

b) PAR FORMATION D'EMBOLIES

Les éléments pathologiques ramenés par la circulation veineuse d'un point quelconque de l'organisme (plaie périphérique, insertion placentaire, etc.), sont retenus généralement dans l'appareil pulmonaire où ils produisent l'atélectasie (Rommelaere) ou la gangrène.

c) PAR INFECTION

Si les éléments dont il vient d'être question sont de nature infectieuse (agents morbides spécifiques, *venus de l'extérieur*), ils sont répartis *par le sang*, sous une forme quelconque, dans l'économie tout entière, et alors ils donnent naissance soit à des *abcès multiples* (poumons, reins, foie, rate, muscles, cerveau, etc.), soit à des *inflammations purulentes plus étendues* (arthrites purulentes, pleurésie purulente, méningite), soit enfin à des *hémorragies* (cerveau, peau, séreuses, rétine, bassinets, etc.).

d) PAR AUTO-INTOXICATION

De la même manière, l'appareil circulatoire peut amener des phénomènes d'intoxication, en distribuant à toute l'économie des éléments *venus des organes eux-mêmes*, mais ayant acquis un caractère toxique par leur accumulation dans le sang, en suite d'une élimination imparfaite par les émonctoires physiologiques (*auto-intoxications dans les maladies*).

III. — PHYSIOLOGIE NORMALE DU POULS

Pour faire un examen complet du pouls, on étudie sa *fréquence*, son *rythme*, le *moment* de sa production, sa *tension*,

