

## SIGNES PHYSIQUES ET EXAMEN CLINIQUE EN CARDIOLOGIE PARTIE 1 : EXAMEN DU CŒUR

### CONDITIONS POUR L'EXAMEN CARDIAQUE :

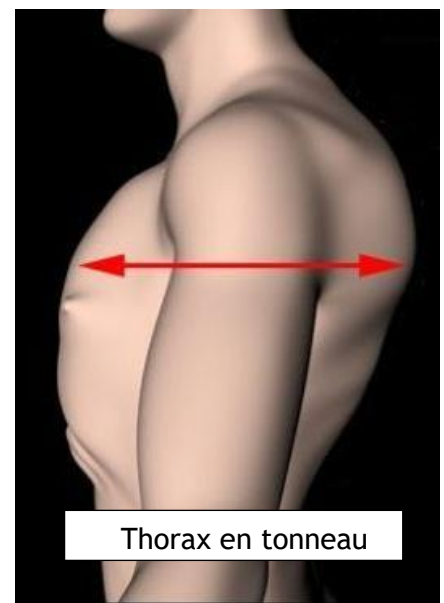
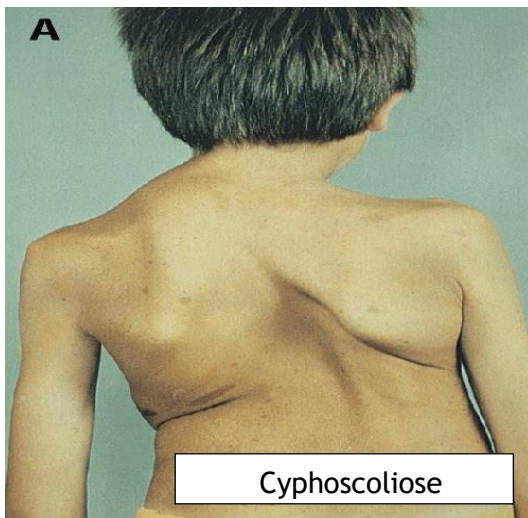
- Le sujet doit être torse nu dans une pièce calme tranquille et chaude.
- L'examen se fait avec manœuvres posturales et respiratoires : position décubitus dorsal, décubitus latéral gauche, assise penchée en avant, debout. Respiration normale, apnée respiratoire et en fin d'expiration.
- L'examen comporte : inspection, palpation, percussion et auscultation.

### A - INSPECTION :

Chez le sujet normal, l'examen de la région précordiale ne montre rien.

L'inspection du thorax peut occasionnellement fournir des informations utiles :

- **Forme** : thorax en tonneau des insuffisants respiratoires, thorax en entonnoir (pectus excavatum), cyphoscoliose.



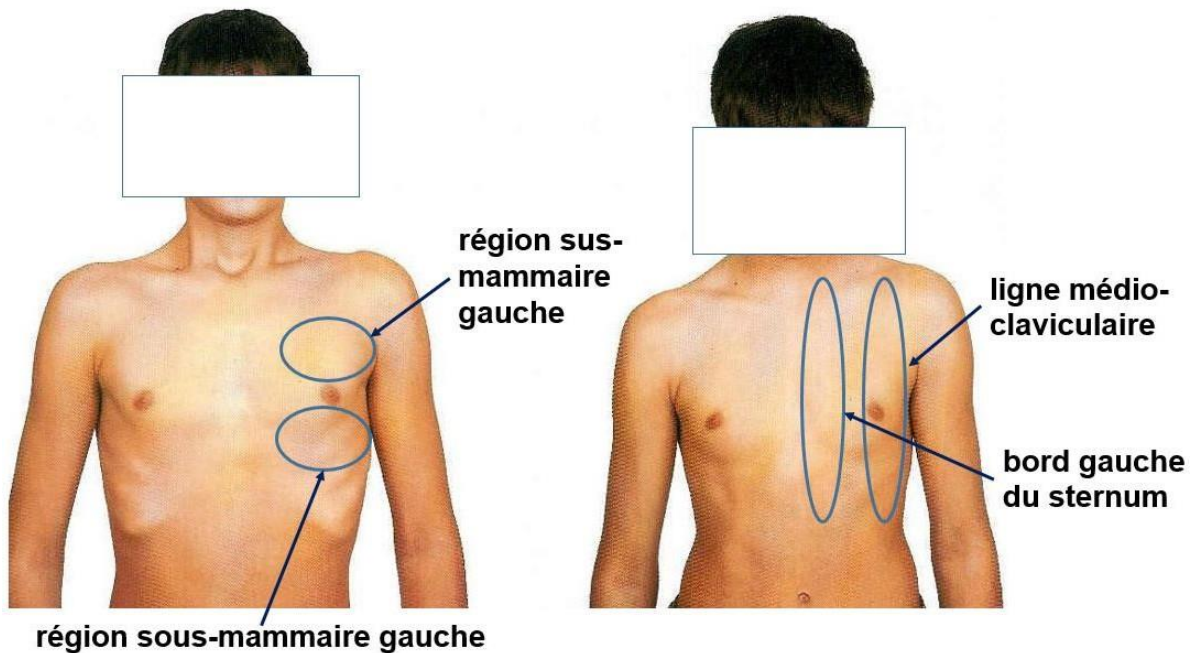
- **Fréquence respiratoire.**

- **Cicatrices** : (chirurgie cardiaque).

- **Qualité de la respiration** (pénibilité, régularité) : dyspnée de repos, orthopnée, respiration « particulière » (par exemple dyspnée de Cheynes-Stokes).

Cicatrice de chirurgie cardiaque

• **Recherche de pulsations visibles :**



- A gauche de la ligne médio-claviculaire, suggèrent une dilatation du cœur gauche.
- Le long du bord gauche du sternum, plaident pour une dilatation du cœur droit.
- Un soulèvement de la paroi thoracique, synchrone du pouls, dans la région sus-mammaire gauche, peut témoigner d'un anévrisme pariétal du ventricule gauche.
- Un bombement vers la droite de l'extrémité supérieure du sternum est en faveur d'un anévrisme de l'aorte ascendante

**B - PALPATION :**

On se place à droite du sujet examiné, la palpation est alors effectuée avec la main droite. On palpe le précordium sur toute sa surface, à la pointe puis à la base, le sujet étant en décubitus dorsal et/ou en DLG.

