

Nous pensons utile d'insister sur le mode opératoire, mis en œuvre par Potain, et qui nous a toujours donné des résultats fort précis⁽¹⁾.

On commence par déterminer le siège exact de la pointe au moyen de la palpation, et, s'il est besoin, de l'auscultation et de la percussion qui donne à son niveau un son mat distinct aisément de la sonorité gastrique et pulmonaire; puis on recherche, par une percussion forte, la matité supérieure du foie dans la verticale mamelonnaire droite: en traçant une ligne qui unit ce point de matité hépatique à la pointe du cœur, on obtient la limite de la matité inférieure du cœur. Cette limite, un peu arbitraire, est néanmoins assez exacte, puisque le cœur repose sur la face convexe du foie; d'ailleurs la matité des deux organes pourrait au besoin être différenciée dans toute leur zone de contact, par l'emploi du phonendoscope de Bianchi qui associe l'auscultation à la percussion par effleurement, et permet ainsi de délimiter le contour des organes, c'est-à-dire les points où cesse la continuité de tissu, remplacée par la contiguïté de l'organe voisin. Mais comme cette exploration phonendoscopique est assez difficile à pratiquer et demande une certaine habileté, que d'autre

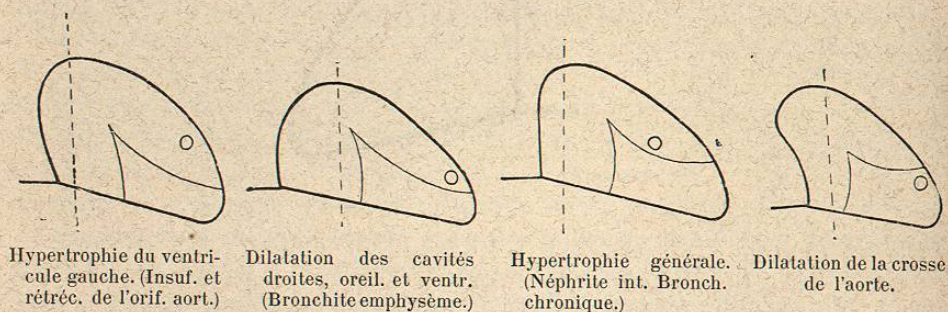


FIG. 14. — Formes diverses de la matité précordiale (d'après Potain).

part elle donne des résultats peu différents de ceux fournis par la méthode de percussion de Potain, on pourra fort bien se contenter de ceux-ci dans la clinique journalière et baser sur eux son diagnostic.

On procède ensuite, par une percussion forte, dirigée des parties sonores vers le centre de la région précordiale, à la détermination du bord supérieur et du bord droit du cœur. On obtient ainsi deux lignes: la première obliquement dirigée de la pointe vers la troisième articulation chondro-sternale gauche, la seconde ordinairement verticale et longeant le bord droit du sternum, à l'état physiologique. Ces deux lignes se raccordent par une courbe que fournit la matité des gros vaisseaux de la base, derrière la poignée du sternum. Cette surface triangulaire de la matité totale du cœur est circonscrite par la transition entre la sonorité pulmonaire et la *matité relative*, ou *submatité* cardiaque: le cœur étant en partie recouvert par une lame pulmonaire d'épaisseur variable.

On délimite enfin l'aire de *matité absolue* de la portion découverte du cœur au moyen d'une percussion très légère, permettant d'apprécier la transition brusque de la sonorité relative des bords pulmonaires à la matité complète du cœur adossé à la paroi thoracique. On obtient ainsi une surface, d'étendue variable, ordinairement triangulaire: sa base se confond avec le bord supé-

(1) Voir FOUBERT. Thèse inaug., Paris, 1887.

rieur du foie; le côté droit du triangle, à peu près vertical, représente le bord du poumon droit; le côté gauche oblique, convexe vers la zone mate, correspond à la lamelle précordiale du poumon gauche.

On pourra dès lors, en traçant sur le thorax les lignes ainsi obtenues, et les décalquant pour en conserver le dessin (mis en place au moyen des points de repère du mamelon, de la fourchette sternale, et des extrémités sternales des espaces intercostaux), reconnaître les variations de volume et de forme du cœur dans l'intervalle d'examen successifs.

Il sera même possible, en suivant les procédés indiqués par Potain⁽¹⁾, d'évaluer l'aire de matité précordiale en centimètres carrés et, par suite, de fixer le rapport numérique représentant les modifications de cette surface observées dans deux examens plus ou moins distants.

