

CHAPITRE III

MALADIES DU CŒUR

Parmi les nombreuses maladies du cœur observées cette année dans le service, j'ai choisi celles qui ont présenté, pendant leurs évolutions, certaines particularités cliniques intéressantes à mettre en relief.

L'histoire des maladies du cœur, constituée par les mémorables travaux de M. Bouillaud, a été complétée par les recherches de nombreux auteurs. Il est cependant des points de cette histoire sur lesquels nos connaissances ne sont pas encore suffisamment précises. Il en est ainsi, notamment, pour ce qui concerne les modifications passagères ou durables que peuvent présenter les signes des affections aiguës du cœur, ou les affections chroniques de cet organe, dans leur période d'état. Ces modifications correspondent évidemment à des changements, également passagers ou durables, soit des conditions nerveuses ou musculaires du mouvement du cœur, soit de l'état des orifices.

Or, comme l'a montré si souvent M. le professeur Vulpian dans son service, ces variations, loin d'être absolument incohérentes, imprévues, quels que soient les cas,

offrent au contraire assez fréquemment des caractères d'alternance, pour ainsi dire réglés. C'est ce qu'on voit surtout dans les cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ou d'insuffisance de la valvule mitrale. J'ai réuni une trentaine d'observations que j'ai recueillies dans le service de M. Vulpian, sous sa direction, à l'hôpital de la Pitié, observations qui mettent dans tout leur jour, et l'évolution des affections aiguës du cœur et leur symptomatologie, et ces variations dont je parlais tout à l'heure. Je compte publier prochainement ces faits.

Un second point n'a peut-être pas non plus été assez précisé. Nous possédons de remarquables articles dans lesquels se trouvent décrits de mains de maîtres, les symptômes de l'*asystolie*, et cependant l'on n'a peut-être pas assez nettement indiqué les physionomies diverses que peuvent prendre les graves accidents étudiés sous cette dénomination. J'ai assisté à une remarquable conférence faite par M. le Dr Grancher sur ce sujet, et je crois utile de résumer en quelques mots les idées exposées par ce savant médecin.

Je n'ai point à reprendre ici le tableau de l'*asystolie*, tableau si connu aujourd'hui; ce que je veux mettre en relief, ce sont les changements imprimés à ce tableau, ou par le mode de début de l'attaque d'*asystolie*, ou par la modification plus ou moins profonde, dépendant de l'affaiblissement de la contractilité cardiaque, apportée dans le fonctionnement physiologique de tel ou tel appareil.

Comme on le sait, l'état *asystolique* est essentiellement contenu dans cette formule physiologique : tension artérielle, au minimum; tension veineuse, au maximum; d'où résultent les congestions passives dans tous les organes, les œdèmes, etc. Tous les organes subissent donc le contre-coup de l'*asystolie*; tous y résistent plus ou moins, mais à un certain moment, ils finissent par céder, et alors

la symptomatologie spéciale, qui leur appartient en propre, prime souvent tout le tableau de l'asystolie, en donnant une physionomie à part à l'état général qui a été créé par suite de l'affaiblissement du cœur. Il en est ainsi, non-seulement dans l'asystolie cardiaque, mais aussi dans l'*asystolie pulmonaire*; j'en rapporte plus loin un très-bel exemple.

Puisque l'asystolie a le fâcheux privilège d'influencer tous les organes, on conçoit que les phénomènes généraux, précurseurs de ce trouble morbide, seront essentiellement variables, suivant l'appareil qui, le premier, traduira symptomatiquement son fonctionnement anormal. C'est pour cette raison que tantôt l'attaque d'asystolie commencera par des troubles gastriques : vomissements, troubles dyspeptiques, etc.; tantôt par des troubles intestinaux : diarrhée, etc.; ou bien par des troubles de la sécrétion rénale : polyurie, etc.; ou par des troubles de la fonction du foie : congestion, ictère; ou par ceux du cerveau : délire, coma, migraine, etc.; du poumon : congestions, bronchites, apoplexie pulmonaire, etc. Aussi les malades savent-ils très-bien reconnaître le début de leur asystolie, et au moment où apparaissent les premiers accidents, ils viennent d'eux-mêmes, pour savoir ce qu'ils doivent faire, parce qu'ils ont l'expérience du passé, qui leur a appris à reconnaître, après quelques attaques, la série des accidents graves qui vont se dérouler, si on ne parvient pas à les enrayer, ou, tout au moins, à les restreindre.