A l'état normal, seul le **choc de pointe** peut être palpé :

- Le point le plus bas et le plus externe où le choc cardiaque peut être senti.
- Il est au mieux perçu sur un sujet en décubitus latéral gauche.
- Il est synchrone du pouls.



**Variations pathologiques du choc de pointe :**

- Diminution ou disparition : obésité, emphysème, épanchement péricardique, insuffisance cardiaque.
- Augmentation d'intensité : fièvre, hyperthyroïdie.
- Globuleux en dôme de bard : insuffisance aortique.
- En cas de cardiomégalie, le choc de pointe est dévié en bas et en dehors (à gauche).

La palpation confirme la présence de pulsations notées lors de l'inspection.

La perception de soulèvements palpables au niveau de l'aire précordiale

**Les frémissements** sont la traduction tactile des souffles. Ils ont une très grande valeur lorsqu'ils sont nets et prolongés, à l'exemple du frémissement cataire du rétrécissement mitral (RM) qui est mieux perçu en DLG.



On recherche le **signe de Harzer** : désigne la palpation d'un choc de pointe au niveau de l'épigastre. Il se voit dans l'hypertrophie du ventricule droit.

## C-PERCUSSION :

Elle est sans grande valeur sémiologique pour l'examen cardiaque.

Intérêt dans l'examen de l'appareil pleuropulmonaire.

## D - AUSCULTATION :

L'auscultation demeure le temps essentiel de l'examen cardiaque. Elle permet souvent d'établir un diagnostic sans le secours d'examens complémentaires.

### 1- TECHNIQUE

#### D'AUSCULTATION :

##### a)- Conditions de l'examen :

En principe l'auscultation se fait dans une pièce silencieuse, le patient bien installé, torse nu ou le thorax facilement accessible.

- Le stéthoscope biauriculaire doit être de bonne qualité.

- Le patient doit d'abord être ausculté en décubitus dorsal, puis latéral gauche, puis en position debout, thorax penché en avant, voire en position accroupie ou après un effort.

- Il est important de demander de temps en temps au patient de bloquer sa respiration : entre-temps il doit respirer calmement.

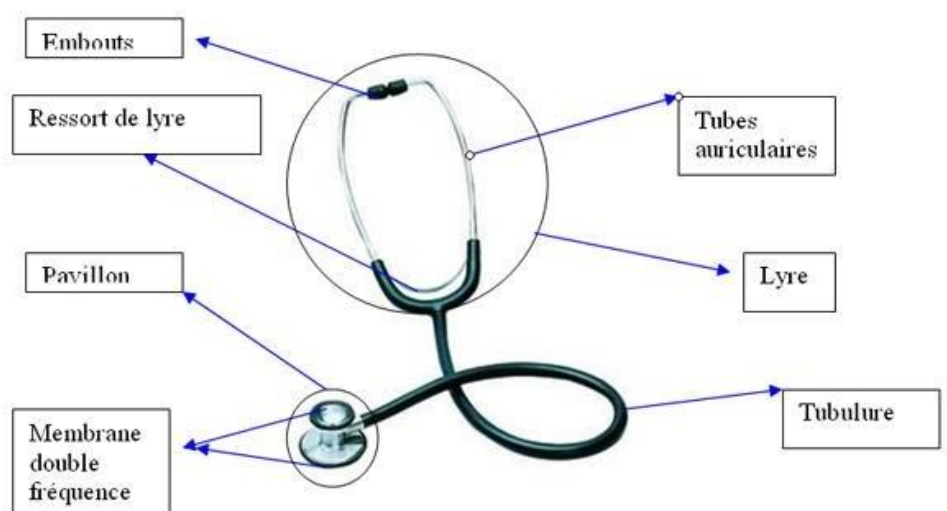
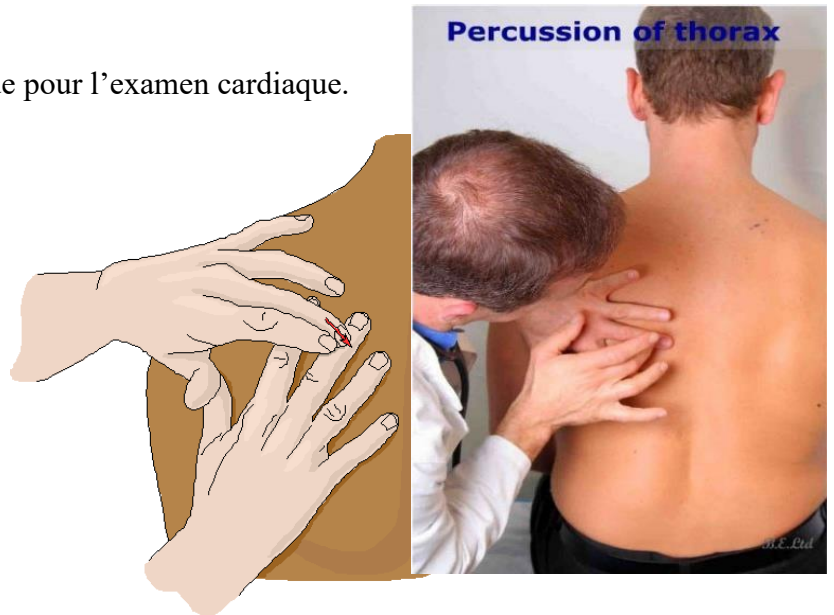
- Durant toutes ces manœuvres, le pavillon du stéthoscope est déplacé progressivement sur toute l'aire précordiale, en faisant varier la pression du pavillon.

##### b)- Les foyers d'auscultation :

Ils sont indiqués sur le schéma. Les foyers d'auscultation ne correspondent pas à la situation anatomique des valvules correspondantes.