Ajoutons que les variations de volume du cœur peuvent encore être appréciées au moyen de la radioscopie ou des procédés de radiographie avec correction indiqués par Variot et Chicotot⁽²⁾, et par Bécclère⁽³⁾, dans diverses communications sur le sujet; mais c'est là un moyen encore peu pratique et dont les résultats ne sont pas, en clinique, préférables à ceux que fournit une percussion méthodique bien conduite. C'est également avec l'aide des rayons de Röntgen que Bécclère et, en Allemagne, Determann, Levy-Dorn, von Criegern⁽⁴⁾ ont poursuivi l'étude des déplacements du cœur suivant les différentes positions, ou au cours des affections thoraciques.

Enfin, la radioscopie, en permettant de « voir le cœur en place, vivant » (Potain), peut fournir des renseignements plus intéressants, et d'une précision supérieure à celle de l'examen néscopique lui-même, en ce qui concerne la position et la forme extérieure du viscère.

Certes, l'hypertrophie ou la dilatation cardiaques n'appartiennent pas en propre aux lésions valvulaires, mais suivant leur degré, leur prédominance sur tel segment du cœur, leur évolution, elles contribueront au diagnostic de ces lésions d'orifice.

Parmi les signes locaux indirects, on peut encore ranger, avec Potain, les modifications du tracé cardiographique, bien que les recherches de Marey et de Tridon n'aient pas fourni des résultats absolument concluants au point de vue du diagnostic clinique des cardiopathies valvulaires.

L'atténuation ou le renforcement de certains des bruits cardiaques normaux, dans la région de la pointe ou de la base, peut, dans bien des cas, constituer un signe indirect d'une lésion d'orifice; ainsi, le renforcement du second bruit pulmonaire, en révélant un excès de pression dans la petite circulation, pourra mettre sur la voie d'un obstacle à la déplétion du cœur gauche, en particulier de l'oreillette, dans la sténose mitrale.

L'exploration des artères, des veines et des capillaires fournira de nombreux renseignements sur le siège, la forme, ou le degré des lésions valvulaires: les battements carotidiens, les caractères du pouls radial ou crural, le frémissement au niveau des troncs artériels, les bruits propagés ou nés sur place qu'on y percevra par l'auscultation stéthoscopique, le pouls capillaire

(1) POTAIN. *Clin. méd. de la Charité*, p. 24 et suiv., 1894.

(2) VARIOT et CHICOTOT. *Acad. des sc.*, juin 1898. — *Soc. méd. des hôp.*, 17 mars 1899 et mai 1900.

(3) BÉCLÈRE. *Soc. méd. des hôp.*, 15 juillet 1898.

(4) *XVII^e Congrès allem. de méd. int.*, Carlsbad, avril 1899.

visible, la distension ou les battements des jugulaires, etc., seront autant de signes dont l'observateur devra apprécier la valeur pour chaque cas en particulier. Enfin, la détermination de la pression artérielle, évaluée au niveau de la radiale au moyen du sphygmomanomètre de Potain, complétera l'ensemble des signes qui permettent de baser le diagnostic des lésions valvulaires.

Symptômes généraux. — Ils sont le résultat du retentissement sur les divers organes des troubles circulatoires engendrés par la lésion valvulaire, mais ils ne sauraient être considérés comme caractéristiques de cette lésion elle-même ; en effet, les phénomènes d'ischémie artérielle ou de stase veineuse qui les constituent essentiellement peuvent reconnaître toute autre cause susceptible d'altérer le mode de la circulation intra-cardiaque, indépendamment d'une lésion des valvules ou des orifices (Potain).

D'ailleurs, si la plupart de ces phénomènes généraux, tels que l'oppression précordiale, la dyspnée, les congestions viscérales, pulmonaire, hépatique, rénale, les infarctus, les hémorragies intra-oculaires (Terson), les hydropisies, les gangrènes, etc., sont sous la dépendance du trouble circulatoire d'origine cardiaque, leur localisation ou leur prédominance sur telle portion du système vasculaire, sur tel organe en particulier, dépendent moins encore du siège de la lésion valvulaire que de la tonicité variable des différents territoires vasculaires chez le sujet atteint de cardiopathie. Chaque organe lutte et résiste suivant son état d'intégrité plus ou moins parfaite, et suivant la puissance réactionnelle qui lui est échue par suite d'une sorte de prédisposition innée : de là les différences si notables, d'un individu à l'autre, dans les manifestations viscérales de l'asystolie, et la réalisation de ce que l'on a justement dénommé les *asystolies locales* (voy. *Asystolie*).

Il est certain, néanmoins, que, dans le plus grand nombre des cas, les lésions aortiques s'accompagneront de phénomènes d'ischémie artérielle périphérique et ne troubleront que tardivement la circulation veineuse ; que les lésions du cœur gauche, surtout mitrales, détermineront plus spécialement la stase dans la petite circulation, et les troubles pulmonaires ; que les lésions primitives du cœur droit retentiront ordinairement d'emblée sur le système veineux général, et par lui, sur le foie, les reins, le cerveau, et donneront lieu aux congestions viscérales passives et aux hydropisies.

