

mettre en rapport avec les bruits du cœur. Dans quelques cas même, la gêne de la respiration est si grande, que toute appréciation est impossible et qu'il faut s'en tenir à l'étude des phénomènes généraux.

Quelques difficultés se présentent au sujet du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, ordinairement accompagné d'un bruit de souffle au second temps, et dans lequel on observe quelquefois, dit-on, un bruit de souffle au premier temps. Fauvel, Beau, Filhos, ont publié des faits de ce genre, et ils en ont conclu contre la théorie des mouvements du cœur généralement adoptée. C'est une erreur, car, en examinant les faits de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire connus, on voit que la valvule, couverte de végétations ou réunie en cône ouvert par en bas, forme un rétrécissement du côté de l'oreillette, et une insuffisance du côté du ventricule. Il en résulte, selon le degré de la lésion organique, des conditions physiques variables qui, faisant plutôt obstacle dans un sens que dans l'autre, soit de l'oreillette au ventricule, soit du ventricule à l'oreillette, produisent le souffle au second temps ou au premier, ce qui est plus rare.

Le seul moyen de reconnaître alors le rétrécissement avec insuffisance de l'insuffisance seule résulte de l'étude des phénomènes généraux, qui, dans le premier cas, sont la gêne de la circulation, la stase sanguine, la petitesse du pouls, l'œdème, l'anasarque, etc., phénomènes que l'on ne rencontre presque jamais dans l'insuffisance auriculo-ventriculaire.

On observe de nombreuses variétés dans les bruits de souffle organiques cardiaques, dus à la résistance que le sang éprouve pour franchir les orifices malades. Ce sont les bruits de *râpe*, de *lime*, de *scie*, de *rouet*, de *piulement*, dont les noms indiquent suffisamment la nature. Ils indiquent toujours des lésions considérables et la présence de *végétations résistantes*, d'*incrustations cartilagineuses* ou *calcaires volumineuses*, ou *durs sur les valvules*. A cet égard, ils ne peuvent jamais induire en erreur comme les bruits de souffle doux, et leur manifestation est l'*indice certain d'une altération valvulaire*. On rencontre toujours avec eux le frémissement vibratoire des parois thoraciques, également désigné sous le nom de frémissement cataire.

Le bruit de *piulement*, entre tous, mérite une mention particulière, à cause de son timbre aigu spécial comparé au bruit de la tourterelle, au cri de la caille, etc., et en raison de sa force, qui le rend quelquefois appréciable à une certaine distance du thorax. Il ne s'observe que dans le cas de maladie organique du cœur, et de préférence, d'après Bouillaud, dans les *rétrécissements très-prononcés des orifices cardiaques*.

ARTICLE II

BRUITS EXTRA-CARDIAQUES OU PÉRICARDIAQUES.

Dans l'état morbide, les mouvements du cœur dans le péricarde peuvent être accompagnés d'un *bruit de frottement* comparable, d'après Laennec, au cri du cuir d'une selle neuve écrasée sous le cavalier. Plus tard, V. Collin (1) revint sur

(1) V. Collin, *Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine*. 2^e édit. Paris, 1834.

cette assertion et il fit du *bruit de cuir neuf* et de ses variétés, telles que *frôlement*, *craquement*, *raclément*, le signe de la *péricardite*. Le fait a été confirmé par Bouillaud et par tous les pathologistes.

Ce bruit de frottement, très-variable dans sa force, existe avec les deux temps du cœur ou avec le premier seulement, et il donne quelquefois à l'oreille la sensation d'un corps qui monte et qui descend. On l'observe surtout à la base et quelquefois bien au-dessus du mamelon. Il résulte de l'état rugueux du péricarde, chargé de fausses membranes ou plaques résistantes d'apparence laiteuse. C'est le signe du début de la *péricardite aiguë*, lorsque la membrane séreuse est dépolie; puis il disparaît s'il se forme un épanchement séreux, et il revient après sa résorption, lorsque les fausses membranes, à sec, frottent les unes contre les autres. Il n'est pas rare alors de le voir accompagné d'un frémissement vibratoire.

Ce bruit de frottement ressemble beaucoup, par sa cause et par son mécanisme, à celui de la pleurésie; on l'en distingue par l'auscultation. Il continue d'être appréciable chez les malades auxquels on fait momentanément suspendre les mouvements respiratoires, tandis que, s'il résulte d'un frottement de la plèvre, il cesse immédiatement par le repos de la respiration.