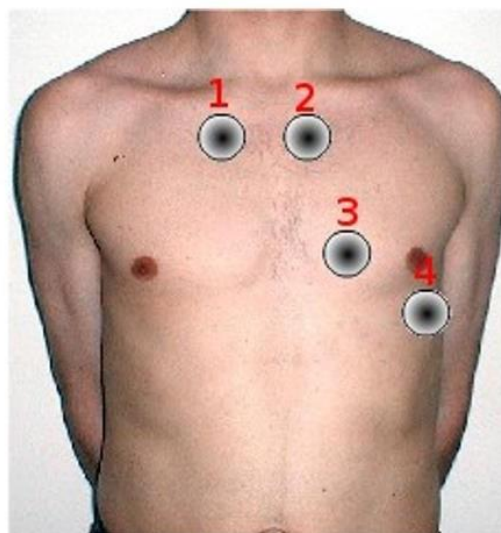
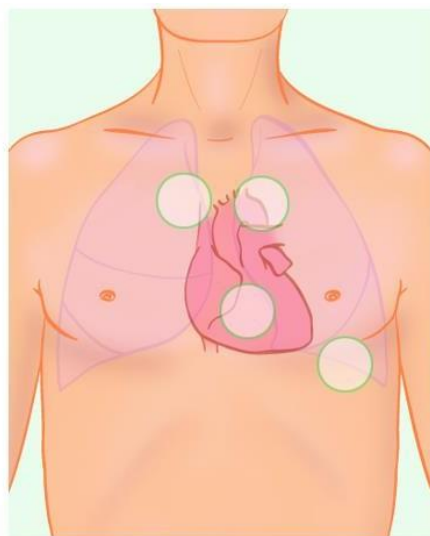
**Position 1** : 2<sup>ème</sup> espace intercostal droit (foyer aortique).

**Position 2** : 2<sup>ème</sup> espace intercostal gauche (foyer pulmonaire).



**Position 3 :** 4<sup>ème</sup> espace intercostal gauche à sa partie interne (adjacente au sternum, correspondant donc au foyer tricuspidé).

**Position 4 :** apex (foyer mitral) 5<sup>ème</sup> EICG en sous mamelonnaire.



- 1. Foyer aortique : deuxième espace intercostal droit**
- 2. Foyer pulmonaire : deuxième espace intercostal gauche**
- 3. Foyer tricuspidé : quatrième espace intercostal gauche, parasternal**
- 4. Foyer mitral : apex**

Cependant, l'auscultation ne saurait se limiter à ces seules régions.

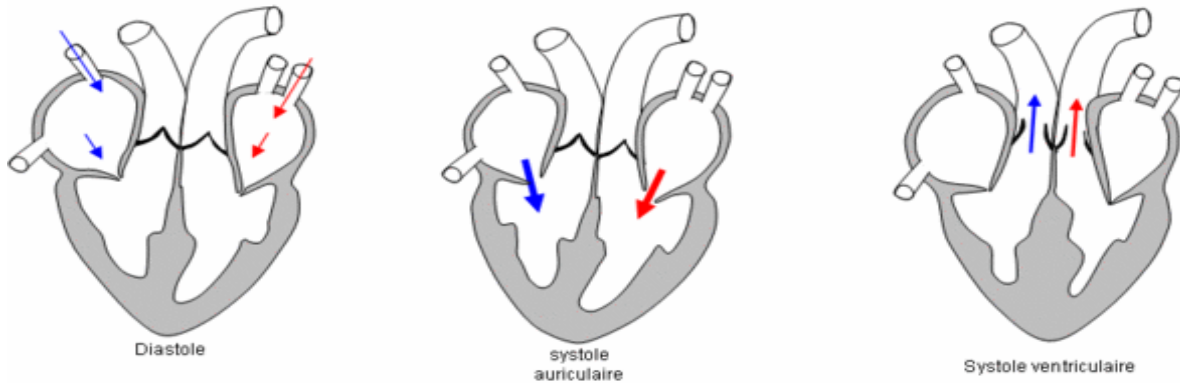
En effet, des données importantes peuvent être recueillies à d'autres niveaux : toutes les zones intermédiaires, la région para sternale droite, le cou (propagation des souffles aortiques), la région axillaire (propagation des souffles mitraux), le creux sus sternal ou le creux épigastrique, la région sous-claviculaire gauche (canal artériel), la région inter-scapulo-vertébrale gauche (coarctation de l'aorte).

- *Foyer mitral : mieux entendu en DLG.*
- *Foyer aortique : mieux entendu en position assise penchée en avant.*
- *Foyer pulmonaire foyer tricuspidé : mieux entendu en inspiration profonde.*

## **2- AUSCULTATION NORMALE :**

Le régime hémodynamique du cœur, schématisé par la figure par le jeu des variations de pression dans les différentes cavités, détermine les ouvertures et fermetures valvulaires. Ce sont les fermetures qui engendrent les 2 bruits normaux du cœur.

**circulation sanguine dans le cœur lors d'une révolution cardiaque**



**Le premier bruit, ou B1** : correspond à la fermeture des valves auriculo-ventriculaires mitral (B1M) et tricuspide (B1T) lors de la contraction du myocarde au début de la systole ventriculaire. Il est ; de tonalité plutôt sourde (onomatopée « Toum »), *maximum à la pointe*.

**Le deuxième bruit, ou B2** : correspond à la fermeture des valves sigmoïdes aortique (B2A) et pulmonaire (B2P). Il est de tonalité plus haute que le B1, plus sec (onomatopée « Ta »), *maximum à la base*.

L'intensité de B1 et de B2 est variable selon un certain nombre de facteurs. Elle est diminuée si la paroi est épaisse et augmentée en cas d'*éréthisme cardiaque* (volontiers chez le sujet jeune avec hypercinésie circulatoire).

Le premier bruit -B1- marque le début de la systole ventriculaire et le second bruit -B2- le début de la diastole ventriculaire.

Ces 2 bruits définissent un schéma dans lequel les autres bruits du cœur et les souffles peuvent être caractérisés chronologiquement.