D'autre part, un certain nombre des phénomènes généraux accompagnant les lésions valvulaires ne sont point sous leur dépendance directe, mais résultent de troubles primitifs vasculaires, ou de lésions viscérales coexistantes : tels sont par exemple certains accidents d'ischémie chez les aortiques, reconnaissant comme cause un spasme des vaisseaux périphériques, telle encore la dyspnée d'origine toxique par sclérose rénale qui se montre fréquemment au cours des vices valvulaires de l'aorte chez les artério-scléreux, etc.

Marche. Durée. Terminaisons. — Les débuts d'une affection valvulaire sont souvent assez difficiles à préciser : en effet, si dans un certain nombre de faits la lésion s'est constituée rapidement, d'une façon aiguë et pour ainsi dire bruyante, au cours de l'endocardite ulcéreuse, et a dès lors suivi une rapide évolution, plus fréquemment au contraire elle s'installe suivant un mode subaigu, insidieux, lent, et affecte une marche chronique comme l'endocardite scléreuse

ou l'athérome qui lui ont donné naissance. Il semble même parfois que le rhumatisme ou la maladie infectieuse aiguë qui paraissent au premier abord avoir engendré la lésion valvulaire n'aient eu pour effet que de mettre en évidence ou d'accentuer une cardiopathie préexistante (Duroziez).

Une fois constituée, l'altération d'orifice suit dans un grand nombre de cas une marche progressive : tantôt par poussées successives à l'occasion de crises rhumatismales ou de maladies infectieuses répétées, tantôt par la seule accentuation régulière soit des lésions scléreuses, conséquences d'une première atteinte d'endocardite, soit de l'athérome développé chez les goutteux, les alcooliques, les saturnins, etc.

On voit néanmoins un certain nombre de lésions valvulaires demeurer stationnaires pendant de longues périodes, alors qu'aucune maladie générale ne vient déterminer une poussée nouvelle au niveau de l'endocarde, et que les divers organes conservent un état d'intégrité suffisant pour tolérer les modifications circulatoires qu'elles entraînent. Dans quelques cas exceptionnels, on a même pu observer la disparition des signes physiques et fonctionnels qui rendaient non douteuse l'existence d'une altération d'orifice (Potain) ; le fait est peut-être moins rare chez les enfants.

Plus ordinairement, la lésion valvulaire se montre permanente et indélébile. Dans l'ensemble des phénomènes qui accompagnent son évolution, on distingue, en général, un certain nombre de périodes qui se succèdent d'une façon assez régulière : dans une première période, dite d'*évolution* (Parrot), le vice valvulaire se constitue, sans se révéler par des signes cliniques bien appréciables ; l'apparition de ces derniers appartient à un stade plus avancé ou période *anatomique*. Mais s'il existe alors, pour l'observateur, des signes physiques indéniables d'une altération valvulaire, les symptômes fonctionnels font en général défaut pendant un temps plus ou moins long, l'hypertrophie myocardique compensatrice s'opposant à la production de toute perturbation circulatoire, de tout retentissement sur les grandes fonctions de l'organisme : c'est la période dite de *compensation*. La rupture des phénomènes de compensation parfaite peut, à lésion égale, se montrer à une époque des plus variables, suivant la précocité plus ou moins grande de l'insuffisance du myocarde, ou de l'asthénie *vasculaire* (Rigal), suivant la résistance des divers organes et la tonicité de leur réseau capillaire, c'est-à-dire suivant leur *adaptation* (Potain) dans chaque cas en particulier, enfin suivant les conditions générales d'hygiène et de diététique dans lesquelles se trouve placé chaque sujet : les accidents et les déterminations viscérales de cette période *troublée*, bien qu'engendrés par le vice valvulaire, ne suivent pas une marche parallèle et offrent une évolution relativement indépendante du degré de la lésion d'orifice (Stokes).

A cette période, nommée encore période de *dys-systolie* (Fernet) ou d'*hyposystolie* pour caractériser le rôle important qu'y joue l'affaiblissement de la puissance contractile du myocarde, succède à plus ou moins bref délai, et après des retours de durée variable à un état de compensation satisfaisante, la période d'*asystolie* confirmée, avec son cortège de stases veineuses, d'œdèmes, et de troubles graves de la circulation viscérale, dont la *cachexie cardiaque* est la conséquence, et qui commande presque constamment la terminaison fatale des cardiopathies valvulaires.

Il faut bien reconnaître cependant que la mort peut survenir par un autre mécanisme que celui de l'asystolie : tantôt par syncope, surtout lorsqu'il s'agit