

Urémie. — Il semblerait résulter des expériences de néphrectomie tentées sur les lapins par Dopter et Gouraud (1903), que, devant l'accumulation des poisons urémiques, l'organisme réagit par une hyperleucocytose très marquée.

Vaccine (Roger et Em. Weil; Enriquez et Sicard). — Leucocytose variable, portant surtout sur les petits et moyens mononucléaires, chez l'enfant vacciné pour la première fois; sur les polynucléaires neutrophiles, chez l'adulte déjà vacciné. Pas de formes myélocytaires, dans le plus grand nombre des cas.

Variole. — Hyperleucocytose mononucléaire considérable (6,000 à 35,000 globul. bl. et 58 à 60 p. 100 de mononucléaires) avec 6 à 7 pour 100 de plasmazellen et 3 à 4 p. 100 de myélocytes à granulations neutrophiles, basophiles ou éosinophiles. Cette hyperleucocytose mononucléaire survient dès le début et atteint son maximum à la vésiculation; elle ne diminue qu'après la pustulation. — Il y a concurremment hypopolynucléose, sauf lorsqu'il survient des suppurations secondaires (abcès, furoncles); il s'ensuivrait que la pustulation de la variole n'est pas une infection secondaire des vésicules par les bacilles pyogènes vulgaires, mais que c'est le virus variolique lui-même qui transforme la vésicule en pustule. Lorsque les polynucléaires tombent à 15 p. 100, on doit craindre une issue fatale.

Varicelle. — Même formule que la variole, avec une hyperleucocytose mononucléaire moins élevée et des formes anormales en moins grand nombre.

Zona idiopathique. — Leucocytose moyenne et progressive jusqu'à la suppuration des vésicules; à ce moment, chute de la leucocytose, qui reparaît avec la desquamation et la dessiccation, après lesquelles (deux semaines) l'état normal se rétablit. Cette leucocytose est constituée surtout aux dépens des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, qui se retrouvent également dans le liquide des vésicules; pas de myélocytes (Sabrazès et Mathis).

CHAPITRE II

Symptômes fournis par l'appareil circulatoire.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CŒUR.

Nous croyons utile de rappeler en quelques mots l'anatomie et surtout la physiologie du cœur, car l'étude clinique des maladies de cet organe est d'autant plus facile à saisir que l'on connaît mieux les conditions de son fonctionnement normal.

Anatomie. — Le cœur occupe dans la poitrine une partie de l'espace désigné sous le nom de *médiastin*. Il répond en avant à la paroi thoracique, à laquelle il transmet ses battements; en arrière à la colonne vertébrale, dont il est séparé par l'aorte et l'œsophage; à droite et à gauche aux poumons enveloppés de leur plèvre; il repose sur le diaphragme. Sa partie supérieure ou sa base (car le cœur a la forme d'un cône dont la base dirigée en haut et en arrière regarde à droite, tandis que sa pointe dirigée en bas et en avant regarde à gauche) est en quelque sorte suspendue aux gros vaisseaux qui s'en détachent.

Le cœur est enfermé dans une cavité fibro-séreuse, le *péricarde*, vaste sac — dont le feuillet externe, de nature fibreuse, se fixe en bas sur le diaphragme, tandis qu'en haut il se fusionne avec la tunique celluleuse des gros vaisseaux qui se détachent du cœur, — et dont le feuillet interne, de nature séreuse, tapisse d'abord la face profonde du feuillet fibreux, puis se réfléchit sur le pourtour des gros vaisseaux pour se continuer sur le cœur dont il facilite les mouvements (de la même manière que les plèvres facilitent ceux du poumon).

Le cœur ne se rattache donc à l'organisme que par les vaisseaux qui se détachent de sa base; aussi jouit-il d'une grande mobilité et il se déplace: 1° sous l'influence de ses propres contractions; 2° sous l'influence des variations de pression, survenues soit dans un point de la cavité thoracique (épanchements pleurétiques), soit dans l'abdomen (pneumatose, etc.).

La face antérieure du cœur est convexe; elle répond au sternum,