

costal gauche et sous le mamelon. Elle localise la base du cœur derrière les troisièmes côtes droite et gauche. Si nous percutons dans le sens transversal et de droite à gauche nous repérons le bord droit du cœur à plus de deux travers de doigt en dehors du sternum. La limite gauche est sensiblement normale. Et donc, nous pouvons énoncer de suite que le cœur droit est augmenté de volume par dilatation ou par hypertrophie. Mais comme habituellement le ventricule et l'oreillette de ce côté s'hypertrophient peu et se dilatent plus facilement en raison de leur structure, il est naturel de croire plutôt à la première hypothèse. Quoiqu'il en soit, le fait à retenir est le suivant : cœur droit augmenté de volume, du côté de l'oreillette plutôt que du ventricule.

Maintenant voyons quels renseignements nous fournit l'auscultation. A la pointe, vous percevez un souffle au premier temps et qui s'entend encore si l'on fait arrêter la respiration du malade. Les modifications d'attitude du thorax ne le font point disparaître. Donc, c'est un souffle organique. Intense et rude, il se propage vers l'aisselle jusqu'en arrière entre les deux épaules. Il tient à l'insuffisance de la valvule mitrale. Rien d'anormal aux autres orifices. En résumé donc : cœur droit augmenté de volume et insuffisance mitrale.

Poussons nos recherches sur le système circulatoire périphérique et nous verrons que le pouls radial est petit mais régulier. Ce fait concorde bien avec la lésion mitrale puisqu'une partie seulement de l'ondée sanguine lancée par le cœur gauche, parvient à la périphérie. L'autre partie reflue dans le territoire de la petite circulation. La tension artérielle oscille entre 105 millimètres au minimum et 155 au maximum. Si nous comparons ce résultat à celui de novembre, nous avons à noter une baisse de cette tension. C'est déjà une présomption que le cœur a perdu un peu de sa vigueur depuis lors. Et nous en avons fini avec le système circulatoire, pour le moment du moins.