

avec chute rapide, c'est le pouls de Corrigan, du nom de celui qui pour la première fois l'a décrit. Si on examine les vaisseaux de la base du cou, on voit que les carotides sont soulevées violemment à chaque pulsation. En examinant les ongles du malade, ou en frottant la peau du front, on observe au niveau de la zone congestionnée, des changements de coloration qui surviennent à chaque contraction du cœur ; c'est ce qu'on appelle le pouls capillaire. Si on examine la région précordiale, on remarque qu'il y a soulèvement en ondulation à chaque systole, sur un espace assez étendu, plus étendu qu'à l'état normal où le choc ne se produit que sur un espace très limité, au niveau de la pointe.

*Palpation.*—Au palper on perçoit un léger frémissement à la région précordiale, frémissement qui peut être dû à la vibration de la colonne sanguine lancée à travers un orifice plus ou moins rétréci ; cette sensation pourrait s'expliquer aussi par les frottements du péricarde malade et dépoli.

*Percussion.*—A l'inspection et à la palpation la pointe du cœur paraît située au niveau de la ligne mammaire, mais à la percusssion on constate que la matité s'étend environ un pouce au delà, du côté de l'aisselle. A l'état normal la matité dépasse quelque peu l'endroit où bat la pointe du cœur, en bas et à gauche, mais pas autant que la chose apparaît ici. L'étendue de la matité est donc la première chose qui nous frappe dans le cas-présent. Cette matité peut être due à un épanchement s'il y a pericardite.

Il est nécessaire ici de bien préciser, car s'il y a épanchement et si cet épanchement est assez considérable pour gêner le cœur, il y a lieu de faire une ponction avec l'aiguille aspiratrice, à l'effet de soustraire une partie du liquide. C'est ce que nous avons fait dernièrement chez une petite malade de la salle Sainte-Brigide : comme il existait chez elle une matité assez étendue à la région précordiale, de la dyspnée, un pouls petit et compressible, indice certain de l'état de souffrance du cœur, nous avons fait enfoncer une aiguille à un endroit bien précisé d'avance ; 3 onces de liquide ont pu être retirées sur le champ, ce qui a amené un soulagement immédiat de l'état du malade et une amélioration rapide de la maladie. La résorption fut accélérée par la ponction et la soustraction partielle du liquide, comme c'est généralement le cas, et le lendemain nous entendions très bien les frictions que nous ne pouvions percevoir d'abord, par suite de la distension du sac péricardique.

Ici, je ne crois pas qu'il y ait maintenant beaucoup de liquide dans la cavité ; ou en tous cas je ne crois pas qu'il y en ait suffisamment pour justifier une ponction.

*Auscultation.*—Nous allons maintenant contrôler par l'auscultation les faits déjà notés à l'inspection, au palper et à la percussion.

On commence toujours par placer l'instrument au voisinage de la pointe du cœur et à rechercher quels sont les bruits perçus à cet endroit. Ici on entend un souffle systolique qui se transmet du côté de l'aisselle ; il y a par conséquent insuffisance mitrale ; c'est la première lésion que je constate. En auscultant plus près de la base, au niveau du 3<sup>me</sup> cartilage costal gauche, j'entends un bruit qui n'est pas absolument synchrone avec le début de la systole et de la diastole, et que je considère être un bruit extra-cardiaque, produit au niveau du péricarde, par le frottement l'un sur l'autre des deux feuillets de la séreuse enflammée et dépolie.

Dans la région aortique j'entends un double bruit, systolique et diastolique ; j'en conclus qu'il y a ici une double lésion ; il y a rétrécissement et insuffisance. Le rétrécissement, qui semble peu prononcé ici, parce qu'il ne modifie pas les caractères du pouls, est révélé par le souffle au premier temps, souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou. L'insuffisance est démontrée par le souffle diastolique, par le pouls de Corrigan, par le battement des vaisseaux du cou et le pouls capillaire, phénomènes tous expliqués par l'insuffisance des valvules sigmoïdes qui fait que le sang, après avoir été lancé dans l'aorte et avoir distendu les vaisseaux, revient en arrière et reflue du côté du cœur.

Je ne puis dire qu'il y a actuellement myocardite, il n'y a pas eu d'œdème, signe d'asystolie aiguë par insuffisance du myocarde ; le pouls assez fort indique que les contractions du cœur sont assez énergiques. Cependant il a dû résulter des différentes lésions des orifices, que nous venons de constater, un certain degré de dilatation des ventricules. Le cœur cherchant à se conformer à l'état pathologique existant, s'est d'abord dilaté ; il devra ensuite s'hypertrophier afin de maintenir la compensation. C'est ainsi que les choses se passent dans une maladie récente et dont la marche suit son cours régulier ordinaire.

## DIAGNOSTIC

Nous avons constaté, par l'histoire de la maladie que ce malade avait souffert de polyarthrite rhumatismale aiguë avant son entrée à l'hôpital. Par l'examen physique que nous venons de faire, nous pouvons affirmer, pour les raisons que j'ai indiquées au cours de l'examen, que cette infection a eu pour effet de déterminer des lésions multiples du côté du cœur, à savoir : insuffi-