

S'agit-il d'une *hypertrophie*, la matité, moins nette, moins absolue, est plus étendue dans le sens transversal; elle est survenue d'une façon progressive; le doigt qui percute éprouve la sensation d'une grande résistance; la pointe bat au niveau

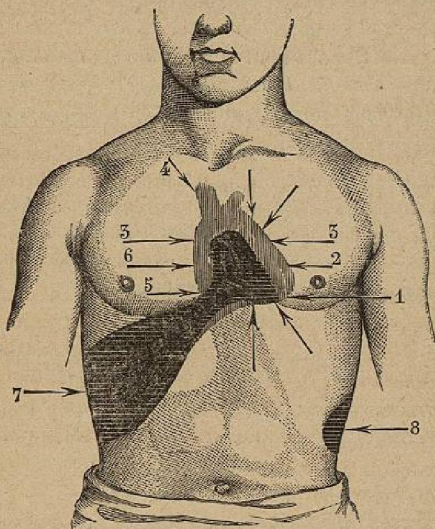


Fig. 8. — Figure destinée à montrer les résultats de la percussion du cœur.

Les parties noires donnent une matité absolue (on voit ainsi que la matité du cœur se continue avec celle du foie); les parties demi-noires donnent de la submatité.

Les flèches indiquent le sens dans lequel doit être dirigée la percussion.

1. Pointe du cœur. — 2. Région du ventricule. — 3, 3. Origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire. — 4. Aorte s'élevant sur le bord droit du sternum. — 5. Oreillette droite. — 6. Ventricule droit. — 7. Foie. — 8. Rate.

de la limite inférieure de la matité et elle est, en général, facile à sentir. — Un anévrisme de la crosse de l'aorte augmente l'étendue de la matité précordiale, mais du côté droit du

sternum; de plus, le frémissement, les bruits de souffle, etc., révèlent la nature de la tumeur.

2° *Diminuée*, ce qui tient à l'interposition entre le cœur et la paroi thoracique d'une lame de poumon emphysémateux.

IV. — Signes fournis par l'auscultation.

Azoulay qui a consacré sa thèse à l'étude spéciale de l'influence des diverses attitudes sur la perception des bruits cardiaques, recommande pour l'auscultation la position suivante dans laquelle les bruits normaux ou pathologiques seraient renforcés: tronc horizontal, tête relevée, bras et genoux relevés, talons touchant les ischions. — On a préconisé aussi l'attitude genu-cubitale qui place le cœur en contact plus intime avec la paroi thoracique.

1° *Altérations de siège*. — Les bruits du cœur, au lieu d'avoir leur maximum d'intensité dans les régions habituelles, peuvent être *déplacés en sens divers*, par suite de difformités rachitiques du thorax, — *abaissés* par le fait d'une hypertrophie cardiaque ou de la présence d'une tumeur au niveau de la base du cœur, — *élevés* par le fait du refoulement du diaphragme, — *déviés* à droite ou à gauche par un épanchement dans l'une ou l'autre plèvre.

De ces diverses altérations de siège les plus importantes sont les *déviation latérales* liées aux *épanchements pleurétiques*, car elles constituent une indication pressante à la thoracentèse, le déplacement du cœur pouvant entraîner une syncope mortelle pour peu qu'il soit accentué.

2° *Altérations d'intensité*. — Les bruits du cœur peuvent être *affaiblis* par une hypertrophie, une atrophie de cet organe, par un épanchement péricardique, un emphysème pulmonaire. — Ils peuvent être *exagérés* par une hypertrophie, par des palpitations, une induration des parois du cœur ou de l'aorte: telle est l'exagération du 2° bruit aortique dans les cas d'athérome de ce vaisseau.

3° *Altérations de rythme*. — Les bruits du cœur sont *accélérés* dans les fièvres, les palpitations *simples* ou *liées* à des

altérations organiques. — Ils sont, au contraire, *valentis* par l'action de la digitale, la dégénérescence du cœur, etc.

