



Fig. 81. — Rétrécissement mitral.



Fig. 82. — Rétrécissement mitral.

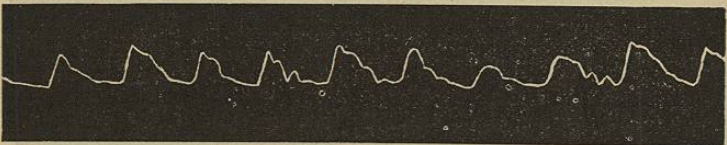


Fig. 83. — Insuffisance mitrale.



Fig. 84. — Insuffisance mitrale.



Fig. 85. — Insuffisance mitrale.

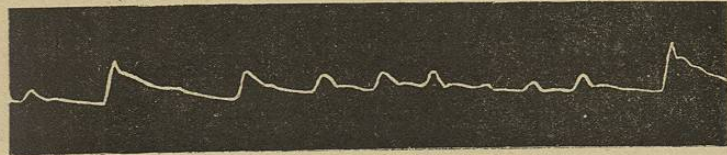


Fig. 86. — Insuffisance et sténose mitrales. De temps en temps, sous l'influence d'une systole auriculaire plus énergique, le ventricule gauche reçoit une plus grande quantité de sang et donne une pulsation plus forte.



Fig. 87. — Insuffisance et sténose mitrales. On voit qu'après une série de petites systoles, le ventricule gauche se contracte avec une énergie plus grande (la ligne ascendante est plus élevée).

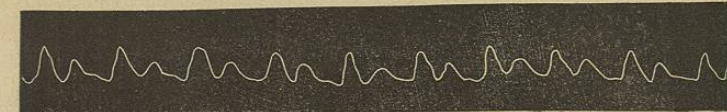


Fig. 88. — Pouls dicrote dans la fièvre.

VIII. — CONCLUSIONS

1° Au point de vue de l'existence même d'une lésion valvulaire, c'est l'auscultation du cœur qui constitue le moyen d'exploration le plus rapide et le plus important ; car l'absence de caractères anormaux à l'auscultation est une preuve du fonctionnement physiologique des valvules ;

2° Pour ce qui concerne le diagnostic proprement dit, ce sont les caractères du pouls, ainsi que les caractères fournis

par l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion* de la région précordiale qui ont le plus de valeur ;

3° Lorsqu'il y a *hypertrophie* ou *dilatation ventriculaire*, c'est l'existence ou l'absence de bruits de souffle qui permet de décider si le point de départ de la lésion se trouve **dans le cœur** ou **en dehors de cet organe** : *si le souffle existe* : lésion valvulaire à localiser ; *s'il n'y a pas de souffle* : obstacle à la circulation dans un organe à déterminer, poumons, foie, reins, vaisseaux (par modifications dans les parois ou par compression), etc. ;

4° Réciproquement, si l'on constate l'existence d'une lésion valvulaire, il faut toujours compléter l'exploration clinique en déterminant l'état des **poumons**, du **foie**, des **reins** (composition de l'urine), du **tissu cellulaire sous-cutané**, l'intensité de l'**hématose**, etc.

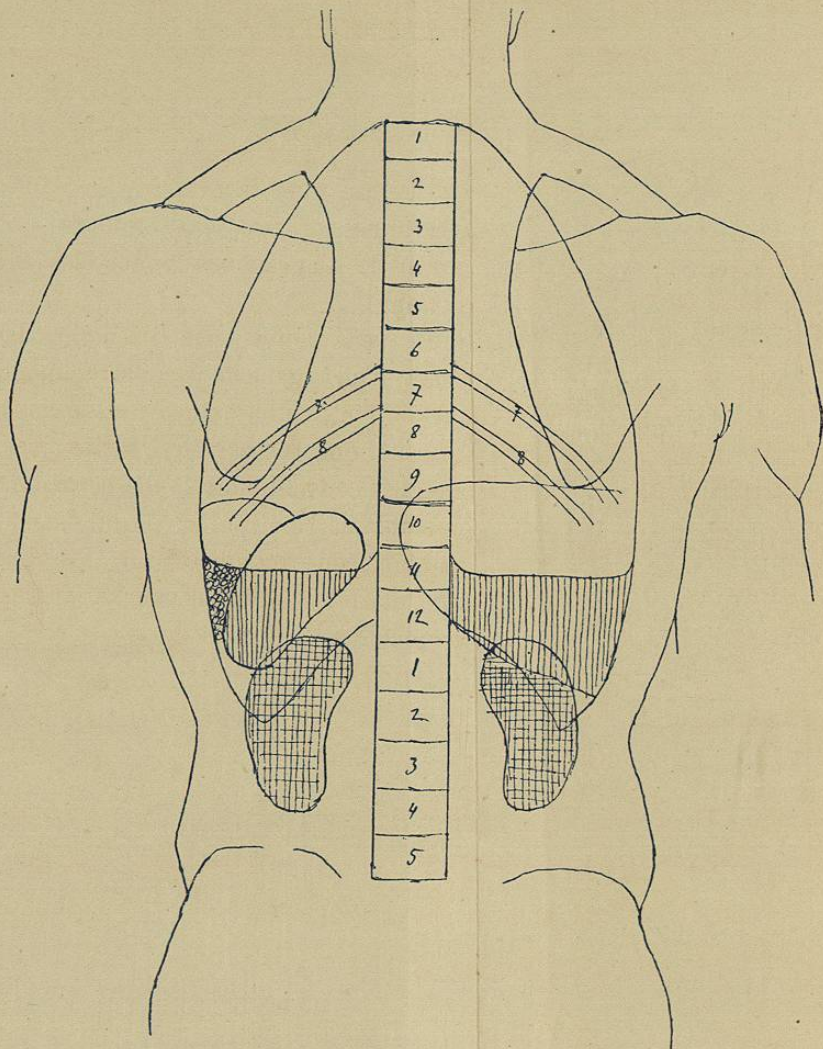
En résumé, après avoir pris le pouls et avoir ausculté sommairement le cœur (dans l'interrogation du malade et l'examen rapide des principaux appareils : voir chapitre II), si l'on a constaté une anomalie quelconque, il faut poursuivre l'exploration de l'appareil circulatoire non seulement en procédant à l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion* de la région précordiale, mais encore *en examinant avec soin les organes qui sont en connexion directe avec le cœur*.

