

après un temps de tolérance variable, si le mal s'est développé par degrés, la paralysie arrive dans le côté du corps opposé à la lésion cérébrale, et elle occupe une étendue d'autant plus grande que la désorganisation est plus avancée.

La paralysie symptomatique des *maladies de la moelle* est rarement générale. C'est la *paralysie spinale*. Elle occupe le tronc et les quatre membres si la lésion existe à la région cervicale de la moelle; les membres inférieurs seulement lorsqu'elle a pour siège la partie inférieure de cet organe. C'est alors ce qu'on appelle une *paraplégie*. Cette paralysie affecte presque toujours le mouvement et le sentiment, lorsque la substance médullaire blanche et grise est altérée; mais, dans quelques circonstances, la sensibilité se conserve si toute la moelle n'est pas détruite et si la lésion a pour siège les cordons antérieurs. Elle existe toujours dans le côté correspondant à cette lésion, et une maladie du côté gauche de la moelle entraîne nécessairement une paralysie musculaire à gauche.

Un instant on avait cru pouvoir reconnaître et placer dans les cordons antérieurs de la moelle les altérations susceptibles de produire la paralysie du mouvement, et dans les cordons postérieurs celles qui déterminent les paralysies de la sensibilité. Tous ces faits ont été remis en question par les expériences contradictoires de Brown-Séguard, et il paraît que les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple. Il est démontré que les paralysies du mouvement sont la conséquence des maladies des cordons antérieurs; mais, pour les paralysies de la sensibilité, on ne sait au juste s'il faut les mettre sous la dépendance des cordons latéraux postérieurs, ou, au contraire sous l'influence des lésions de la substance grise de la moelle. De nouvelles expériences éclaireront peut-être un jour ce point de la physiologie.

Quand la paraplégie affecte le mouvement sans amoindrir la sensibilité et n'est pas complète, les malades marchent avec peine et fauchent ou sautillent en marchant d'une manière significative et caractéristique. Quand elle est complète, la marche est impossible et tous les mouvements volontaires sont abolis dans les muscles des membres inférieurs. Les malades restent au lit sans pouvoir lever la jambe ni le genou; cependant, comme ils sentent la douleur, et qu'en chatouillant la plante des pieds ou en irritant la peau on détermine une sensation désagréable, il en résulte presque toujours un *mouvement involontaire* ou *réflexe* de retrait de la jambe sur la cuisse. La persistance de ces mouvements a une très-grande importance pour la détermination du siège de la maladie, que l'on ne peut localiser dans les muscles, et qui doit être placé, au contraire, dans les cordons antérieurs. L'abolition de ces mouvements indique, soit une paralysie myogénique avancée, soit plus ordinairement une lésion de la substance grise et des cordons postérieurs de la moelle.

La paraplégie ou la paralysie des membres et du tronc dépendent des altérations aiguës ou chroniques, primitives ou secondaires de la méninge spinale et du cordon même de la moelle. La méningite spinale, les hémorrhagies de la moelle, la myélite aiguë ou chronique, les corps étrangers de la moelle, etc., favorisent la production de cet accident. Il en est de même des tumeurs du canal vertébral, des anévrysmes ayant usé une vertèbre, des abcès par carie vertébrale donnant lieu à une compression ou à une inflammation médullaire ou méningée spinale. Dans ces

cas elle s'accompagne presque toujours d'une congestion paralytique des membranes profondes de l'œil, due à un relâchement sympathique des nerfs vaso-moteurs de la choroïde et de la pupille (1).

Les paralysies qui dépendent d'une *altération des nerfs moteurs* du tronc et des membres se rattachent de près aux paralysies symptomatiques des maladies de la moelle. Leur mécanisme est le même. Elles dépendent d'une interruption de l'influx nerveux par interruption complète de la continuité des tubes nerveux, ou seulement par la compression de ces tubes.

Les blessures et la section des nerfs, leur compression et leur tiraillement par une tumeur, les névroses, la névrite simple et rhumatismale, produisent la paralysie des muscles soumis à l'influence des nerfs altérés. Ce sont des paralysies partielles plus ou moins étendues, selon le nombre et le volume des filets nerveux malades. On observe souvent cette paralysie dans le nerf facial malade après sa sortie du trou stylo-maxillaire, dans le nerf radial ou cubital, dans le nerf sciatique, etc. C'est une paralysie généralement facile à reconnaître, toujours bornée à un certain nombre de muscles, et elle n'offre rien de particulier.

En résumé, la paralysie porte à la fois sur le mouvement et sur le sentiment. Mais le nom de paralysie, employé tout seul, s'applique exclusivement à l'abolition du mouvement volontaire et de l'action des muscles de la vie animale. On donne à la paralysie du sentiment le nom d'*anesthésie*. La paralysie du mouvement volontaire est *partielle, locale, hémiplegique, alterne* et *paraplégique*, ou au contraire *générale*, et elle détruit en totalité ou en partie les mouvements musculaires. Elle a pour causes: 1° les troubles essentiels ou sympathiques du système nerveux cérébro-spinal; 2° les empoisonnements; 3° les maladies du sang et les maladies primitives des muscles, et 4° les altérations matérielles des cordons nerveux, de la moelle rachidienne, de la substance cérébrale et de leurs enveloppes. Dans ce dernier cas, on peut en reconnaître la nature par l'ophtalmoscope, qui permet de constater l'existence d'une lésion du nerf optique, de la rétine ou de la choroïde. C'est à cette méthode d'exploration que j'ai donné le nom de *Cérébros-copie*.

