

vulaire a pour effet de diminuer le débit du sang au dessous, c'est-à-dire du côté artériel, et d'entraîner l'accumulation au-dessus, c'est-à-dire du système veineux. En vous rappelant le sens de la circulation, vous voyez que c'est une direction toute contraire que suivent les troubles cardiaques, et que le résultat final pour ce organe est la dilatation et l'hypertrophie.

On a prétendu que ces différents troubles entraînent une compensation, d'où le nom de lésion providentielle. On supposait que cette hypertrophie du cœur donnait plus de force à l'organe. Cette opinion a cours encore aujourd'hui. Mais, messieurs, il y a une autre idée qui est bien supérieure. Cette hypertrophie est loin d'être une compensation. Le cœur s'hypertrophie *non pas pour lutter, mais parce qu'il lutte*. C'est la contractilité qui fait la compensation. L'hypertrophie est plutôt une gêne dans les mouvements du cœur. Du reste, Peter, qui m'inspire cette leçon, dit qu'elle n'est pas providentielle; il vaudrait mieux que le cœur ne s'hypertrophie pas. "Le mot providentiel, dit-il, nous vient de France, pays de sentiment, et le mot compensation de l'Allemagne, pays calculateur." Ce qui compense, ce n'est pas la masse du muscle cardiaque, mais sa contractilité, laquelle finit par s'épuiser quand cette masse est très volumineuse. Donc, ne parlons plus de compensation hypertrophique, mais de contractilité.

On a prétendu aussi que les lésions du cœur ne sont pas accompagnées de douleur. Encore une erreur. *La chose est vraie pour ceux qui croient être malades du cœur et qui ne le sont pas*. Ce sont alors des douleurs musculaires. Cela ne veut pas dire que le cœur soit insensible. Plusieurs théoriciens ont admis l'absence de douleur. Mais on s'était surtout basé sur des expériences de laboratoire. A l'état sain le cœur est insensible, mais il ne l'est plus à l'état pathologique. On était d'avis que le pneumo-gastrique, le sympathique, le plexus cardiaque, etc., étaient insensibles parce qu'ils n'étaient pas sensitifs. Voilà pour le laboratoire. Mais chez le malade, la douleur se montre sous l'influence pathologique. Qui va nous le prouver? Voici: la douleur se réveille à la pression. Dans les affections de la mitrale, il faut aller plus bas que le mamelon pour réveiller cette douleur. Elle est surtout manifeste dans l'aortite. Nous avons présentement dans notre clientèle privée un jeune homme souffrant d'aortite, qui se plaint de douleurs continuelles dans la région précordiale. Voilà qui concorde bien avec l'assertion de Peter. Lorsque la douleur n'est pas causée par une aortite, elle provient alors d'une névrite superficielle.

Les auteurs classiques enseignent que pour établir le siège des différents bruits, il faut ausculter à des endroits déterminés. Aorte: 2e espace intercostal droit. Mitrale: 5e espace gauche. Pulmonaire: 2e espace gauche. Tricuspidé: appendice xiphôïde. Peter dit de faire attention, car le cœur malade se déplace, grâce à l'hypertrophie. Pour lui, il n'y a que deux régions: zones ma-