SECTION VI

SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION DES ARTÈRES ET PAR LE POULS.

L'auscultation des artères et l'étude du pouls fournissent un très-grand nombre de signes au diagnostic. Leur importance, exagérée par les uns, amoindrie par les autres, est incontestable, car, si l'exploration du pouls ne donne pas tous les résultats annoncés par Galien, Solano, Borden, Fouquet, etc., elle contribue énormément à donner la mesure de la vitalité, et elle sert beaucoup pour assurer le diagnostic et le pronostic.

CHAPITRE PREMIER

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'AUSCULTATION DES ARTÈRES.

L'oreille, armée du stéthoscope, entend dans les grosses artères, à l'état physiologique, un bruit sourd avec impulsion qui coïncide avec la systole des ventricules du cœur et qui est dû au passage du sang.

Ce bruit, d'autant plus fort qu'on le cherche plus près du cœur, est très-appréciable dans les carotides et dans les artères crurales. Il varie dans sa force avec l'âge et la constitution vigoureuse ou faible de l'individu. Pour le bien entendre, il ne faut pas trop appuyer le stéthoscope sur le vaisseau, car une forte compression anéantit le bruit, et une compression moindre, rétrécissant l'artère, donne lieu physiquement à un bruit de souffle qui n'a rien de pathologique. Cette exploration doit être faite avec soin sans exercer de compression sur les vaisseaux.

Ces bruits augmentent de force dans la pléthore, dans les maladies franchement inflammatoires, et ils diminuent, au contraire, chez les sujets faibles, naturellement débiles ou depuis longtemps malades.

Ils changent de nature et se transforment en *bruit de souffle simple, à double courant, en bruit de diable, en sifflement musical plus ou moins prononcé*, dans certaines maladies organiques du cœur ou des artères, et dans les maladies chloro-anémiques qui entraînent la perte de l'albumine et des globules du sang.

Ces bruits anormaux, indiqués par Laennec, étaient pour lui le résultat de la contraction spasmodique des artères. Personne aujourd'hui n'accepte plus cette explication. On les considère comme pouvant être la conséquence de conditions anatomiques très-différentes, particulières au solide et au liquide. On les produit très-facilement par compression du stéthoscope sur l'artère. Ils résultent, d'après Bouillaud (1), de la compression des artères par une tumeur, de leur rétrécissement par lésion organique, des plaques ossiformes qu'elles renferment, de la vitesse du cours du sang, et l'on a dit depuis qu'il fallait joindre à ces causes 1° l'augmentation de la masse du sang invoquée par Beau (2), et 2° d'après de la Harpe (3), la diminution de densité du sang. On croit que cette diminution de densité au-dessous de 6 degrés à l'aréomètre de Baumé et la vitesse du liquide sont les conditions les plus favorables à la production de ces bruits.

Pour Chauveau, au contraire, ces bruits sont la conséquence de frottements du sang à l'intérieur des vaisseaux, sur leurs valvules, sur leurs angles de bifurcation, et ils résultent de conditions différentes de la densité du liquide en circulation et résultant de la production d'une *veine fluide*. La question est à l'étude, et il me paraît impossible de se prononcer à cet égard. Quoi qu'il en soit, voici le résumé des expériences de Chauveau ; je le publie afin que chacun puisse en juger.

« 1° Les bruits de souffle sont des phénomènes purement physiques, c'est-à-dire des sons, soumis aux lois ordinaires de l'acoustique. Comme ils sont toujours identiques avec eux-mêmes, malgré leurs nuances nombreuses, ils ne peuvent être engendrés que par une seule et même cause essentielle, qui appartient nécessairement à l'ordre mécanique.

» 2° Cette cause ne tient directement ni à la qualité, ni à la quantité du sang qui circule dans les vaisseaux, ni par conséquent à l'état de tension ou de relâchement des parois vasculaires.

» 3° Elle ne réside pas davantage dans les aspérités qui rendent rugueuse la face interne des veines ou des artères sans modifier le calibre de ces tubes.

» 4° Quand une dilatation existe sur le trajet d'un vaisseau, le sang, en arrivant dans cette partie dilatée, peut produire un bruit de souffle.