Ainsi, l'intervalle B1-B2 (le « petit silence ») délimite la systole ventriculaire et l'intervalle B2-B1 (« grand silence ») la diastole ventriculaire.

En fonction de B1 et B2, on individualise plusieurs phases du cycle cardiaque qui serviront à la description des anomalies auscultatoires :

- Protosystolique (en début de systole).
- Mésosystolique (en milieu de systole).
- Télésystolique (en fin de systole).
- Holosystolique (toute la durée de la systole).

Et de la même façon, protodiastolique, mésodiastolique, télédiastolique, holodiastolique.

- **Dédoublement physiologique du deuxième bruit** : Ce deuxième bruit se dédouble à l'inspiration chez le sujet normal. Il est particulièrement audible, au foyer pulmonaire, chez l'adolescent ou l'adulte jeune.
- **Le B3 physiologique** : Chez environ 1/3 des sujets normaux âgés de moins de 16 ans et exceptionnellement après 30 ans, on peut entendre au début du grand silence un troisième

bruit physiologique, ou B3 très sourd, peu intense entendu a la pointe (simule un dédoublement du B2). Il correspond à la phase de remplissage rapide initiale du ventricule gauche. Ce rythme à trois temps disparaît en orthostatisme.

### 3- AUSCULTATION PATHOLOGIQUE :

L'auscultation permet d'entendre cinq types d'anomalies :

- Modifications d'intensité des bruits normaux.
- Dédoublements des bruits normaux.
- Bruits supplémentaires.
- Souffles et des roulements.
- Frottement péricardique.

#### a)- Modifications d'intensité des bruits (B1, B2) :

- Les deux bruits peuvent être assourdis par interposition d'*air* (emphysème) ou de *liquide* (épanchement péricardique) ou par *diminution de la contractilité cardiaque*.
- Le B1 est assourdi dans l'insuffisance mitrale (IM).
- L'éclat de B1 s'observe dans le rétrécissement mitral (RM).
- Le B2 assourdi ou aboli dans le rétrécissement aortique (RA) ou le rétrécissement pulmonaire (RP).
- L'éclat de B2 dans l'hypertension artérielle systémique (HTA) ou pulmonaire (HTAP).

#### b)- Dédoublement des bruits (B1, B2) :

Il y a dédoublement lorsque l'intervalle entre les composantes droite et gauche de deux bruits est supérieur à 0,04 seconde (l'oreille humaine est capable de distinguer deux bruits distants de 0,04 seconde).

En dehors du dédoublement physiologique de B2, le dédoublement des bruits s'observe dans toutes les circonstances où il y a un asynchronisme de fonctionnement entre le cœur droit et gauche (surcharge volumétrique, bloc de branche par exemple). Le dédoublement large et fixe (non modifié par la respiration) de B2 est pathognomonique de la communication inter-auriculaire (CIA).

#### c)- Bruits anormaux surajoutés :

La situation chronologique des bruits surajoutés est représentée dans la figure 3. Cette figure indique la position d'un bruit par rapport à un autre, étant admis que le plus souvent ces bruits ne coexistent pas.

### BRUITS DIASTOLIQUES :

- **Le B3** est un bruit sourd protodiastolique, correspondant à la phase initiale rapide de remplissage ventriculaire. Il peut être visible et palpable. Il est mieux perçu avec la partie conique du stéthoscope et si la pression exercée sur thorax est modérée afin de ne pas faire disparaître les basses fréquences.

Généralement gauche, *il est recherché à la pointe du cœur*, le malade en décubitus latéral gauche. Le B3 droit s'examine à l'endapex ou vers la xiphoïde.

Il peut être physiologique et dans ce cas il se distingue du B3 pathologique par le contexte dans lequel il survient et le fait qu'*il disparaît en orthostatisme*.

Lorsqu'il est pathologique, il traduit soit une augmentation de la pression auriculaire gauche soit une dysfonction systolique du VG. Sa valeur sémiologique est donc considérable. Il peut disparaître lors du traitement de l'insuffisance ventriculaire.

– **Le B4** est également sourd, télédiastolique, correspondant à la phase de remplissage actif du ventricule par la contraction de l'oreillette. La technique d'examen est la même que pour le B3.

Il disparaît en cas fibrillation atriale. A la différence du B3, il est toujours pathologique et traduit avant tout une perte de compli-ance ventriculaire (ventricule peu distensible).

Le B4 gauche, beaucoup plus fréquent que le droit, s'observe donc souvent dans l'hypertrophie ventriculaire et dans les cardiopathies coronaires.

– **Le galop** n'est pas un bruit mais un rythme. Il résulte de la présence d'un B3 ou d'un B4 donnant naissance à un rythme à 3 temps qui, avec la tachycardie, mime le rythme d'un cheval au galop.

Cela est surtout net lorsque, du fait de la tachycardie et du raccourcissement de la diastole, B3 et B4 s'associent pour produire le galop de sommation.

Le galop témoigne d'une insuffisance ventriculaire et s'accompagne ainsi des autres signes d'insuffisance cardiaque.

En l'absence de tachycardie, et donc de ressemblance avec un rythme de galop, il est sans doute préférable de parler simplement de B3 ou de B4.

– **Le claquement d'ouverture mitral (CO)** est un bruit sec protodiastolique situé 0,08 à 0,12 seconde après B2 ; il traduit la sclérose mitrale dans le rétrécissement mitral. On l'attribue à un brusque mouvement en dôme de la valve mitrale vers la cavité ventriculaire gauche en diastole, alors que le VG exerce un appel de sang.

