

Existe-t-il un bruit de souffle à la base, ou bien il est au premier temps, et alors il se rattache très probablement à l'anémie, parfois à un rétrécissement aortique ; ou bien s'entend-il au second temps, il indique alors une insuffisance aortique.

Pour apprécier l'état de compensation ou d'asystolie, il faut examiner l'état de la circulation générale. Une compensation parfaite se traduit par l'intégrité de toutes les fonctions ; n'étaient les signes physiques de la lésion cardiaque, elle passerait inaperçue, et le malade vit de la vie commune.

L'asystolie se reconnaît aux œdèmes, à la dyspnée, et, en un mot, à l'existence des désordres de la circulation.

Nous allons rappeler en quelques mots les caractères des principales maladies du cœur et du péricarde.

PÉRICARDITES. — La péricardite s'observe, non seulement dans le cours du rhumatisme, mais encore dans celui d'une foule de maladies générales, telles que typhus, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, mal de Bright, scorbut, etc. ; il est fort rare qu'elle soit primitive ; il est également rare que son début soit éclatant et attire forcément l'attention sur elle ; bien souvent, au contraire, la péricardite doit être recherchée.

Deux cas peuvent se présenter : — 1° la péricardite est sèche, c'est-à-dire que les deux feuillets du péricarde sont dépolis, rugueux, tapissés de fausses membranes, mais ils ne sont pas séparés l'un de l'autre par un épanchement liquide ; cette péricardite se reconnaît à l'existence des bruits de frottement, et comme ces bruits sont pathognomoniques, il n'y a pas lieu d'insister sur les autres caractères ; — 2° la péricardite s'accompagne d'un épanchement : dans ce cas il existe une voussure précordiale proportionnée à son abondance ; la percussion révèle l'existence d'une matité piriforme et très étendue ; on ne perçoit plus le choc précordial, ou bien, si l'on peut encore apprécier la position de la pointe du cœur, on remarque que la matité descend bien au-dessous d'elle. Les bruits du cœur s'éloignent et disparaissent, d'abord vers la pointe ; sa contractilité subit une profonde atteinte et il en peut résulter de la petitesse et de l'intermittence du pouls, des lipothymies et des syncopes.

ENDOCARDITES. — L'endocardite se développe sous l'influence du

1. La péricardite peut rester sèche pendant toute son évolution, mais souvent la sécheresse et les bruits de frottement précèdent ou suivent l'épanchement.

rhumatisme ou dans le cours d'autres maladies infectieuses, et elle peut être simple ou ulcéreuse ; quant à la forme chronique, elle est très souvent le reliquat d'une endocardite aiguë, mais elle peut s'installer sans bruit, sous l'influence de l'âge, d'intoxications légères ou répétées, de la même façon que l'athérome artériel.

Si, dans le cours d'un rhumatisme vous voyez la température s'élever rapidement, cherchez-en la cause dans le cœur, vous constaterez souvent l'existence d'une endocardite ou d'une péricardite ; mais, habituellement, qu'elle survienne dans le cours d'un rhumatisme ou d'une fièvre grave, qu'elle soit simple ou ulcéreuse, l'endocardite s'installe sournoisement.

L'endocardite simple se traduit : 1° par un éréthisme cardiaque donnant lieu à des palpitations ; 2° par un épaississement des valvules qui, remplissant mal leurs fonctions, donnent lieu à la production de bruits de souffle<sup>1</sup> ; 3° par une fièvre qui dépasse rarement 39 degrés.

L'endocardite ulcéreuse, qui relève d'un processus infectieux et s'observe primitivement ou dans le cours des maladies graves, est caractérisée — par des symptômes généraux se rapprochant, tantôt de ceux de la fièvre typhoïde, tantôt de ceux de la granulie, tantôt de ceux de l'infection purulente, — par des bruits de souffle en rapport avec les altérations valvulaires et par les désordres spéciaux qu'entraînent les embolies<sup>2</sup>.

Les symptômes de l'endocardite chronique se fusionnent avec ceux des lésions valvulaires qu'elle engendre.

LÉSIONS DES ORIFICES DU VENTRICULE GAUCHE. — 1° Rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale : c'est de toutes les lésions valvulaires la plus fréquente. Stokes lui avait donné le nom de maladie mitrale ; elle a pour caractère diagnostique principal le souffle prolongé de la pointe<sup>3</sup>.

1. Il ne faut pas oublier que ces bruits peuvent être temporaires et disparaître dès que l'état inflammatoire se dissipe, si les valvules se retrouvent alors en état de reprendre leur jeu régulier.

2. Ainsi le malade peut être brusquement frappé d'une hémiplegie par le fait de l'oblitération de l'artère cérébrale moyenne, ou bien de sphacèle d'un membre, de gonflement de la rate, etc., toujours par oblitération embolique de leurs vaisseaux.