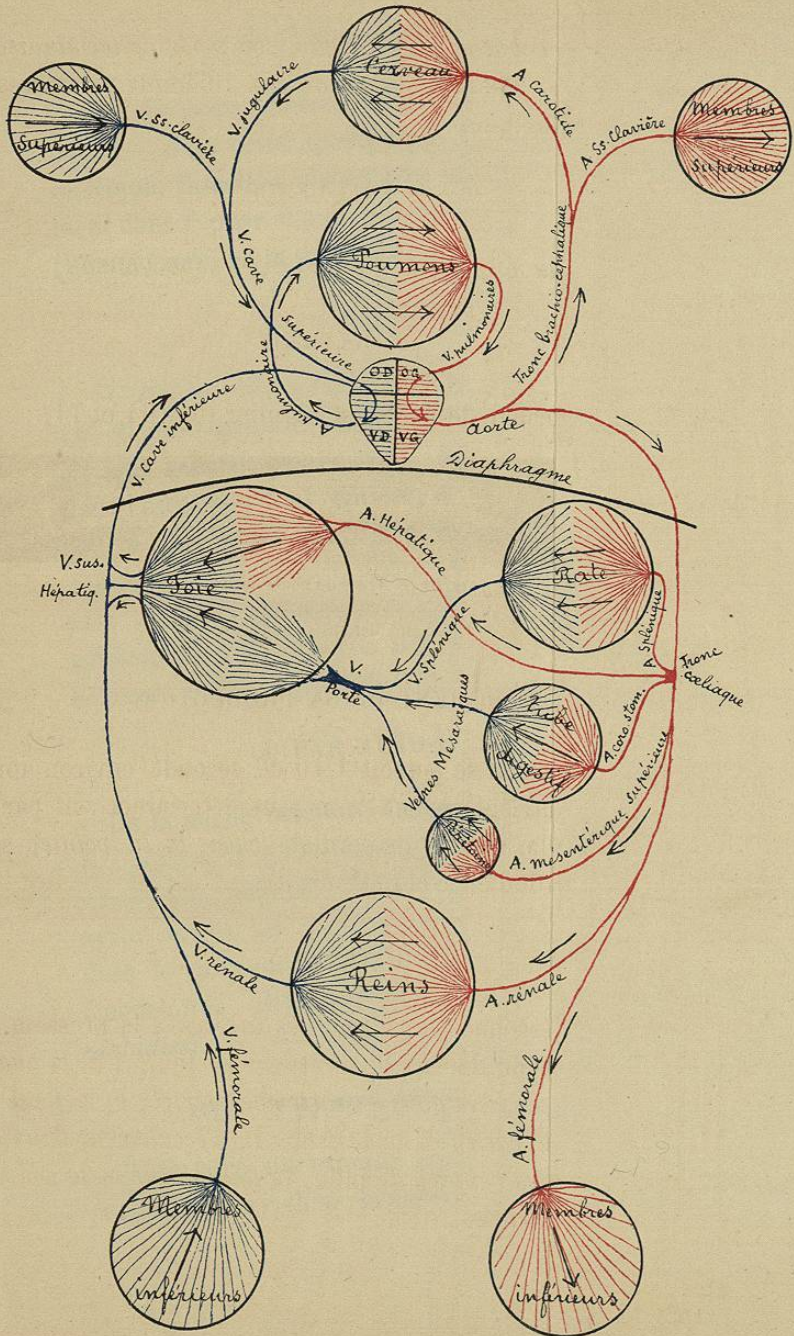


Schéma montrant les rapports des organes principaux,
 par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire.

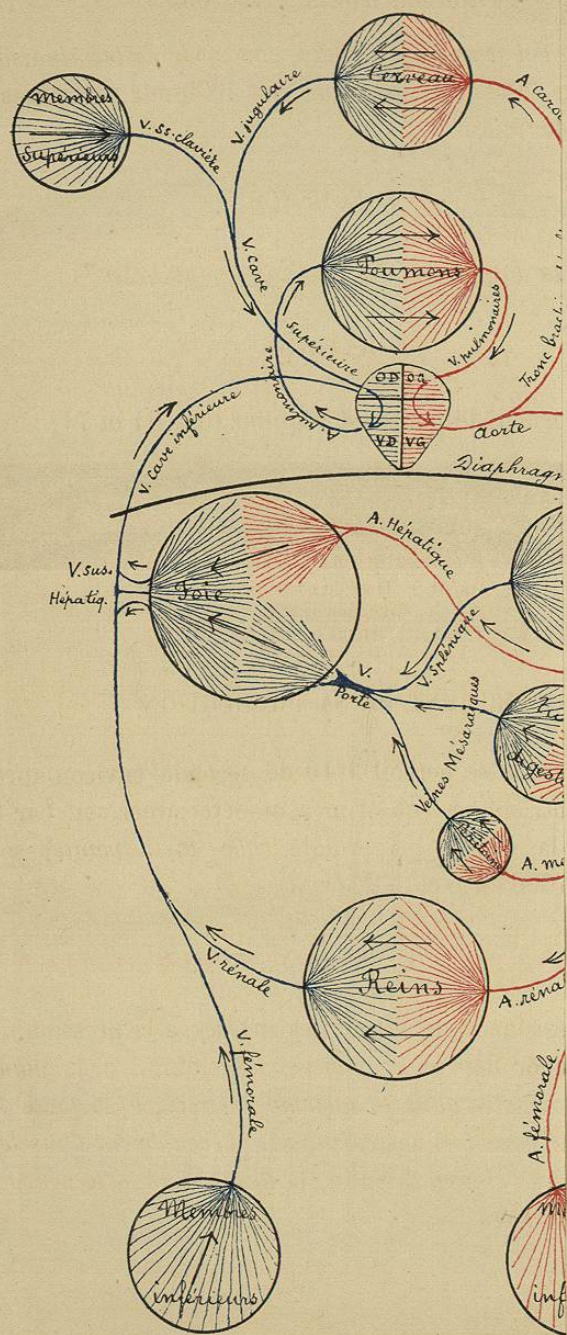


Schéma montrant les rapports des organes par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire.

son mode de début et sa grandeur, son mode de terminaison, le dicrotisme. Passons en revue ces différents caractères à l'état physiologique.

1^o FRÉQUENCE

(Voir ce que nous avons dit à ce sujet page 133).

2^o RYTHME

A l'état normal, le pouls est régulier (fig. 64 et 71).