– **Le claquement péricardique ou vibration péricardique**, est un claquement protodiastolique ; il peut s'entendre dans la péricardite constrictive

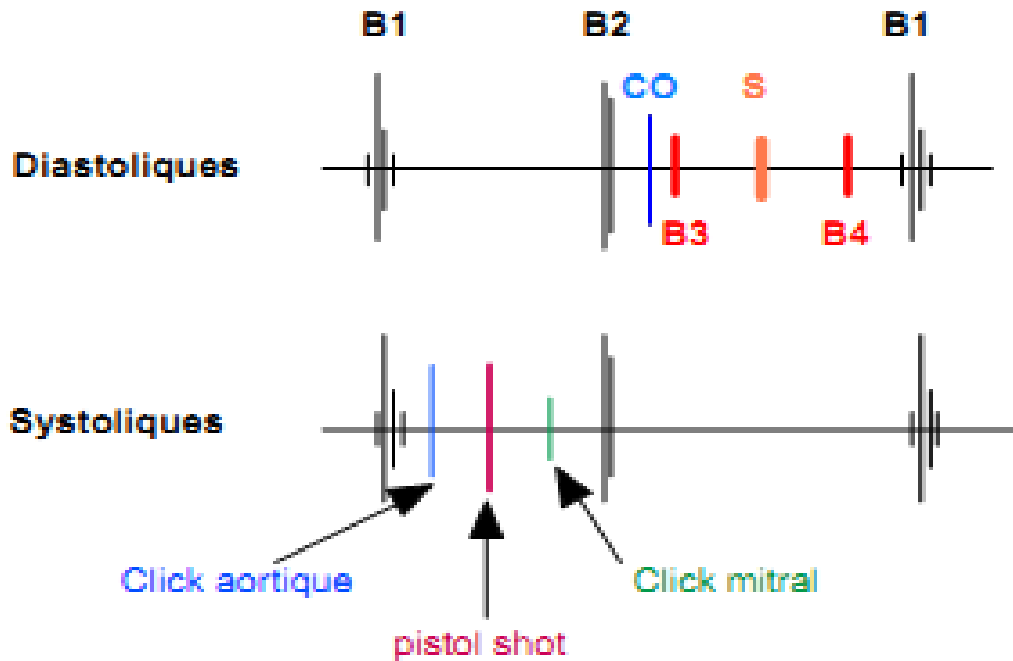
### **BRUITS SYSTOLIQUES :**

– **Le click éjectionnel** est un claquement protosystolique d'origine soit valvulaire (RA, RP) soit pariétale (dilatation de la voie d'éjection aortique ou pulmonaire).

– Le click mitral est un click méso ou télé-systolique (ou bruit de triolet) : 3 sons espacés : B1, click + souffle, B2 correspond à la mise en tension brutale des cordages.

– Le « pistol shot », bruit méso-systolique éclatant secondaire à la mise en tension brutale de la paroi aortique dans les insuffisances aortiques (IA) volumineuses. Il est contemporain du maximum du souffle systolique éjectionnel d'accompagnement.





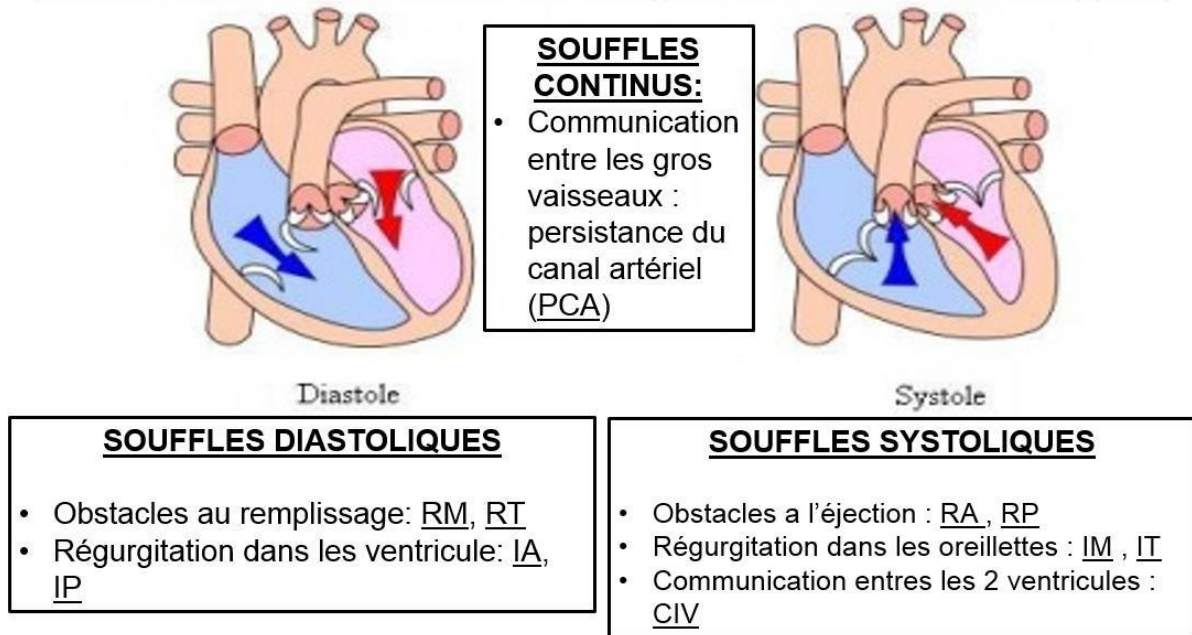
#### d)- SOUFFLES :

Selon la place et la durée des souffles dans la systole et la diastole ils sont appelés

- Proto-(systolique ou diastolique) : début (de la systole ou de la diastole).
- Méso-(systolique ou diastolique) : milieu (de la systole ou de la diastole).
- Télé-(systolique ou diastolique) : fin (de la systole ou de la diastole).
- Holo-(systolique ou diastolique) : du début à la fin (de la systole ou de la diastole).

Ces préfixes peuvent être associés entre eux : proto-méso-systolique, méso-télé-systolique, télé-diastolique est synonyme de pré-systolique.