On conçoit aussi les variations du tableau clinique lorsque les attaques d'asystolie se sont répétées un certain nombre de fois. Il peut arriver, en effet, comme je l'ai déjà dit, qu'un organe soit plus lésé que les autres, et alors, dans l'asystolie cardiaque, comme dans l'asystolie pulmonaire, ce qui domine tout le tableau, c'est l'appareil symptomatique spécial à l'organe lésé le plus profondé-

ment; dans un cas, c'est le foie; dans un autre, l'estomac; ou bien ce sont : les poumons, le cerveau, les reins, etc., qui donneront à ce tableau sa physionomie spéciale, à cause des symptômes particuliers qui accusent leurs lésions. Les observations XXXVIII, XXXIX, XL, XLI et XLII sont de beaux exemples de ces faits. Dans la première observation, la malade, suivie pendant longtemps, a toujours vu l'asystolie débiter par des troubles gastriques, avec vomissements; puis l'état dyspeptique s'est pour ainsi dire établi en permanence, et chaque fois il est le trait saillant du tableau clinique. Dans la seconde observation, qui concerne une systolie pulmonaire, ce qui domine, c'est la cirrhose hépatique, avec l'ascite; de plus, souvent le malade avait des troubles cérébraux dus certainement à une circulation encéphalique défectueuse. La troisième malade offre un état asystolique, caractérisé au début surtout par de la polyurie, et des troubles cérébraux. Chez la malade de la quatrième observation, il y a eu de fréquentes pertes utérines, au moment des phases d'augment de la dyspnée. Enfin, chez le cinquième malade, ce qui a été le plus marqué, ce sont les accidents pulmonaires.

Ces observations, ainsi que celles qui les précèdent, présentent encore certains détails importants.

— L'observation XXXVI est un bel exemple d'endocardite, développée dans le cours d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, à manifestations vagues, peu accentuées.

— L'observation XXXVII est l'histoire d'une malade atteinte, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une double altération valvulaire, mitrale et aortique : rétrécissement mitral avec insuffisance et rétrécissement aortique. Le côté intéressant de l'histoire clinique est celui relatif aux variations des bruits de souffle. Lorsque, en effet, on auscultait la pointe du cœur, les résultats de l'auscultation n'étaient point les mêmes tous les jours. Parfois

même ils changeaient d'un moment à l'autre, suivant que la malade était au repos depuis un certain temps ou qu'elle venait de se mouvoir ou d'éprouver une émotion quelque peu vive, ou enfin suivant l'état de ses poumons, suivant qu'elle avait ou non la fièvre, etc. Dans les conditions de tranquillité relative du cœur, on entendait un roulement présystolique se terminant au moment du choc de la pointe du cœur, et un dédoublement du second bruit suivi immédiatement d'un souffle bref, bien net. Dans d'autres cas, il n'y avait plus de dédoublement bien reconnaissable pour le second bruit, plus de roulement présystolique, mais un souffle systolique et un souffle diastolique (je ne parle que de l'auscultation de la pointe). Parfois on n'entendait que le souffle diastolique; d'autres fois, il n'y avait qu'un souffle au premier temps : c'est ce qui avait lieu dans les cas d'accélération des mouvements du cœur. Lorsque cette accélération augmentait et coïncidait avec des phénomènes d'asystolie, on n'entendait plus aucun bruit de souffle.