On peut aussi étudier le pouls au sphygmographe ; mais nous reconnaissons qu'en dehors des services hospitaliers ce mode d'exploration est assez encombrant. Cependant, nous avons reproduit les tracés ci-dessus pour faire voir exactement les diverses variétés du pouls, et permettre ainsi de mieux

DIAGRAMMES DU DOCTEUR SPEHL

POUR L'INSCRIPTION TOPOGRAPHIQUE DES SIGNES CLINIQUES

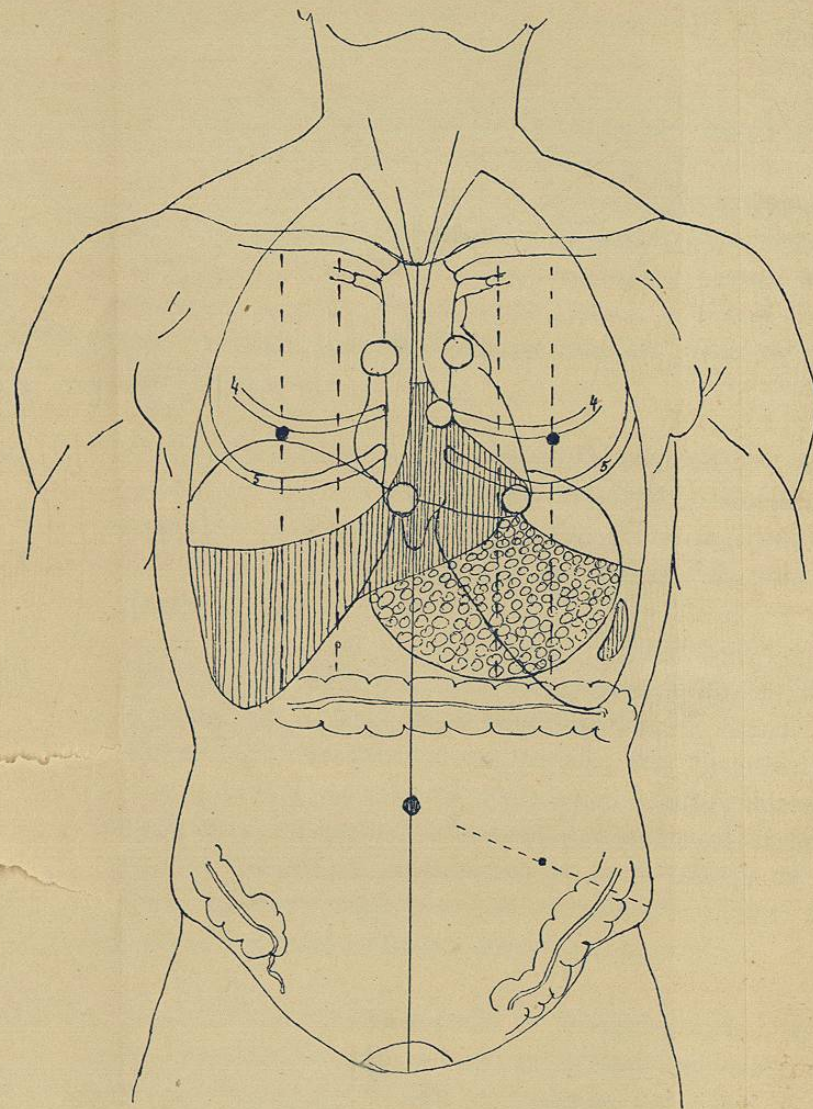
Nom du malade : Feuille N° Date de l'examen :



1. — La diminution de sonorité (matité) est désignée au moyen du **crayon bleu**;
2. — L'exagération de sonorité est désignée au moyen du **crayon rouge**;
3. — Les limites anormales des organes, ainsi que les contours des tumeurs, sont indiqués à l'encre ou au crayon **noir**.