CHAPITRE III

ATAXIE.

L'ataxie est un défaut de coordination du mouvement musculaire dû à une altération aiguë ou chronique du système cérébro-spinal, c'est un symptôme observé dans les maladies les plus différentes, telles que la fièvre typhoïde, la chorée, la sclérose spinale, etc. Il importe donc de distinguer l'ataxie cérébrale et spinale.

L'ataxie cérébrale s'observe dans les typhus et la fièvre typhoïde, et elle se traduit par les soubresauts de tendons et le délire, d'où le nom de fièvre ataxique par

(1) Voyez CÉRÉBROSCOPIE, p. 913.

lequel on désigne les cas particuliers de ces malades ou se rencontrent ces symptômes. — Cette ataxie est toujours fébrile et complique les maladies aiguës, mais on l'observe aussi à l'état chronique, dans la *paralysie générale* ou encéphalite diffuse.

L'ataxie spinale est toujours chronique. C'est celle de la chorée, névrose congestive de la moelle et de la sclérose spinale appelée aussi ataxie locomotrice.

Ici le défaut de coordination du mouvement des membres inférieurs est le principal symptôme de la maladie. — Les malades ne peuvent marcher de pied ferme, ou prendre les objets d'une main assurée. Ils tremblent en agissant ou en marchant, et ils jettent la jambe plutôt qu'ils ne la portent à un point déterminé. Les muscles ne sont plus absolument soumis à l'empire de la volonté et, dans la nuit, ou les yeux fermés, le phénomène augmente encore à ce point, que quelquefois alors tout mouvement est impossible. Les malades n'ayant plus la notion de l'espace ni de la pesanteur des corps, la notion de la droite et de la gauche, lorsqu'ils ont aussi les yeux fermés ne peuvent tenir un objet dans la main, ni porter cet organe à droite ou à gauche. L'ataxie est alors compliquée de la perte du sens musculaire.

C'est le résultat d'une myélite devant aboutir à une sclérose spinale, et la preuve c'est qu'au début de cette ataxie locomotrice, comme je l'ai démontré (4), il y a névrite optique congestive, laquelle aboutit à une atrophie optique lorsque l'ataxie est ancienne.

L'ataxie chronique du mouvement est le symptôme de toutes les myélites chroniques que forme la sclérose des cordons postérieurs de la moelle, et elle dure autant que ces maladies. — Elle s'observe dans les maladies du cervelet, dans quelques paralysies diphtéritiques, dans la paralysie pellagreuse, ou syphilitique, etc.

CHAPITRE IV

AMYOSTHÉNIE.

L'affaiblissement du pouvoir contractile des muscles sans paralysie constitue ce qu'on appelle l'*amyosthénie*. C'est un état morbide voisin de la paralysie, mais ce n'est pas la paralysie.

Toutes les maladies aiguës produisent l'*amyosthénie*, qui alors accompagne la courbature, mais dans la chlorose et dans l'anémie, dans les maladies nerveuses qui en résultent, dans l'hystérie, dans l'hypochondrie et dans le nervosisme aigu ou chronique, ce phénomène existe toujours à un degré plus ou moins accusé.

La force musculaire est très-amointrie, les malades se traînent plus qu'ils ne marchent, ils ne serrent la main que faiblement, et tout effort amène rapidement la courbature et la fièvre. — Le danger, l'attrait du plaisir, la colère ou toute autre émotion morale font momentanément disparaître cette amyosthénie qui

(4) Bouchut, *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscopie*, p. 346; et *Diagnostic des maladies de la moelle* (*Gazette médicale*, 1868).

revient avec le calme intellectuel, mais du mouvement musculaire exagéré résulte souvent une maladie de quelques jours.

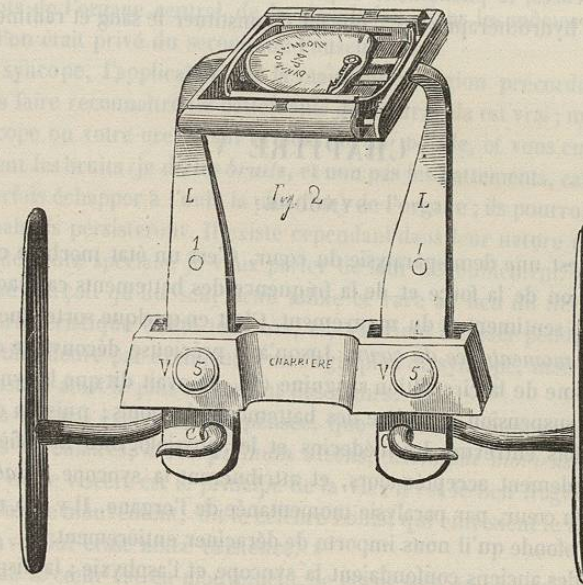


Fig. 260. — Dynamomètre de Burq. — Appareil monté.