On sait à combien de théories, de discussions souvent passionnées, a donné lieu l'histoire clinique du rétrécissement mitral. Parmi les observateurs, les uns affirment que toujours le souffle était au premier temps, les autres que toujours il était au second temps; plus tard, le souffle présystolique, signalé d'abord par M. Gendrin, puis étudié avec soin par M. Fauvel, qui en fit voir la véritable signification, devint pour la plupart des cliniciens le signe propre du rétrécissement de l'orifice mitral. Plus tard encore, M. Hérard montre que ce rétrécissement peut s'accuser réellement aussi par un souffle au second temps ayant son maximum à la pointe du cœur. C'est dans ces deux dernières données que se trouve la vérité clinique. Et ce qui prouve le mieux que le rétrécissement peut ainsi se traduire soit par un souffle ou par un roulement présystolique, soit par un souffle au second temps et à

la pointe, c'est ce fait que M. Vulpian a si souvent constaté et montré dans son service, à savoir : que chez le même malade, on peut, à des moments variés, par suite de diverses influences, entendre tantôt un roulement présystolique, tantôt un souffle diastolique de la pointe, tantôt même, ce qui est fréquent, les deux phénomènes pour chaque révolution du cœur. Lorsqu'on réfléchit aux conditions qui peuvent faire varier un bruit de souffle : étroitesse plus ou moins prononcée des ouvertures auriculo-ventriculaires, tension plus ou moins forte du sang, réplétion sanguine plus ou moins considérable des cavités, état de la contractilité cardiaque, fonctionnement de l'appareil nerveux du cœur, etc., on comprend aisément les variations du phénomène physique.

— L'observation XL est un exemple d'une lésion rare; du *rétrécissement sous-aortique*; dans le cas particulier, le fait est des plus évidents. M. Vulpian, dans ses cours, a insisté bien des fois sur les conditions de production de cette lésion de *canalisation* et sur les caractères du signe d'auscultation par lequel elle se traduit. Ce signe est un souffle bref, plus ou moins râpeux, ayant son maximum au premier temps et au milieu de la hauteur de la région précordiale. Ce rétrécissement est d'ordinaire le résultat d'une altération de la valvule mitrale, avec diminution de la largeur de la base du repli droit de cette valvule. Pour peu que la partie supérieure de la cloison interventriculaire soit saillante dans l'infundibulum aortique, comme cela a lieu souvent lorsqu'il y a hypertrophie du myocarde, il se produit un rétrécissement de cet infundibulum en ce point. Ce rétrécissement est placé à une certaine distance au-dessous des valvules aortiques. Lors de l'autopsie, on constate facilement que l'on peut à peine introduire les extrémités de deux doigts dans la partie rétrécie de l'infundibulum aortique. Parfois même un doigt s'y trouve un peu serré; mais

il est rare que le rétrécissement atteigne ce degré. L'étrécissement de l'infundibulum aortique en ce point n'étant pas plus considérable, il faut, comme le dit M. Vulpian, pour qu'il se produise un souffle, que les contractions du ventricule gauche soient énergiques. Aussi doit-on croire à l'existence d'un certain degré d'hypertrophie des parois de ce ventricule lorsqu'on perçoit le bruit de souffle dont nous venons de parler. Dans l'observation dont il s'agit, le bruit de souffle s'entendait dans l'intervalle des deux bruits normaux, mais c'est là une particularité qui ne dépend pas directement du siège du rétrécissement, et qui doit être attribuée plutôt au mode de projection de l'ondée ventriculaire gauche dans l'aorte. Il est probable qu'au moment de la production du premier bruit normal (qui, d'après M. Vulpian, serait dû surtout au début de la contraction même des ventricules, c'est-à-dire au changement brusque d'état du muscle cardiaque) une petite quantité de sang seulement était lancée au travers du trajet ventriculo-aortique : ce n'est qu'au moment où cette contraction s'achevait, en devenant plus énergique, que le volume de l'ondée sanguine et la rapidité de son mouvement au travers du passage rétréci devenaient suffisants pour donner lieu à un souffle. C'est d'ailleurs là une circonstance qui pourrait se présenter aussi dans des cas de rétrécissements valvulaires aortiques.

L'intérêt des autres observations est dans les détails cliniques rapportés plus haut, à propos de l'asystolie.