APPAREIL CIRCULATOIRE

La lettre *s* à l'un des points d'auscultation indique un souffle *systolique* (au 1^{er} temps) à ce niveau ;
 La lettre *d*, un souffle *diastolique* (au 2^d temps) ;
 La lettre *p*, un souffle *présystolique* ;
 La lettre *f*, un bruit de frottement.

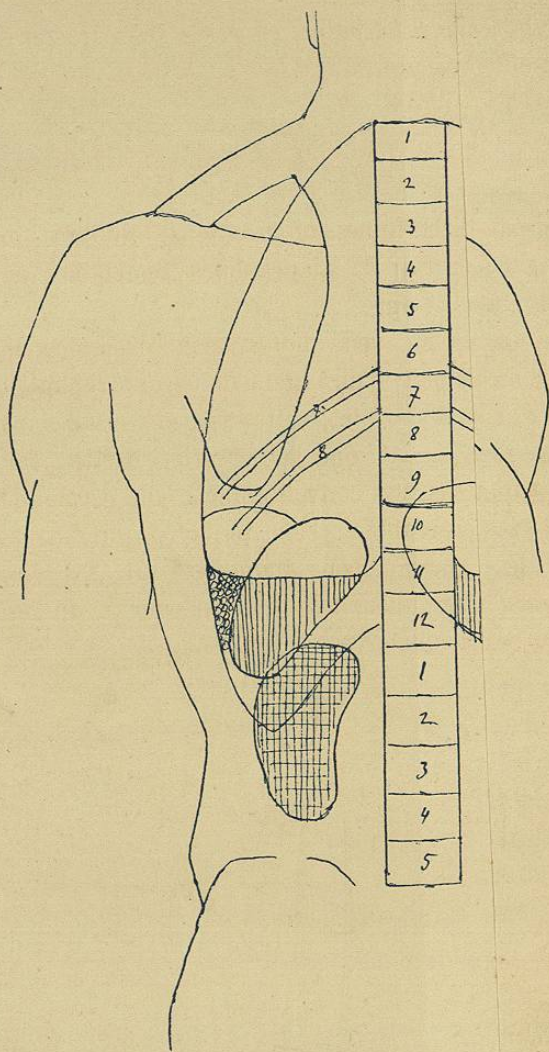


APPAREIL RESPIRATOIRE

<i>V. au.</i>	Vibrations augmentées.	<i>R.</i>	Ronflements.
<i>V. di.</i>	— diminuées.	<i>S.</i>	Siblements.
<i>I. s.</i>	Inspiration saccadée.	<i>C.</i>	Craquements.
<i>E. p.</i>	Expiration prolongée.	<i>S. b.</i>	Souffle bronchique.
<i>Re. n.</i>	Respiration nulle.	<i>S. c.</i>	— caverneux.
<i>Re. fai.</i>	— faible.	<i>S. a.</i>	— amphorique.
<i>Re. sup.</i>	— supplémentaire.	<i>B.</i>	Bronchophonie.
<i>Re. ru.</i>	— rude.	<i>P.</i>	Pectoriloquie.
<i>R. c.</i>	Râles crépitants.	<i>E.</i>	Egophonie.
<i>R. sc.</i>	— sous-crépitaux.	<i>F.</i>	Frottement.
<i>R. m.</i>	— muqueux		

POUR L'I

Nom du malade :



1. — La diminution de sonorité (matité) est désignée a
 2. — L'exagération de sonorité est désignée au moyen
 3. — Les limites anormales des organes, ainsi que les
- à l'encre ou au crayon noir.

APPAREIL CIRCUL^{ue.}

La lettre *s* à l'un des points d'auscultation indique u^{ue.}
 ce niveau ;
 La lettre *d*, un souffle diastolique (au 2^d temps) ;
 La lettre *p*, un souffle présystolique ;
 La lettre *f*, un bruit de frottement.

apprécier à la palpation seule les caractères cliniques qu'il peut présenter.

Pour recueillir plus facilement, et d'une manière plus précise, certaines observations cliniques intéressantes, on peut se servir de diagrammes semblables à ceux que nous donnons ci-après.

Lorsqu'on veut noter, par exemple, les limites d'un épanchement, d'un organe déplacé, atrophié ou hypertrophié, d'une tumeur, etc., cette méthode est beaucoup plus rapide et plus exacte que l'observation écrite ; car, au moyen de quelques signes conventionnels, elle permet de figurer clairement l'ensemble de l'état pathologique du malade.

Les combinaisons indiquées sur les diagrammes nous paraissent suffisantes ; chacun pourra, du reste, les modifier ou les compléter selon les cas.