» 5° Le rétrécissement des vaisseaux, dans un point plus ou moins étendu de leur trajet, peut s'accompagner aussi d'un bruit de souffle. Mais ce n'est point l'entrée du sang de la partie large dans la partie étroite, ni le passage de ce fluide à travers la partie rétrécie, qui produit le murmure. Celui-ci survient lorsque le sang entre dans la portion du tube vasculaire située immédiatement au delà du rétrécissement ; et, comme cette partie représente, relativement au rétrécissement

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. 2^e édit. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(2) Beau, *Traité expérimentale et clinique d'auscultation*. Paris, 1856.

(3) De la Harpe, *Nouvelles recherches sur le bruit du souffle des artères* (*Archives de médecine*, 1838, t. III, p. 33).

qui la précède, une véritable dilatation, il s'ensuit que le souffle, coïncidant avec un rétrécissement, reconnaît encore pour condition essentielle l'entrée du sang dans une partie dilatée du système vasculaire.

» 6° Quoique l'entrée du sang dans une partie réellement ou relativement dilatée de l'appareil circulatoire constitue la condition essentielle et générale du bruit de souffle, il ne suffit pas de cette condition seule pour faire naître un murmure ; il faut encore : 1° que la différence entre le diamètre de la partie dilatée et celui du rétrécissement absolu ou relatif qui la précède soit assez prononcée ; 2° que le sang pénètre dans cette dilatation avec une force suffisante.

» 7° S'il est vrai qu'il faille une certaine différence de diamètre entre la dilatation où a lieu le bruit de souffle et le rétrécissement réel ou relatif qui précède celle-ci pour que le murmure se manifeste, il ne faudrait pas croire que plus la différence sera prononcée, plus le bruit engendré aura d'intensité. Lorsque l'entrée de la partie dilatée devient fort petite, et ne laisse passer qu'un très-mince filet de sang, le souffle, tout en restant net, rude même, perd beaucoup de son intensité, et d'autant plus que le filet sanguin est moins volumineux. C'est quand le sang arrive à larges flots dans une large cavité qu'on a le plus de chance de voir naître un fort bruit de souffle.

» 8° Étant prouvé la nécessité d'une certaine force d'impulsion du sang pour la production du bruit de souffle, si l'on cherche à déterminer précisément quelle est cette force, on voit qu'elle doit au moins être capable de faire équilibre à une colonne de mercure de 5 centimètres environ de hauteur. On voit de plus que, si cette force s'élève, l'intensité du souffle augmente proportionnellement.

» 9° Toutes les fois qu'un souffle est produit, il se propage sur le trajet des vaisseaux, au delà et en deçà de son lieu d'origine d'autant plus loin qu'il est plus intense, mais toujours à une plus grande distance dans la direction du cours du sang, c'est-à-dire au delà du point où le souffle est engendré. En deçà le murmure se manifeste surtout avec le timbre du bruit de la lime qui mord sur le fer. Au niveau de la dilatation et au delà, il apparaît plutôt avec les caractères du bruit de la râpe qui entame le bois.

» 10° Comme tous les sons possibles, les bruits de souffle reconnaissent pour cause immédiate des vibrations moléculaires. Où et comment naissent ces vibrations ? L'observation démontre que le sang, en pénétrant avec une force suffisante dans une partie réellement ou relativement dilatée du système vasculaire, forme toujours une veine fluide, qui traverse le liquide primitivement contenu dans la dilatation. Or, on sait, depuis les beaux travaux de Savart, que toute veine fluide est le siège de vibrations susceptibles de produire des sons, vibrations qui ébranlent aussi l'orifice d'écoulement de la veine. Dans l'espèce, les vibrations de notre veine fluide intra-vasculaire et de son orifice d'écoulement sont nettement perçues par le doigt, soit à l'intérieur, soit à la surface des cavités vasculaires où elles ont lieu. Ce sont ces vibrations qui donnent naissance au phénomène connu sous le nom de *frémissement vibratoire*, phénomène lié d'une manière si intime au murmure vasculaire, qu'on peut dire qu'il n'y a point de bruit de souffle sans frémissement vibratoire, et réciproquement. Ce frémissement, perçu seulement dans les vaisseaux quand il est faible, présente toujours son maximum d'intensité,

comme le bruit de souffle lui-même, sur le trajet de la veine fluide, c'est-à-dire au niveau de la partie dilatée dans laquelle entre cette veine. Il se propage également en deçà et au delà, mais avec des caractères trop variables, suivant les cas particuliers, pour que l'on parle de ce fait dans un exposé de doctrines générales (1). »