3. L'expression de souffle prolongé de la pointe suffit assurément à tous les besoins de la clinique ; cependant l'importance du sujet

Dans toutes les lésions mitrales le pouls est très petit ; son tracé donne des oscillations fort peu accentuées, régulières si la compensation existe, inégales, irrégulières si elle n'existe pas. Est-il besoin d'ajouter qu'à ces signes viennent se joindre ceux de l'hypertrophie et les divers troubles circulatoires que nous avons exposés.

N'oublions pas qu'il existe des rétrécissements mitraux et des insuffisances mitrales d'origine spasmodique (spasmes de l'orifice, dans un cas ; spasmes des muscles valvulaires dans l'autre) qui présentent les mêmes signes physiques que les lésions similaires, mais qui s'en distinguent par l'absence des symptômes généraux et par la bénignité habituelle du pronostic (Lœnnec, Stokes, Peter, Reviliod, Picot, Roger, etc.) lorsque les causes provocatrices disparaissent.

2° *Insuffisance aortique*. — Elle se révèle par un bruit de souffle qui présente plusieurs caractères importants : — 1° il a son maximum à la base du cœur (au niveau du bord inférieur de la troisième côte, près le bord droit du sternum, quelquefois pourtant à la base de l'appendice xiphoïde) et au second temps, c'est-à-dire qu'il se produit au moment où le sang qui a été lancé dans l'aorte reflue dans le ventricule par le fait de l'insuffisance ; il remplace le second bruit produit normalement par le claquement de ses valvules ; — 2° il se prolonge sur le trajet de l'aorte ; il est doux, soufflant, en

ne nous permet pas de passer complètement sous silence les nombreux travaux dont ce point de pathologie cardiaque a été l'objet.

D'après Duroziez, le souffle prolongé de la pointe, qui révèle la maladie mitrale, se compose en réalité d'une série de bruits morbides dont il a donné une notation qui a été légèrement modifiée par Raynaud. La voici :

<i>rrou</i>	<i>f</i>	<i>foût</i>	<i>tata</i>
Roulement diastolique	Souffle présystolique	Souffle systolique	Dédoublé du deuxième bruit normal

C'est d'abord un *bruit de roulement* (rrou) résultant du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule sous l'influence de la seule vis à tergo du sang contenu dans l'oreillette et les veines, puis c'est le *souffle présystolique* (f) se produisant au moment où le passage du sang est activé par la contraction de l'oreillette, puis c'est le *souffle systolique* (foût) résultant du reflux du sang dans l'oreillette au moment où le ventricule se contracte.

Enfin le deuxième bruit normal se dédoublerait (tata) par suite de la différence que la maladie mitrale établit entre la tension du sang contenu dans l'aorte et celui que renferme l'artère pulmonaire.

jet de vapeur. — Les artères, surtout les carotides et les radiales, sont ordinairement athéromateuses, flexueuses. *Le pouls est bondissant et dépressible* ; le bondissement du pouls est dû à la force de projection du sang lancé par le ventricule gauche hypertrophié ; sa dépressibilité s'explique par le reflux brusque du sang dans le ventricule et par la diminution de la tension artérielle qui en résulte immédiatement.

Le *sphygmographe* rend parfaitement ce double caractère : la ligne d'ascension est verticale et marque ainsi la brusquerie de l'expansion vasculaire ; à son sommet se trouve un petit crochet, indice de l'abaissement brusque de la tension artérielle par suite du reflux du sang dans le ventricule.

L'insuffisance aortique est souvent liée à de l'aortite chronique et à un certain degré de dilatation de la crosse. Elle provoque parfois, au même titre que l'anévrysme de la crosse de l'aorte, des secousses rythmiques de la tête (comme dans le cas d'Alfred de Musset) dont Frenkel a cherché à expliquer la production en les comparant aux mouvements du tourniquet dans l'expérience de physique connue sous le nom de « tourniquet électrique ».

En général, la compensation s'établit assez bien : aussi les œdèmes et les autres symptômes de l'asystolie sont-ils plus rares dans l'insuffisance aortique que dans les lésions mitrales. De toutes les maladies du cœur, c'est une des moins gênantes ; elle ne se traduit souvent pendant longtemps, que par quelques accès de dyspnée et de palpitations, des épistaxis plus ou moins fréquentes, une tendance marquée à la syncope, et une pâleur très prononcée ; néanmoins elle est une des plus graves, car elle prédispose spécialement à la *mort subite* par anémie cérébrale et syncope consécutive.

De même qu'il existe une insuffisance mitrale spasmodique, il existe une insuffisance aortique purement fonctionnelle et d'une gravité infiniment moindre (Corrigan, Aran, M. Raynaud, C. Paul, etc.).