**Selon le mécanisme des souffles dans la systole et la diastole ils sont appelés**



**LES SOUFFLES SYSTOLIQUES :**

- Souffles systoliques d'éjection (obstacles à l'éjection) : RA, RP
- Souffles systoliques de régurgitation (régurgitation dans les oreillettes) : IM, IT
- Communication entre les 2 ventricules : CIV

**LES SOUFFLES DIASTOLIQUES :**

- Souffles diastoliques d'obstacle (obstacles au remplissage) : RM, RT
- Souffles diastoliques de régurgitation (régurgitation dans les ventricules) : IA, IP
- Souffles continus : Communication entre les gros vaisseaux : persistance du canal artériel. (PCA)

\* Selon l'intensité des souffles ils sont appelés :

**Degré 1 :** très léger, audible uniquement lorsqu'on se concentre, pas nécessairement entendu dans toutes les positions (souffle à peine audible).

**Degré 2 :** léger, mais audible dès que le stéthoscope est posé sur la poitrine. (Souffle plus net).

**Degré 3 :** modérément fort, non accompagné d'un frémissement (souffle qui s'entend bien non frémissant).

**Degré 4 :** fort, parfois accompagné d'un frémissement (souffle fort parfois frémissant).

**Degré 5 :** très fort, associé à un frémissement (souffle très fort frémissant).

**Degré 6 :** audible même si le stéthoscope n'est pas appliqué sur la poitrine et associé à un frémissement (souffle très fort frémissant et audible à distance)

\* Selon le mécanisme étiologique des souffles on distingue

**Les souffles organiques :** En rapport avec une lésion organique tel le RA, IA, CIV...

**Les souffles fonctionnels :** Ils ne relèvent pas d'une lésion primitive de l'appareil valvulaire ; c'est la distension de l'anneau mitral, due à la dilatation du VG ou VD, qui va créer un souffle de régurgitation, témoins d'une insuffisance mitrale ou tricuspидienne fonctionnelle. Dans ce cas, il n'y a pas de lésions au niveau des valvules.

**Les souffles anorganiques** (non pathologiques ou innocents de l'enfant) : Ce sont des remous de sang qui créent des souffles qu'on ausculte chez le petit enfant.

### CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES DES SOUFFLES :

Devant un souffle, il faut préciser :

1. **Son temps exact dans la révolution cardiaque :** systolique ou diastolique
2. **Sa chronologie dans le temps où il est entendu :** holo, proto, méso ou télé (systolique ou diastolique).
3. **Le siège de son maximum d'intensité :** aortique, pulmonaire, mitrale...
4. **Les irradiations :** vers le cou, l'aisselle gauche, le long du bord gauche du sternum...
5. **L'intensité en ce siège :** élément subjectif ; les souffles peuvent être faibles, moyens ou intenses (appliquer l'échelle sus citée).
6. **Le ton ou timbre :** grave ou aigu ; musical, râpeux, doux...
7. **Les renforcements éventuels :** renforcement télésystolique.

### LES SOUFFLES SYSTOLIQUES (SS) :

#### 1. Les souffles systoliques organiques :

Ils sont intenses et s'accompagnent souvent d'un frémissement. On distingue :

- Souffles systoliques d'éjection (obstacles à l'éjection) : RA, RP
- Souffles systoliques de régurgitation (régurgitation dans les oreillettes) : IM, IT
- Communication entre les 2 ventricules : CIV



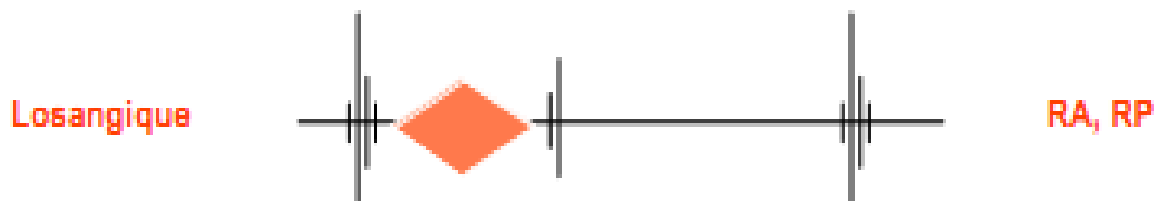
#### 1.1. Le SS du rétrécissement aortique (RA) :

- Siège : foyer aortique.
- Irradiation : vaisseaux du cou (et parfois vers la pointe).
- Souvent intense s'accompagne d'un frémissement perçu dans le creux sus sternal.
- Débute après B1 dont il est séparé par un bref silence maximum en méso-systole (losangique à la phonocardiographie).
- Timbre rude et râpeux, tonalité grave.
- Abolition du B2 en faveur d'un rétrécissement aortique calcifié serré.

- C'est un souffle d'éjection (ou d'obstacle).

### 1.2. Le SS du rétrécissement pulmonaire (RP) :

- Siège : foyer pulmonaire.
- Irradiation : dos (selon la direction de l'artère pulmonaire gauche), la clavicule gauche et moins intense que le souffle du RA et peut s'accompagner d'un frémissement perçu dans le creux sus sternal.
- Débute après B1 dont il est séparé par un bref silence maximum en méso-systole (losangique a la phonocardiographie).
- Il est rude et râpeux.
- B2 peut être conservé, diminué ou dédoublé.
- C'est un souffle d'éjection (ou d'obstacle).



### 1.3. Le SS d'insuffisance mitrale (IM) :

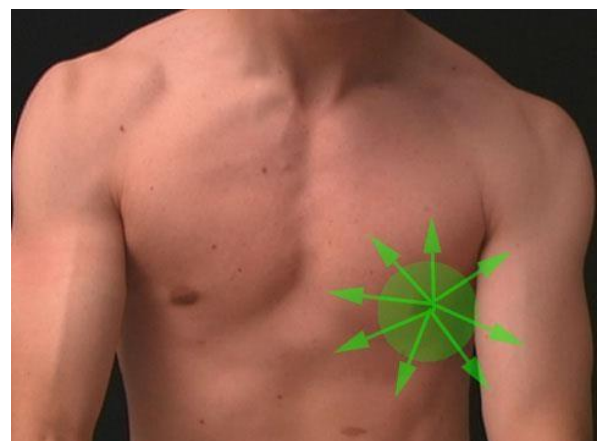
- Siège : maximal à la pointe mieux entendu en DLG.
- Irradiation : aisselle gauche +++ ou ascendante au BGS.
- Intensité variable.
- Holosystolique.
- Timbre Il est doux, humé, aspiratif, en jet de vapeur.
- C'est un souffle systolique de régurgitation.