En attendant que les expériences de Chauveau soient généralement adoptées, on peut encore soutenir que dans les artères comme dans le cœur, il y a des bruits de souffle *organiques* et des bruits de souffle *chlorotiques*. Les premiers, causés par la compression des artères ou par l'altération de leur structure, sont toujours *simples* et *intermittents*, tandis que les autres, produits par l'altération chlorotique du sang, sont quelquefois *simples*, mais beaucoup plus souvent *continus* et à *double courant*. Ils donnent lieu exclusivement, d'après Bouillaud, au *bruit de diable* et au *sifflement musical des artères*.

Les bruits de souffle *simples* ou *intermittents*, à un seul courant, annoncent une *tumeur anévrysmale*, un *anévrisme variqueux*, le *rétrécissement* ou la *compression* des vaisseaux artériels, les *rugosités de la surface interne de l'artère*, certaines dilatations capillaires formant des *tumeurs érectiles*, alors le bruit de souffle est *partiel*. — Il est *général* et peut être entendu à l'intérieur de plusieurs artères, notamment de l'artère fémorale, dans l'*insuffisance des valvules sigmoïdes*.

Le *bruit de souffle continu*, à double courant, et le *bruit de diable*, ainsi nommé à cause de sa ressemblance avec le bruit d'un jouet d'enfant de ce nom, ont été étudiés avec le plus grand soin par Bouillaud. Ce sont les différents degrés d'un même bruit, de même que le *bruit sibilant*, le *sifflement modulé* ou *chant des artères*, donnant lieu au son de la guimbarde, au bourdonnement d'une mouche, au son de conque, etc., etc.

Ce bruit diffère du bruit intermittent en ce sens que le souffle est à chaque instant renforcé par un second souffle moins fort, et donnant au bruit une sorte de continuité.

Quelle que soit la variété produite, du moment où le souffle est continu, musical, à double courant, pour Bouillaud la signification est la même, et il s'agit d'un état d'anémie ou de chlorose plus ou moins prononcé.

Je ne serai pas aussi affirmatif, car en présence des expériences que je viens de rapporter, il y a lieu de faire quelques réserves, et d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit ailleurs il y a longtemps, on trouve souvent des sujets qui bien portants d'ailleurs et sans anémie ni chlorose apparente, ont des bruits de souffle continu dans les carotides. Tel est le cas de tous les enfants d'un collège examinés sous ce rapport et qui m'ont offert, pour la plupart, des bruits de souffles carotidiens très-prononcés. La question est à étudier de nouveau et l'appui que Perrot et Peter ont récemment donné à la théorie de Chauveau prouve qu'il y a là quelque chose à prendre dans ces expériences.

Il y a quelques années, le docteur Ogier Ward (2) et Corvau (3) ont contesté

(1) Chauveau, *Sur le mécanisme des bruits de souffle vasculaire* (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1860, t. III, p. 163).

(2) Ward, *London Med. Gaz.*, 1837.

(3) Corvau, *Archives de médecine*, 1843.

que le bruit de souffle à double courant se passât dans les artères du cou, et ils en ont placé la cause dans la circulation continue des veines. Pour eux, le bruit de souffle à double courant que l'on croit entendre dans les carotides aurait pour siège la veine jugulaire. Malheureusement, au cou et sur les différentes régions du corps, il est difficile d'ausculter les grosses veines, jugulaires ou autres, sans ausculter en même temps les artères qui leur sont contiguës, et, quel que soit le soin qu'on mette à cette exploration, il y a là une cause d'erreur impossible à éviter. Par cette raison, les expériences de Ward et Corvau ne sont pas décisives, et il faut en attendre de plus concluantes avant d'adopter la théorie qui place dans les veines le siège du bruit de souffle à double courant.

CHAPITRE II

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA PALPATION DES ARTÈRES ET LE POULS.