Ils sont *irréguliers* ou *intermittents* : ces désordres n'ont par eux-mêmes aucune signification bien précise ; cependant ils indiquent souvent une altération organique du cœur.

Le nombre des bruits peut être modifié : — tantôt on n'en entend qu'un seul, l'autre bruit manque ou il est remplacé par un bruit anormal ; — tantôt on en entend trois et même quatre, ce qui tient à un défaut de synchronisme dans les mouvements du cœur droit et du cœur gauche. De ces bruits à trois temps, le plus important est celui qu'on désigne sous le nom de *bruit de galop* ; il siège à la pointe et est caractérisé par un bruit surajouté précédant le premier bruit normal : c'est un symptôme important de *néphrite interstitielle*.

Dans d'autres cas, il y a un dédoublement du deuxième bruit à la base qu'on observe surtout dans le *rétrécissement mitral* : le ventricule gauche, se remplissant moins que son congénère, se contracte plus vite que lui et lance moins de sang dans l'aorte ; il en résulte que le choc en retour du sang, c'est-à-dire l'abaissement des valvules sigmoïdes, se fait plus vite dans l'aorte que dans l'artère pulmonaire.

Polain a appelé l'attention sur le *Dédoublement physiologique des bruits du cœur* : ces dédoublements se rattachent à un défaut de synchronisme entre le claquement de valvules homologues des deux cœurs ; chacune d'elles produit alors un bruit isolé. Si les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire ne s'abaissent pas ensemble, le deuxième bruit est dédoublé, etc. Ces dédoublements peuvent être sous la dépendance de la respiration, mais on ignore pourquoi ils se produisent chez certains sujets et non chez d'autres.

Bruits anormaux.

Les bruits anormaux que l'on peut entendre dans la région précordiale se divisent en deux groupes :

A. Les uns se produisent *en dehors du cœur*, entre lui et le péricarde : ce sont des *bruits de frottement*.

B. Les autres se forment dans les cavités mêmes du cœur : ce sont des *bruits de souffle*.

A. **Bruits de frottement.** — Ils présentent divers caractères que l'on a comparés à un frôlement, au bruit de cuir neuf, à un raclement. Ces bruits sont notablement renforcés par une pression exercée avec le stéthoscope ou la tête sur la région précordiale ; ils coïncident fréquemment avec le frémissement vibratoire et indiquent une *péricardite sèche* ou avec *fausses membranes* ; leurs variétés sont en rapport avec le degré de rugosité des surfaces du péricarde ¹. C'est généralement un bruit de va-et-vient, c'est-à-dire qu'il s'entend aux deux temps et est plus marqué à la base. Quelquefois il occupe le petit silence, simulant un rythme à trois temps.

B. **Bruit de souffle.** — Le bruit de souffle est de beaucoup le plus fréquent des bruits anormaux du cœur, et présente de nombreuses variétés relatives : — 1° à son *siège*, car il se fait entendre, tantôt au niveau de la pointe du cœur, tantôt au niveau de sa base ; il coïncide avec le premier, ou avec le deuxième bruit normal ou avec tous les deux ; — 2° à son *étendue* : tantôt il est circonscrit dans une partie limitée de la région précordiale ; tantôt il se fait entendre au loin et se prolonge dans les artères ; — 3° à sa *durée* : il est court ou prolongé ; — 4° à son *intensité* : tantôt il est doux, soufflant, en jet de vapeur ; tantôt il est rude au point d'imiter le bruit de la scie, de la râpe ; il peut même prendre un timbre musical et imiter un pialement.

Causes physiques. — Le bruit de souffle se rattache, — soit à un excès dans le frottement du sang au niveau des orifices qu'il traverse, — soit au rétrécissement de ces orifices et à la formation d'une veine fluide produite par le passage d'une

1. Il est à peine besoin d'ajouter que le frottement péricardique se rattache aux mouvements du cœur qui font glisser les deux feuillets du péricarde l'un sur l'autre : il ne peut donc se produire qu'en l'absence d'un épanchement, car celui-ci, éloignant les deux feuillets, empêche leur frottement.