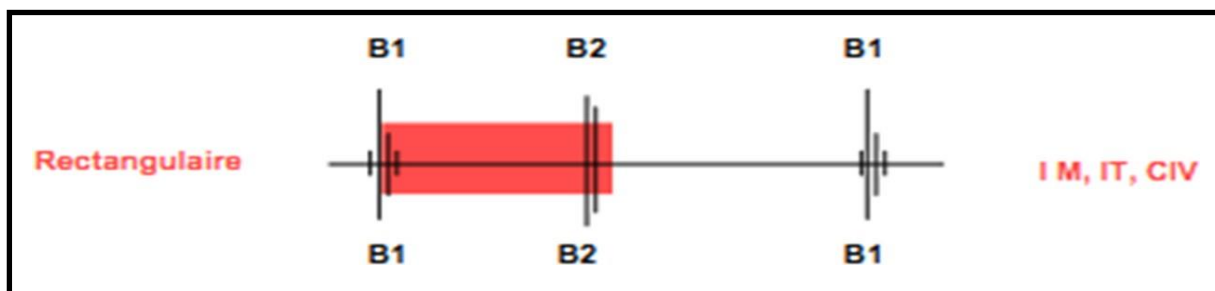
### 1.4. Le SS de l'insuffisance tricuspide (IT) :

- Siège : maximal à l'appendice xyphoïde (foyer tricuspide).
- Irradiation : irradie peu sauf si VD très dilaté.
- Intensité : faible se renforce en inspiration profonde (signe de rivero carvalho).
- Holosystolique (rectangulaire a la phonocardiographie).
- C'est un souffle systolique de régurgitation.

### 1.5. Le SS de communication inter ventriculaire (CIV) :

- Siège : Région mésocardiaque : maximum le long du bord gauche du sternum : 4 EIC
- Irradiant dans tous les sens (rayons de roue).
- Holosystolique, rectangulaire a la phonocardiographie.
- Il est intense, frémissant.





**TABLEAU RECAPITULATIF :**

Mécanisme	Siège	Irradiation	Forme	Chronologie	Timbre	Type
<b>Régurgitation</b>	Apex	Axillaire ou ascendante au BGS	Rectangulaire	Holo ou méso-télé (PVM)	Doux, en jet de vapeur	<b>IM</b>
	Xiphoïde	Xiphoïde				<b>IT</b>
	Méso cardiaque	En rayons de roue		Holo		<b>CIV</b>
<b>Obstacle à l'éjection</b>	2 <sup>ème</sup> EICD	Carotide	losangique	Méso		<b>RA</b>
	2 <sup>ème</sup> EICG	Sous-claviculaire G, dos.			Râpeux	<b>RP</b>

## 2. Les souffles systoliques fonctionnels :

Ils sont d'intensité moindre.

Ils surviennent en règle au cours d'une insuffisance cardiaque.

Ils s'atténuent ou disparaissent avec la disparition de celle-ci

On distingue :

- **Le SS d'IM fonctionnel** est dû à la dilatation du VG et par conséquent, de l'anneau mitral ; ce qui crée une régurgitation du sang du VG vers l'OG.
- **Le SS d'insuffisance tricuspide fonctionnelle (ITF)** est dû à la dilatation du VD, d'où la dilatation de l'anneau tricuspide et une régurgitation du sang du VD vers l'OD. Il augmente en cours d'inspiration.

## 3. Les souffles systoliques anorganiques :

Ils siègent en général au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> EICG.

Ils sont volontiers protosystoliques et peu intenses.

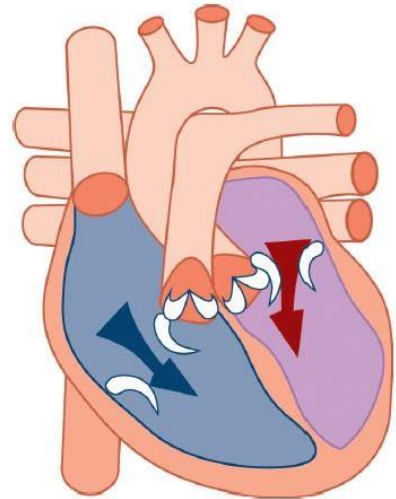
Ils irradient peu et varient avec la position et d'un instant à l'autre « souffles innocents de l'enfant qui disparaissent en orthostatisme ».

### **LES SOUFFLES DIASTOLIQUE (SD) :**

Ce sont des souffles *toujours pathologiques*, mêmes s'ils sont peu intenses.

Ils sont presque toujours organiques.

- Souffles diastoliques d'obstacle (obstacles au remplissage) : RM, RT.
- Souffles diastoliques de régurgitation (régurgitation dans les ventricules) : IA, IP.



#### **1. Le roulement diastolique du rétrécissement mitral (RM) :**

- Siège : à la pointe, au foyer mitral.
  - Irradie : vers la région axillaire.
  - Intensité : augmente en DLG et après un effort.
  - Timbre : sourd et grave.
  - Chronologie : holodiastolique.
- débute par claquement d'ouverture mitrale après B2 d'emblée maximal.
  - se prolonge pendant toute la diastole en décroissant.
  - renforcement présystolique bref si le rythme est sinusal (systole auriculaire).
  - puis éclat de B1 (claquement de fermeture mitrale).

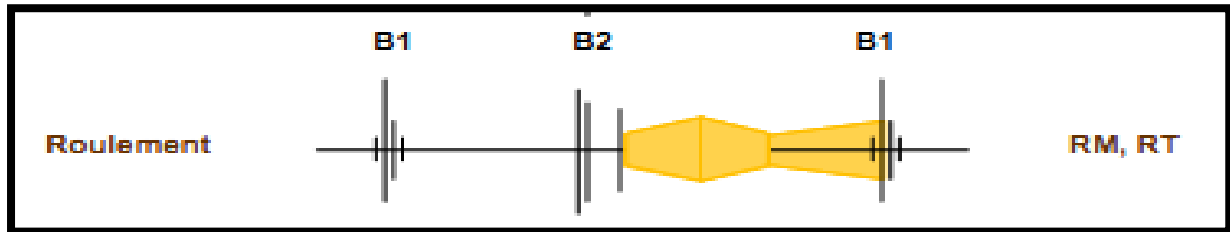
Il s'accompagne souvent d'un frémissement (frémissement cataire).

