

Les souffles extra-cardiaques sont des bruits respiratoires rythmés par le cœur. On ne les entend pas lorsque le cœur est très gros, parce que le poumon est déplacé ; non plus dans l'emphysème. On les remarque surtout chez les sujets nerveux, dans la chlorose, le goître exophtalmique, la fièvre typhoïde, l'endocardite, le saturnisme, dans toutes les maladies qui ont pour effet d'exciter un cœur modérément développé. La position couchée est la plus favorable à l'auscultation. Chez les malades souffrant de congestion pulmonaire ou de pneumonie, le souffle extra-cardiaque peut prendre le caractère crépitant (Renaut). Voici les caractères particuliers aux souffles extra-cardiaques :

1° *Siège*.—On les rencontre un peu partout sur la surface du cœur, mais ils sont surtout mésocardiaques.

2° *Temps*.—Neuf fois sur dix, on les entend au moment de la systole ; mais ce qui les caractérise, c'est qu'ils ne durent qu'un instant et ne correspondent pas, comme les souffles valvulaires, à toute la durée de la systole.

3° *Intensité et timbre*.—Le souffle cardio-pulmonaire est d'ordinaire doux, comme aspiré, superficiel. Il peut cependant être rude et sifflant.

4° *Variabilité*.—Contrairement aux souffles organiques, les souffles extra-cardiaques disparaissent souvent après un certain temps (quelques semaines ou quelques mois). Ils peuvent aussi varier ou disparaître complètement suivant que le sujet est assis ou couché. Les malades n'offrent pas les symptômes subjectifs des cardiaques vrais.

5° *Propagation*.—Les souffles extra-cardiaques ne se propagent pas aux parties voisines ; ils s'éteignent sur place.

Le frottement péricardique s'éteint aussi sur place. Mais il n'a pas le même timbre (bruit de cuir neuf, de neige écrasée, etc.), il augmente par la pression du stéthoscope, il n'est pas isochrone, à cheval (Gubler) sur les bruits du cœur, mais à côté (Sibson).

Le professeur Huchard conseille d'être prudent dans le diagnostic des lésions valvulaires, de ne rien faire à la légère avant de prescrire la digitale.

DANGERS ET INCONVÉNIENTS DU VÉSICATOIRE, Société de Thérapeutique, séances des 11 et 25 mars 1896.—*Bulletin Médical*, vol. X, Nos 22 et 26.

C'est le docteur Huchard qui le premier élève la voix contre l'emploi du vésicatoire en général, et du vésicatoire cantharidé en particulier. Il vient d'avoir dans son service un cas de néphrite cantharidienne très grave à la suite de l'application d'un vésicatoire, au creux épigastrique. L'absorption sur une surface dénudée se fait si facilement, que l'on peut voir, lorsque la perméabilité rénale n'est plus complète, comme dans l'artério-sclérose, une néphrite interstitielle, latente jusque là, se manifester après l'application d'un simple vésicatoire. Ce mode de traitement peut aussi devenir dangereux chez un vieillard souffrant de pneumonie, pour la même raison. Le docteur Huchard renonce à employer désormais les vésicatoires, même dans le cours et la période apyrétique de la pleurésie. "Je connais bien, dit-il, les inconvénients et les méfaits du vésicatoire, mais je ne lui trouve aucun avantage dans la plupart des maladies. L'heure est arrivée de consommer sa décadence."

Le docteur Ferrand désapprouve cette condamnation absolue. Le vésicatoire peut rendre de grands services lorsqu'il n'y a pas de contre-indication à son emploi. Ainsi il favorise la résorption de l'épanchement après les huit ou dix premiers jours de la période aiguë de la pleurésie. Il suffit, pour éviter les accidents, de ne pas renouveler trop les applications et de bien panser les plaies lorsqu'il y en a.

Le Dr de Crésantignes se prononce contre l'emploi des vésicatoires dans les maladies infectieuses fébriles. Il cite deux cas de mort dûs à ce mode de traitement.