Chacun sait que la palpation des artères avec le doigt permet d'apprécier l'impulsion qu'elles reçoivent de l'ondée sanguine sortie du cœur en même temps que la force, la fréquence et la régularité de cette impulsion. C'est le *pouls*. Sans en connaître exactement la cause, Hippocrate et ses disciples ont signalé ce phénomène dans ses rapports avec le diagnostic et avec le pronostic, mais d'une façon si incomplète, qu'il ne nous est presque rien resté de leurs observations. C'est Galien qui, par de nouvelles recherches, ajoutées à celles de ses maîtres, a fondé la doctrine du pouls. Malheureusement les nombreuses subdivisions qu'il a introduites dans l'étude du pouls, peu justifiées par l'observation, loin d'éclairer le sujet, n'ont fait que jeter la confusion dans les esprits, et les quarante-deux espèces de pouls signalées par lui ne sont plus citées que comme des documents historiques bons à consulter, mais inutiles à la science.

A une époque plus rapprochée de nous, en 1731, Fr. Solano publia de nouvelles et intéressantes recherches (1) dans lesquelles on voit que cet auteur, interprétant les caractères du pouls à l'exemple de Galien, trouvait qu'ils pouvaient indiquer ici une hémorrhagie nasale, ailleurs de la diarrhée, des convulsions, des sueurs, etc. De ces essais fécondés par Bordeu (2) et Fouquet (3), sortit la doctrine du pouls et le système de *sphygmologie* de l'école de Montpellier. Disons-le immédiatement, cette doctrine n'a plus qu'un intérêt historique, et sauf quelques points de détails depuis longtemps acquis à la science, il n'en est rien resté que le souvenir d'observations ingénieuses mais trop subtiles pour être vérifiées.

Le pouls est l'impulsion communiquée aux artères par l'ondée sanguine qu'elles reçoivent au moment de la contraction des ventricules du cœur. Il résulte de la dilatation intermittente des artères revenant sur elles-mêmes en vertu de leur

(1) Solano, *Lapis lydius Apollinis*. Madrid, 1731, in-fol. — Traduit en anglais par Jacques Nikell.

(2) Bordeu, *Recherches sur le pouls*, 1756.

(3) Fouquet, *Essai sur le pouls*. Montpellier, 1767.

élasticité et de leur orce contractile, car, en outre de leur tissu élastique, elles ont une couche contractile destinée à diminuer ou à élargir le diamètre des vaisseaux, selon qu'elle se contracte dans le sens du diamètre ou de la longueur des artères. Chaque diastole artérielle produit, sous le doigt, un choc qui indique le degré de tension du vaisseau et qui correspond à la systole cardiaque, dont elle révèle la plus ou moins grande énergie. Elle coïncide avec le premier bruit ou systole du cœur. — La contractilité augmentée ou affaiblie des artères et des capillaires, produite par différentes causes, peut modifier l'action du cœur et changer les caractères du pouls, mais la pulsation artérielle reste, dans son principe, un effet des contractions cardiaques contre lesquelles luttent l'élasticité et la contractilité des artères et des capillaires. — Un de nos confrères, M. Marey, a récemment combattu cette manière traditionnelle d'envisager le pouls, en le plaçant exclusivement sous l'influence du relâchement primitif ou de la contraction du système capillaire, qui serait alors la cause de la fréquence, de la lenteur ou de la force des mouvements du cœur, mais cette opinion ne saurait être admise.

Le pouls doit être étudié sur les artères radiales, à l'endroit du poignet où elles sont superficielles, c'est-à-dire près de l'articulation du poignet en dedans du tendon de l'abducteur du pouce. On le trouve également, mais d'une façon moins nette, aux artères temporales, sur la carotide, et sur les artères crurales. Le malade doit être couché immobile et ne pas parler.

Le pouls représente-t-il toujours la force de contraction du cœur? Oui dans les grosses artères, mais dans les petites le fait n'est point aussi évident. Chez les lapins au moins on sait que les petites artères, celles de l'oreille, ont des mouvements autonomes rythmiques, distincts de ceux du cœur. S'il en est ainsi, ou s'il y a quelque chose d'analogue chez l'homme, il est impossible de n'en pas tenir compte pour expliquer ce qu'on appelle les battements nerveux des artères.