Il fait partie de *l'onomatopée ou triade de Durozier* : Claquement d'ouverture de la mitrale (COM) + roulement diastolique + éclat de B1.

#### **2. Le roulement diastolique du rétrécissement tricuspide (RT) :**

- Siège : Xiphoïde (foyer tricuspide).
  - Irradie : Peu, localisé.
  - Intensité : faible.
  - Timbre : sourd et grave.
  - Chronologie : holodiastolique avec renforcement proto et télé (même que celui du RM).
- D'emblée maximal et se prolonge pendant toute la diastole en décroissant

- renforcement présystolique bref si le rythme est sinusal (systole auriculaire).

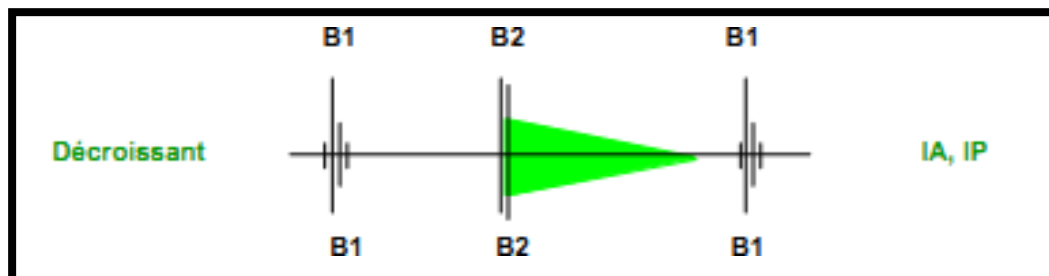


### 3. Le souffle diastolique d'insuffisance aortique (IA) :

- Siège : au foyer aortique.
- Irradiation : le long du bord gauche du sternum et vers la pointe.
- Intensité est variable selon l'importance de la fuite (habituellement faible).
- Il commence en protodiastole (fin de B2) et se prolonge plus ou moins dans la diastole (holodiastolique).
- Il va decrescendo (intensité maximale puis décroît progressivement) triangulaire à la phonocardiographie.
- Il est discret, doux et aspiratif, mieux perçu en position assise, penché en avant et expiration forcée.

### 4. Le souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire (IP) :

Rare, il présente les mêmes caractéristiques stéthacoustiques que celui de l'IA mais siège au foyer pulmonaire.



### TABLEAU RECAPITULATIF :

Mécanisme	Siège	Irradiation	Forme	Chronologie	Timbre	Type
Régurgitation	2 <sup>ème</sup> EICD	2 <sup>ème</sup> EICD Bord G du sternum	Décroissant triangulaire	Holo avec un maximum Proto-méso	Doux, lointain, aspiratif	IA
	2 <sup>ème</sup> EICG	2 <sup>ème</sup> EICG				IP
Obstacle à l'éjection	Apex	Axillaire	Renforcement proto et télé	Du CO jusqu'à B1	Grave (roulement)	RM
	Xiphoïde	Peu, localisé				RT

## LES DOUBLES SOUFFLES ET SOUFFLES CONTINUS :

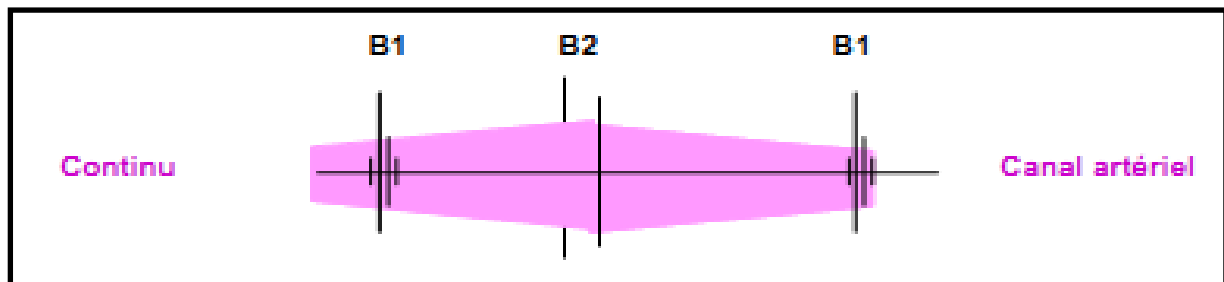
- 1- **Les doubles Souffles** : Succession d'un souffle systolique et d'un souffle diastolique bien séparés par un intervalle silencieux.

**Exemple** : maladie mitrale ou maladie aortique

- 2- **Les souffles continus** : Souffle unique continu sans intervalle libre systolo-diastolique.

### Le souffle du canal artériel persistant :

- Chronologie : souffle continu avec renforcement télésystolique et protodiastolique.
- Siège : maximal au foyer pulmonaire et sous la clavicule gauche.
- Intensité variable : habituellement intense et frémissant.
- Irradiation : fosse sus-épineuse gauche.
- Accompagné parfois d'un frémissement télésystolique.



## LE FROTTEMENT PÉRICARDIQUE :

C'est la traduction de la friction des 2 feuillets altérés du péricardique.

- Siège : mésocardiaque ou bord gauche du sternum.
- Respecte BDC : Bruit surajouté superficiel.
- Se traduit soit dans la systole soit dans la diastole, réalisant un bruit de vat et vient.
- Timbre : Tantôt doux (froissement de la soie)

Tantôt intense, râpeux (bruit de cuir neuf).

- Variable d'un moment à l'autre.
- N'irradie pas : il « naît et meurt sur place ».