1. Duroziez a signalé dans les artères des membres, et principalement dans la crurale, un double bruit de souffle produit par une pression légère du stéthoscope : le premier bruit, coïncidant avec la systole, résulte de l'obstacle au cours du sang créé par la pression du stéthoscope ; le second est produit par le retour du sang vers le cœur, retour qui ne peut s'effectuer que dans les cas d'insuffisance.

**LÉSION DU CŒUR DROIT.** — Ces lésions sont rares : presque toujours chroniques ; parfois congénitales. Elles donnent lieu à des souffles dont le mécanisme est identique à celui des souffles qui se produisent dans le cœur gauche, mais dont le siège est plus à droite. De plus, on rencontre parfois le *pouls veineux*, etc. — Il ne faut point oublier que, par l'entrave qu'elles apportent à la circulation, les lésions du cœur gauche finissent par troubler le jeu du cœur droit.

**MALADIES DU MUSCLE CARDIAQUE.** — La cyanose est une coloration bleue due à la gêne de la circulation veineuse. Elle s'observe dans les maladies du cœur arrivées à un degré prononcé d'asystolie ; de plus, elle peut être le reflet d'une lésion congénitale du cœur, telle que la persistance du trou de Botal, du canal artériel, l'occlusion du septum interventriculaire. Elle s'accompagne de dyspnée, d'accès de suffocation, de bruits de souffle et d'un grand désordre dans les contractions du cœur.

Rattachée par quelques auteurs au mélange des deux sangs à travers l'orifice anormal du cœur, la cyanose congénitale est regardée par Grancher comme résultant d'une vraie asystolie.

La *myocardite* ou inflammation du muscle cardiaque se caractérise par l'irrégularité et la faiblesse des contractions cardiaques, se traduisant par de l'intermittence, de l'irrégularité et de la petitesse du pouls. Elle se développe : — 1° par *voisinage*, à la suite des endocardites et des péricardites ; — 2° par *localisation infectieuse* sur le muscle, à la suite de la fièvre typhoïde, de la pyohémie et des fièvres éruptives graves ; elle constitue alors une contre-indication à l'emploi des bains.

#### Indications thérapeutiques fournies par les maladies du cœur.

Un cœur malade peut se présenter sous trois aspects différents offrant chacun des indications thérapeutiques toutes spéciales : — A. La *lésion cardiaque est compensée*. — B. La *lésion cardiaque n'est pas compensée*, c'est-à-dire qu'il n'y a plus équilibre entre les obstacles à la progression du sang et la force de contraction du cœur, le muscle cardiaque ne pouvant triompher de l'obstacle. — C. La *compensation est exagérée*, c'est-à-dire que le cœur déploie plus de force que n'en demandent les besoins de la circulation.

A. Lorsque la LÉSION CARDIAQUE EST COMPENSÉE, tous vos efforts doivent tendre à maintenir cet équilibre ; pour cela n'hésitez pas à prévenir le malade du danger qui le menace, vous obtiendrez ainsi de lui l'observation rigoureuse de vos prescriptions.

Il devra : — 1° *Se prémunir avec soin contre les refroidissements*, car un rhume crée des obstacles à la circulation cardiaque ;

2° *Eviter les émotions, les efforts musculaires, les fatigues, les travaux intellectuels assidus ;*

3° *Surveiller avec soin ses fonctions digestives et urinaires.* Y a-t-il tendance à la constipation, il faut la combattre par l'usage du lait, de la rhubarbe, des eaux purgatives naturelles. Si la quantité d'urine tombe au-dessous de la moyenne physiologique (1 litre et demi, soit 1500 gr. environ), il faut l'augmenter par l'usage du lait, de la tisane de chiendent ou de busserole, etc., additionnée de 2 à 4 grammes de sel de nitre.

En effet, la constipation gêne la circulation abdominale et provoque des efforts qu'il faut éviter ; la diminution de la sécrétion urinaire augmente la tension du sang dans le système veineux et nécessite par conséquent une force d'impulsion anormale de la part du cœur.

4° Il se trouvera souvent bien de l'usage alternatif de l'iode de potassium et de sodium à faibles doses, et de l'arsenic.

B. Lorsque la LÉSION CARDIAQUE N'EST PAS COMPENSÉE, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus équilibre entre l'obstacle et la force motrice, l'indication est fort nette, il faut chercher : 1° à diminuer l'obstacle ; 2° à augmenter la force motrice.

1° Vous **diminuez l'obstacle** en diminuant la quantité de sang contenue dans le système veineux et, par conséquent, en abaissant la tension veineuse. Or, pour arriver à ce résultat, vous pouvez recourir à la saignée, aux purgatifs, aux diurétiques et à la médication lactée dont Jaccoud a précisé les indications, les effets et le mode d'emploi<sup>1</sup>. Nous allons dire

1. JACCOUD, *Clinique médicale de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1878.