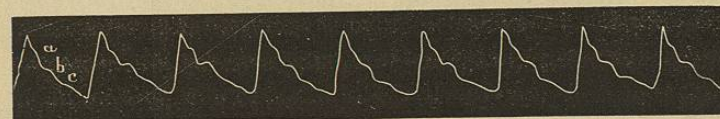


Fig 64. — Tracé du pouls normal.
b, ondulation dicrote;
a, c, ondulations secondaires.

3^o MOMENT DE SA PRODUCTION

Le pouls radial se perçoit 1/10 de seconde environ après la systole ventriculaire, que l'on peut déterminer soit par la palpation de la région précordiale (*choc de la pointe*), soit par l'auscultation du cœur (1^{er} bruit).

4^o TENSION

C'est la résistance qu'offrent les artères à la pression du doigt. La tension dépend de plusieurs facteurs : a) la quantité de sang chassée dans le système artériel ; b) la force de contraction du cœur ; c) la résistance à l'écoulement dans les capillaires et les veines ; d) enfin, la dilatabilité et le pouvoir élastique des artères.

5° MODE DE DÉBUT ET GRANDEUR

A l'état normal, l'expansion artérielle se fait *brusquement* comme la systole ventriculaire. Au sphygmographe, la ligne d'ascension est donc à peu près verticale (fig. 64, 71, 66 n° 2).

La grandeur du pouls, c'est-à-dire la hauteur de la ligne d'ascension, est en rapport : a) avec le volume de sang chassé dans l'aorte à chaque contraction du ventricule gauche; b) avec la facilité d'écoulement du sang; c) avec l'élasticité de la paroi artérielle.

6° MODE DE TERMINAISON

La dilatation de l'artère se maintient d'autant plus longtemps que l'écoulement du liquide sanguin est plus difficile (que la tension est plus forte); à l'état normal, elle cesse dès qu'elle a atteint son maximum, c'est ce qui fait que l'angle supérieur du tracé est très aigu (fig. 66, n° 2), et que la ligne de descente est très oblique.

7° DICROTISME

Lorsque la systole ventriculaire est terminée, le sang, en vertu de l'élasticité artérielle, vient se heurter contre les valvules aortiques qui le repoussent; de là, une nouvelle élévation que l'on constate toujours vers le milieu de la ligne de descente du pouls (fig. 64, b).

L'ondulation dicrote est d'autant *plus marquée* que la tension est moindre. (Voir ci-dessus 4°.)

Outre l'ondulation dicrote, on constate encore quelques autres ondulations plus petites auxquelles on n'attache pas d'importance (fig. 64, a, c).

CHAPITRE XII

EXPLORATION CLINIQUE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Les procédés d'exploration clinique sont : l'*examen du pouls* par la palpation; l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion* de la région précordiale; l'*auscultation du cœur et des vaisseaux*; enfin, l'*examen sphygmographique*.

I. — EXAMEN DU POULS

Nous avons vu (page 23) que pendant l'interrogation du malade on observe :

1° La *fréquence* du pouls; en cas d'*accélération*, on détermine si celle-ci dépend d'une *affection du cœur* ou d'un *état fébrile*, ou, par exclusion, d'un *état nerveux* spécial (voir page 134);

2° Son *rythme*; le pouls *irrégulier* indique une lésion *mitrale*, mais n'exclut pas l'existence simultanée d'autres lésions cardiaques; le pouls reste *régulier* dans les affections *aortiques* compensées;

3° Sa *grandeur* et sa *tension*; un pouls *grand* permet d'exclure avec certitude les *rétrécissements* (aortique et mitral), et correspond généralement à une *insuffisance aortique*; on a alors le pouls *bondissant* (fig. 77 et 78), *mou*, *dépressible*. Un pouls *petit* signifie, ou bien le *rétrécissement aortique*: dans ce cas, il est *tendu*, *régulier* et *lent* (mais non ralenti); ou bien le *rétrécissement mitral*: alors il est très