Obs. XXXVI. — *Insuffisance mitrale dans le cours d'un rhumatisme articulaire sub-aigu.*

La nommée F... Célestine, âgée de 40 ans, domestique. Entrée le 21 juin 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 40 ans, est domestique.

Réglée à 16 ans, elle l'a toujours été très-régulièrement.

On ne relève aucun symptôme de scrofule dans les antécédents. Dès son enfance, la malade aurait eu souvent des *douleurs passagères dans les diverses articulations.*

Depuis longtemps, elle est atteinte de palpitations de cœur très-fréquentes; elle s'essouffle facilement pour peu qu'elle marche vite; de plus, ses jambes sont devenues très-faibles depuis quelques mois et elle ne peut rester debout, ni marcher longtemps.

Au niveau des articulations tibio-tarsiennes, il se montre souvent un gonflement notable le soir, quand elle s'est fatiguée un peu dans la journée.

Elle est très-sujette aux migraines, et elle a eu pendant longtemps des névralgies, qui, du reste, n'étaient pas bien localisées et parcouraient les diverses parties du corps.

Il y a 3 semaines, elle raconte qu'il survint un gonflement très-considérable au niveau des deux cous-de-pied.

Ce gonflement parvint à son maximum en 1 ou 2 jours; il était tel que la région offrait un volume plus considérable que celui de la jambe; il envahissait le pied en bas et remontait jusqu'à trois et quatre travers de doigt au-dessus des deux malléoles.

Ce gonflement disparut complètement il y a 8 jours; il ne fut pas accompagné de symptômes particuliers; cependant la malade fut obligée de garder le lit, la station debout étant assez douloureuse. La fièvre a été très-modérée.

Etat actuel. — La malade est de taille moyenne; facies un peu anémique. — Léger degré de cyanose des lèvres. — La peau a sa température normale. — Elle se plaint d'éprouver des élancements douloureux dans les coudes, les poignets et les cous-de-pied. — La station debout est assez pénible. — Les coudes et les poignets ne sont pas tuméfiés; douleurs assez vives, à la pression de ces parties.

Il existe, encore aujourd'hui, un peu d'œdème perceptible à la pression, au niveau des malléoles; de plus le dos du pied, des deux côtés, est couvert de marbrures très-nettes, lui donnant une teinte rougeâtre, un peu cyanique.

Ces marbrures sont moins marquées au niveau des coudes-pied et de la partie antérieure de la jambe.

La palpation, sur ces régions, fait constater une diminution de la température.

La malade se plaint de palpitations, d'essoufflements, de faiblesse très-grande dans les deux jambes; elle a peu d'appétit; constipation très-opiniâtre.

La vue depuis quelques mois est altérée; la malade voit des brouillards; ces troubles de la vue semblent augmenter tous les jours d'intensité.

L'urine est rouge, peu abondante et ne contient ni albumine ni sucre.

La malade ne tousse pas; du reste l'examen des poumons ne fait rien constater d'anormal.

L'examen du cœur fait entendre à la pointe et au premier temps un souffle assez rude, souffle se propageant dans l'aisselle et un peu vers l'appendice xiphoïde. Frémissement léger à la pointe. — Pas de voussure précordiale apparente. — La pointe du cœur bat dans le 7^e espace intercostal; léger degré d'hypertrophie cardiaque, accusé à la percussion. Le pouls est petit, régulier et sans intermittence.

A la base du cœur, on ne constate rien d'anormal.

Elle quitte l'hôpital, le 2 juillet, sensiblement améliorée.

Traitement. — On lui a donné, pendant trois jours, six grammes de salicylate de soude; les douleurs articulaires ont disparu très-rapidement. De plus, badigeonnage de teinture d'iode sur la région précordiale. — Une pilule de poudre de feuilles de digitale (0 gr. 10) chaque jour.

Le souffle du cœur paraît être un peu moins rude; les

douleurs articulaires sont très-amendées; l'état général est bon.

Obs. XXXVII. — *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et insuffisance de la valvule mitrale. — Rétrécissement aortique. — Variations des bruits de souffle suivant les moments de l'examen.*

La nommée Gabrielle, âgée de 37 ans, domestique.

