puis que, tout à coup, les battements deviennent extrêmement tumultueux, déréglés, fréquents, de 150 à 180 et 200 ; que le cœur, tout en restant superficiel, ne donne qu'un choc ondulaire ; que les bruits soient sourds, étouffés, enroués ; qu'on n'entende pas distinctement le claquement valvulaire, qu'on ne sente pas battre les artères éloignées, qu'il y ait refroidissement, un peu de cyanose ; alors on pourra admettre, avec de grandes probabilités, la formation de caillots. Dira-t-on que ce sont des palpitations ? Mais jamais elles ne don-

nent lieu à un trouble aussi profond et aussi permanent du cœur et des artères. Dira-t-on que c'est le résultat des lésions organiques des orifices ? Mais on a vu naître la maladie rapidement, en quelques heures. Que c'est une péricardite ? Mais le cœur est sous la main, la matité ne dépasse pas ses limites normales. Que c'est une rupture des tendons ou des piliers ? Mais les accidents ne sont pas permanents et ne vont pas toujours en empirant. On peut donc avoir de grandes probabilités sur la formation des caillots, mais elles se tirent bien plus de la marche des accidents que des caractères des symptômes.

**Lésions des orifices et valvules. Végétations.** — Il est extrêmement difficile d'attribuer aux lésions des valvules et des orifices les signes qui leur appartiennent véritablement, parce que, dans la pratique, les phénomènes propres à ces lésions sont confondus avec ceux des lésions concomitantes, hypertrophie, dilatation, etc. En général, cependant, les phénomènes les plus particuliers à ces lésions sont des modifications des bruits naturels ou l'apparition des bruits anormaux.

Il y a un grand nombre de genres de lésions valvulaires ; M. Bouillaud seul les a bien distinguées les unes des autres, et a fait voir qu'il ne s'agissait pas toujours de rétrécissements et d'insuffisances.

Dans un premier degré d'endocardite valvulaire, les valvules sont seulement épaissies, boursoufflées, mais molles ; alors les deux claquements valvulaires sont encore perçus ; mais ils sont gras, enroués, étouffés ; si l'endocardite est plus ancienne et que les valvules soient épaissies, mais sèches, parcheminées, les bruits seront eux-mêmes secs, parcheminés ; on sentira le mouvement des valvules avec la main, et ils présenteront aussi un caractère analogue.

Si les valvules sont rugueuses, recouvertes de végétations, d'ossifications, de dépôts plastiques, on sentira du frémissement vibratoire, on entendra un pialement à distance de la poitrine, et, par l'auscultation immédiate, des bruits de râpe, de scie ou de souffle ; quant au tic tac normal, l'un des temps aura disparu, et quelquefois tous les deux seront remplacés par le bruit anormal. Cependant le tic tac plus ou moins naturel se retrouvera toujours loin du lieu où siège le souffle.

Nous rappelons avec grand soin qu'un souffle n'est jamais absolument parlant, et comme on le dit trop généralement, un phénomène de rétrécissement ou d'insuffisance ; car il peut se produire dans l'intérieur même des ventricules et dans l'état d'intégrité des orifices et des valvules.

Cependant, quand il est reconnu qu'il se lie à une lésion d'orifice, il est admis qu'il a une signification assez tranchée, suivant son siège et le temps où il existe. Voici les cas que l'on rencontre dans la pratique :

Rétrécissement aortique : souffle au premier temps à la base du

cœur ; insuffisance : souffle au deuxième temps et dans le même lieu ; rétrécissement et insuffisance : souffle double ou de va-et-vient. Mais ces deux phénomènes s'entendent aussi dans les anévrysmes de l'aorte. Insuffisance auriculo-ventriculaire : souffle au premier temps à la pointe. Rétrécissement : souffle également au premier temps à la pointe, à cause de la présence constante d'une insuffisance concomitante. Pour distinguer les deux cas : phénomènes éloignés nuls dans l'insuffisance, très-marqués dans le rétrécissement ; ces phénomènes sont : l'anasarque, les épanchements dans les séreuses, l'hypertrophie du foie, la petitesse du pouls, etc. C'est surtout dans les rétrécissements qu'on trouve de triples et de quadruples bruits, de fausses intermittences, des irrégularités des battements du cœur. (Consultez l'addition entre doubles crochets, p. 378 et suiv.)

**Ramollissement.** — Impossible à diagnostiquer. Phénomènes de l'atrophie, de la dilatation du cœur et de l'asystolie.

**Cyanose par persistance du trou de Botal.** — Peu de temps après la naissance, coloration violacée, bleuâtre, de divers points du corps, des ongles, des mains, puis de la face ; gêne de la respiration et de la circulation, tendance au refroidissement ; accès de suffocation, d'asthme.

**Oblitération de la veine cave supérieure.** — Début par de la toux et de la dyspnée, palpitations, vertiges, céphalalgie, tendance aux congestions cérébrales ; œdème de la face et de la moitié supérieure du corps, cyanose, dilatation des veines superficielles, hémorragies (hémoptysie, épistaxis, hémorragies cérébrales) ; phénomènes cérébraux, tels que : céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreilles, sommeil agité, pénible ; durée longue (Oulmont).

**Anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure.** — Mêmes symptômes que ci-dessus ; de plus, bruit de souffle et frémissement vibratoire à la partie droite et supérieure du sternum ; début brusque, marche rapide, mort en quelques jours.

**Anévrysme de l'aorte thoracique.** — Sensation de battements dans la poitrine. Deux centres de battements, isochrones ; susurrus, frémissement vibratoire ou cataire, presque toujours à droite du sternum ; matité, souffle simple ou double distinct de celui du cœur. Phénomènes de compression de l'œsophage, de la trachée ; aphonie. Plus tard, saillie de la tumeur au dehors, à travers une perforation du sternum ou des côtes (le cœur ne perce jamais les parois thoraciques). Cette tumeur a tous les caractères des anévrysmes, et ses battements sont distincts de ceux du cœur.

MALADIES QUI SIMULENT LE PLUS SOUVENT LES AFFECTIONS DU CŒUR.

**Chlorose. Anémie.** — Jeunes gens, petites filles, femmes, n'ayant jamais eu antérieurement de rhumatismes, de pleurésie, ni de pneumonie; palpitations, remontant quelquefois à une époque antérieure à la puberté. Excès de tous genres, vénériens, de masturbation, pertes séminales; privation de sommeil, excès de travail physique ou intellectuel, occupations sédentaires; continence extrême, inclinations contrariées; alimentation insuffisante; dysménorrhée, aménorrhée; émotions vives; changement d'habitation, passage de la vie habituelle de la campagne à celle de la ville. Palpitations, étouffements, dyspnée spontanée, ou par le travail, l'action de monter; palpitations très-fortes, mais non permanentes: douleur vive à la pointe du cœur, douleurs passagères dans différentes parties du corps; migraines habituelles, points de côté; décoloration générale des téguments, quelquefois la face restant colorée; muqueuses très-pâles; vaisseaux superficiels absents ou marqués par des sillons violets, veines à demi vides; maigreur, corps chétif, fatigue facile, travail intellectuel pénible; émotions faciles, pleurs également; quand on aborde le malade, production de palpitations qui se calment rapidement; gastralgie, appétit bizarre, capricieux; leucorrhée chez les femmes; cœur de volume normal, pointe non abaissée; pas de frémissement vibratoire, double claquement très-accentué, choc net, bien frappé, souffle doux au premier temps à la base, se prolongeant dans l'aorte. Dans les vaisseaux du col, souffle continu ou à double courant, ou musical et sibilant; quelquefois frémissement sensible au doigt sur le trajet des grosses veines, et comparable au bourdonnement d'une grosse mouche.

**Angine de poitrine.** — Constriction angoissante de la poitrine, survenant à l'improviste au milieu de la santé la plus florissante, et disparaissant en peu d'instants, après avoir atteint son plus haut degré d'intensité. Accès éloignés d'abord, absence de dyspnée, de toux, de palpitations dans leur intervalle; douleur s'étendant dans l'épaule et le bras gauche; régularité des battements du cœur et du pouls; âge avancé.

**Pleurésie chronique.** — Simple ou double. Nous ne rappelons cette affection que pour mémoire, et parce que c'est une des maladies qui sont le plus souvent cause de méprises et de confusion. Nous en trouverons les caractères dans les chapitres suivants.

## MALADIES DES POUMONS

L'étude des maladies de l'appareil respiratoire est beaucoup plus avancée que celle des affections que nous avons étudiées jusqu'à présent; les signes en sont mieux connus, mieux appréciés, et en conséquence il est possible d'établir le diagnostic avec plus de facilité et de certitude. C'est surtout ici que la science médicale pourrait être rapprochée des sciences exactes; car les faits sont, en partie, réduits en formules générales et en principes jusqu'à un certain point comparables à des axiomes. Cette précision, loin de nous engager à développer le sujet, nous permettra, au contraire, d'être concis; les détails ne sont véritablement utiles que quand les choses qu'il s'agit de faire connaître sont obscures.

Comme les signes principaux de ces maladies consistent surtout en phénomènes physiques tirés de la forme, des mouvements, des bruits du thorax, il est indispensable de connaître les dispositions anatomiques de toute la cavité de la poitrine et les phénomènes physiologiques qui s'y produisent.

## CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES ORGANES DE LA RESPIRATION.

Organes pairs, mais peu symétriques cependant, les poumons sont suspendus dans chacune des moitiés de la cavité thoracique, comme le cœur dans le péricarde. Leurs moyens naturels d'union avec le reste du corps consistent dans un double faisceau de canaux aériens, de vaisseaux et de nerfs, qu'on nomme racines des poumons. Ces deux racines, en se réunissant en un tronc commun dont la trachée artère est la partie principale, établissent entre les deux poumons une communauté de fonctions, une dépendance mutuelle fort remarquable, et dont on trouve à chaque instant des appli-