Pour explorer le pouls à l'artère radiale, il faut y appliquer l'extrémité libre de la face palmaire des trois doigts, index, médium et annulaire, réunis de manière à pouvoir comprimer et relâcher doucement le vaisseau contre le radius, sur lequel il appuie. On apprécie de cette manière la tension du vaisseau ainsi que la fréquence, la force, la dépressibilité, la mollesse, la régularité de l'impulsion artérielle. Afin de ne pas se tromper dans l'étude du pouls, il faut compter assez longtemps, c'est-à-dire pendant un quart ou une demi-minute, sur un bras et sur l'autre, à l'aide d'une montre à secondes ou d'un sablier mesurant un quart de minute. — Quelques personnes ont conseillé l'usage d'autres instruments de précision, donnant l'indication réputée plus précise de la *tension artérielle* et dont le but serait de remplacer les appréciations personnelles que donne le doigt. Le pulsiloge de Sanctorius, le sphygmomètre de Hérisson, le sphygmographe de Vierordt, celui de Marey, ont été employés bien des fois; mais si ces instruments peuvent avoir des avantages dans la main d'un habile observateur, comme le doigt dont ils prétendent remplacer l'usage, ils sont la cause d'un grand nombre d'erreurs. En effet, comme l'a dit Marey, selon que l'on applique l'instrument avec plus ou moins de force, on a des tracés dissemblables, et des observateurs différents se succédant sur le même malade, peuvent obtenir

des tracés du pouls qui ne se ressemblent pas. J'ai moi-même assisté à des épreuves de ce genre, et parmi les tracés du pouls qui ont été publiés récemment, par Bordier et C. Paul, sur les modifications du pouls par les médicaments (1), il y en a un grand nombre qui ont été contredits par ceux que d'autres observateurs disent avoir obtenus dans des conditions semblables. — Au reste, dans la pratique journalière, le doigt d'un homme habile est le meilleur des *sphygmomètres*, et si l'on ne veut que compter la fréquence du pouls, la montre ou le sablier sont très-suffisants.

Il faut que les malades dont on explore le pouls soient silencieux, calmes et en repos depuis quelques instants, couchés ou assis, et que le membre sur lequel on cherche le pouls soit exempt de toute gêne et de toute compression. Ces précautions sont indispensables. En effet, la parole, l'émotion, même celle de voir le médecin, l'exercice, la station verticale (2), augmentent un peu la fréquence des battements artériels de la radiale, et la compression des membres peut en altérer le caractère. Généralement il est utile, chez les personnes impressionnables, de tâter le pouls à plusieurs reprises et sans prétention doctorale, afin d'éviter les erreurs qui peuvent résulter d'un examen fait dans des conditions capables d'augmenter la fréquence des pulsations. On voit ainsi, chez quelques femmes et chez les enfants, le pouls tomber de 15 à 20 pulsations après quelques minutes de conversation. C'est un phénomène désigné quelquefois sous le nom de *pouls du médecin*.

Le pouls offre d'innombrables variétés de fréquence, de nature et de caractère, suivant l'âge, le sexe et l'idiosyncrasie des individus; suivant les conditions extérieures normales au milieu desquelles ils se trouvent, et suivant les maladies, leur siège, leur degré, leur danger même, etc. Il doit être étudié dans sa *fréquence*, dans son *volume*, dans sa *consistance*, dans sa *tension* et dans son *rythme*. Malheureusement les différents caractères qu'il présente, variables et mobiles, s'observent si souvent dans des conditions opposées à l'état normal

(1) C. Paul, *De l'emploi du sphygmographe dans l'étude des agents thérapeutiques* (Bulletin de thérapeutique, 1865, p. 105); *De la digitale sur le pouls*, même année, p. 193.

(2) D'après cette observation clinique, le docteur Tufnell, de Dublin, a basé le traitement des anévrysmes et en a obtenu des succès remarquables. A son tour, le docteur de Renzi tend à faire du ralentissement du pouls dans la station horizontale un signe diagnostique important. Suivant son observation, cette différence est proportionnée aux forces du patient. Elle est ainsi moins grande chez les vieillards, les valétudinaires, et à la période ultime des maladies. Plus la maladie est déprimante, plus la différence est sensible au début. Elle est le thermomètre de la dépression des forces par la réduction des matériaux organiques. Le maximum de cette différence s'observe par cette raison dans la fièvre hectique. Dans les affections typhiques et typhoïdes, la simple position assise sur le lit augmente considérablement le pouls du patient; et de même de toutes les maladies atteignant profondément la nutrition. Si donc cette différence ne peut servir de critérium diagnostique, elle indique du moins le caractère et le degré du mal. Elle est surtout un signe précieux de l'état des forces du malade et en devient une mesure des plus sensibles. En examinant le pouls à cet égard, on juge à coup sûr si le malade peut se lever sans craindre la syncope ni les autres accidents résultant de la position verticale (*Filiatre sebezio*).