Entrée le 23 novembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit n° 5.

Antécédents. — Cette malade, âgée de 37 ans, habite Paris depuis 1867. Elle n'a pas eu d'enfants.

Elle n'a jamais connu ni son père, ni sa mère.

Dans son enfance elle a eu des gonflements ganglionnaires cervicaux; elle a eu aussi des maux d'oreilles avec écoulement de sérosité.

Elle a été réglée à 17 ans et depuis lors ses règles ont toujours été régulières.

Peu de temps après ses premières règles, elle fut atteinte de variole; elle garda le lit pendant 3 semaines; elle habitait à cette époque la campagne, aux environs de Lyon.

La même année, à 17 ans, elle fut subitement prise de douleurs très-vives, avec gonflement et rougeur très-marqués des articulations de tous les membres et surtout des genoux. Jusqu'alors, elle n'avait jamais eu de douleurs, même légères, dans les jointures ou dans la continuité des membres.

Elle entra à l'hôpital à Lyon où elle resta 3 semaines au lit.

Elle raconte que, pendant tout ce temps, elle eut une fièvre très-vive, avec des sueurs abondantes et quelques palpitations de cœur, mais d'une façon peu marquée.

A dater de l'âge de 20 ans, elle a eu de fréquents maux de gorge. Ils ne se sont plus montrés depuis quelques années.

A 28 ans, elle fut prise une seconde fois de rhumatisme articulaire aigu caractérisé par les mêmes symptômes que ceux de la première attaque, c'est-à-dire par de la fièvre vive, des douleurs, du gonflement et de la rougeur de toutes les articulations des membres et surtout des genoux.

Cette seconde fois, les palpitations, dit-elle, furent plus intenses et durèrent plus longtemps que la première fois. Pendant cette seconde reprise de l'affection, qui dura 3 mois, elle fut soignée dans le pays qu'elle habitait auprès de Lyon.

A l'âge de 31 ans, accès de douleurs névralgiques du côté gauche de la tête, avec gonflement assez marqué et rougeur intense de la peau de la face.

Le gonflement dura environ 15 jours; et, depuis, elle a eu souvent des douleurs névralgiques de ce même côté du visage.

En 1875, au mois de mai, elle eut un érysipèle à la face et du cuir chevelu, qui dura six semaines. Elle dit avoir alors perdu ses cheveux. Elle fut soignée à la Charité par M. Hayem.

Quelque temps après, elle y entra de nouveau pour une troisième reprise de rhumatisme articulaire aigu. Cette fois, elle fut malade six semaines; elle eut encore toutes les articulations prises, surtout les genoux, mais d'une façon moins marquée que les deux premières fois.

En revanche, les symptômes du côté du cœur furent très-accusés. Elle éprouva alors des douleurs vives dans la région précordiale, douleurs qui furent accompagnées de palpitations très-fortes.

Pendant cette troisième attaque, elle aurait eu du délire, des maux de tête violents et de la constipation; mais sur ce point la malade ne donne pas des renseignements très-nets.

Elle n'a jamais été atteinte de maladie sérieuse de poi-

trine, à part quelques rhumes qui, chaque fois, auraient duré un mois ou un mois et demi environ.

Etat actuel. — Aujourd'hui la malade est à l'hôpital pour des symptômes cardiaques.

C'est une femme petite, assez maigre — très-impressionnable.

Son visage est pâle; les pommettes des joues sont un peu marbrées; les lèvres, légèrement cyanosées.

Etat de dyspnée habituelle. La parole est brève, entrecoupée; la malade ne peut prononcer de longues phrases sans être obligée de s'interrompre.

La santé générale est assez bonne; il n'existe pas de fièvre.

La malade se plaint d'une sensation d'oppression très-marquée à gauche; cette sensation est souvent accompagnée d'une douleur assez forte qui occupe la région précordiale et remonte vers l'épaule gauche.

Les palpitations sont continuelles, mais leur intensité varie d'un moment à l'autre. Elles reviennent *par accès douloureux* cinq à six fois par jour, plus souvent la nuit; aussi le sommeil est-il presque impossible.

La percussion de la région précordiale indique une étendue de la matité plus considérable que dans l'état normal: la pointe du cœur bat dans le 6^e espace intercostal.

A l'auscultation, on entend au premier temps et à la pointe, un bruit présystolique très-intense, avec dédoublement du second bruit.

A la base et *au premier temps*, il y a aussi un souffle rude, surtout marqué au niveau de l'orifice aortique.

A la palpation, en dehors des accès de palpitations, on ne sent rien de bien anormal dans la force et le rythme des bruits du cœur; on perçoit pourtant une sensation de frémissement peu marquée, se produisant par instants seulement.

Le pouls est mou, dépressible et faible; le tracé au sphygmographe l'indiqué, et montre, en même temps, quelques irrégularités.

Du côté des autres appareils, il n'y a rien d'anormal à signaler. La malade mange bien, digère bien.

On trouve un peu de submatité aux sommets des poumons; mais il n'y a rien de net à l'auscultation.

La malade va régulièrement à la selle; mais par moments, elle éprouve de la difficulté pour uriner.

Les urines examinées, ne contiennent pas d'albumine.

Marche de la maladie. Traitement. — On ordonne d'abord une pilule, puis deux pilules de poudre de feuilles de digitale de 0 gr. 10; une cuillerée de sirop d'iodure de fer; vin de quinquina.

20 janvier 1877. — La malade a été prise, hier, de frissons avec point de côté gauche.

Elle était très-oppresée.

Elle a eu de la fièvre la nuit, avec sueurs.

Ce matin, la peau est encore chaude; le pouls est fréquent; la malade tousse et a un certain degré de dyspnée. Le point de côté est assez intense.

L'examen de la poitrine montre l'existence de râles de bronchite, généralisés, surtout marqués en arrière; en outre, on entend du souffle et de l'égophonie vers la partie moyenne et postérieure du côté gauche du thorax.

Un vésicatoire fut appliqué; la douleur disparut avec l'oppression; mais la toux, les râles et le souffle pleurétique persistèrent.

22 janvier. — Les signes de pleurésie existent encore. L'auscultation de la pointe du cœur fait entendre un souffle au second temps des plus nets.

23 janvier. — A la pointe du cœur, on entend un roulement présystolique, avec dédoublement du second bruit;

immédiatement après ce dédoublement, on perçoit un léger souffle, bref et bien net. En outre, il y a un souffle assez fort à la base et au premier temps.

24-25 janvier. — Mêmes phénomènes d'auscultation.

26 janvier. — Roulement présystolique, sans souffle au second temps.

29 janvier. — Roulement diastolique: pas de souffle.

30 janvier. — *Eruption d'eczéma autour des malléoles*, au pied gauche; le lendemain, elle eut une éruption d'érythème papuleux au niveau de la rotule à droite. En même temps, elle éprouva des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Ces douleurs se montrèrent ensuite aux membres supérieurs et ont persisté depuis ce moment.

Sulfate de quinine 1 gr. en deux paquets. Chiendent nitré.

8 Février. — Le souffle pleurétique a disparu; mais les râles existent encore aujourd'hui.

Quant aux bruits du cœur, ils offrent toujours les mêmes variations. Le plus souvent on n'entend à la pointe qu'un roulement présystolique d'une netteté remarquable. (Bien des fois M. Vulpian a montré ce cas comme un type de cette sorte de bruit, caractérisant le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche). Dans d'autres circonstances, il y a, en même temps, un dédoublement du second bruit à la pointe, avec ou sans souffle consécutif. Un autre jour et à un autre moment, on entend deux souffles à la pointe, sans roulement présystolique; il y a un souffle net mais peu fort, au moment de la systole ventriculaire et un souffle plus fort au second temps, le deuxième bruit n'étant pas dédoublé. Parfois, on ne perçoit bien à la pointe que ce dernier souffle. Quant au souffle du premier temps et de la base, il est toujours le même.

La malade a de la fièvre et sue beaucoup. Les douleurs l'empêchent de dormir.