L'*amyosthénie* s'apprécie autant par le rapport des malades que par l'essai qu'on peut faire de leur force en se faisant serrer la main par eux ou en leur donnant à manœuvrer le dynamomètre de Burq que voici (fig. 260 et 261). Le chemin que fait l'aiguille sur son cadran indique la force contractile du bras, qui augmente peu à peu à mesure que la santé s'améliore ou que le mal disparaît.

A quoi tient l'*amyosthénie*? Il est difficile de le dire. Dans les maladies aiguës fébriles, et dans la fièvre typhoïde, c'est à une altération de la fibre musculaire, qui, selon Zinker, apparaît au microscope, privée de ses stries transversales, autant qu'à une sidération nerveuse, qu'il faut rapporter le phénomène; mais dans la chlorose et dans les maladies nerveuses, il est peu probable qu'il en soit de même. L'altération de la fibre musculaire existe-t-elle alors? On n'en sait rien, et il est probable que l'*amyosthénie*

résulte alors d'un affaiblissement considérable d'influx nerveux. Cela est à étudier. L'*amyosthénie* des maladies aiguës et des fièvres ne cesse qu'avec la maladie au

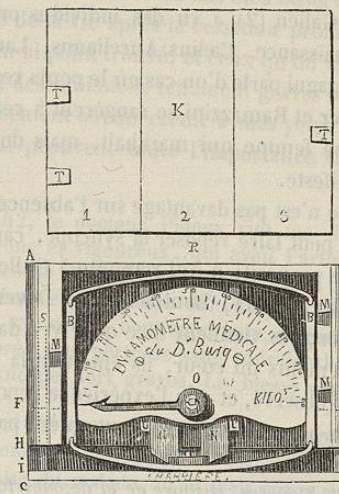


Fig. 261. — Dynamomètre de Burq. — Cadran.

moment de la convalescence lorsque l'alimentation a pu réparer la consommation causée par l'état fébrile. Au contraire, dans l'amyosthénie de la chlorose et des maladies nerveuses, le phénomène disparaît assez vite dès que les toniques, les ferrugineux, l'hydrothérapie, etc., ont pu reconstituer le sang et ranimer la force nerveuse.

CHAPITRE V

SYNCOPE.

La syncope est une demi-paralysie du cœur. C'est un état morbide caractérisé par la diminution de la force et de la fréquence des battements cardiaques, avec perte subite du sentiment et du mouvement. C'est en quelque sorte une *asystolie incomplète et momentanée du cœur*. Jusqu'à la précieuse découverte de Harvey sur le mécanisme de la circulation sanguine (1), on avait dit que la syncope consistait dans la suspension complète des battements du poulx; puis, la circulation du sang une fois entrevue, les médecins et les physiologistes modifièrent cette opinion généralement acceptée alors, et attribuèrent la syncope à l'absence des mouvements du cœur, par paralysie momentanée de l'organe. Il y a là une erreur scientifique profonde qu'il nous importe de déraciner entièrement.

La plupart des anciens confondaient la syncope et l'asphyxie; la disparition du poulx dans ces deux états, cependant bien distincts, semblait légitimer cette fautive manière de voir. J.-P. Frank lui-même ne sut pas éviter cet écueil, et il décrivit ensemble la syncope et l'asphyxie.

Ce n'est pas évidemment par l'état du poulx que l'on peut juger de la syncope, car Galien (2) a vu des individus privés de poulx qui conservaient leur parfaite connaissance. Cælius Aurelianus, Lancisi (3), rapportent des faits analogues, et Morgagni parle d'un cas où le poulx resta sans battements pendant quarante jours! Haller et Ramazzini se rangèrent à cette opinion, et Borsieri (4) cite l'observation d'une femme qui marchait, mais dont l'absence du poulx était cependant bien manifeste.

Ce n'est pas davantage sur l'absence des mouvements ou des bruits du cœur que l'on peut faire reposer la syncope, car l'observation clinique infirme tous les jours cette proposition qui remonte à Cullen; aussi, lorsque Haller, Frank, Burdach, Müller, Piorry, Bouillaud (5), Devergie, Orfila, Parrot, Josat, Lebon, Brach et Collongues viennent dire qu'il y a dans la syncope une *suspension complète* des battements du cœur, ils émettent là une assertion qui ne repose sur aucun fait bien observé, et que l'expérience repousse. Ces auteurs, si recommandables d'ailleurs à tant de titres, n'ont guère parlé de la syncope qu'en se guidant sur des

(1) Flourens, *Histoire de la découverte de la circulation du sang*. Paris, 1854.

(2) Galien, *De pulsus præcognitione*, lib. I, cap. III.

(3) Lancisi, *De mortibus subitaneis*.

(4) Borsieri, *Institutionum medicinarum practicarum*. Berolini, 1826.

(5) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1841.

vues théoriques; mais, depuis la découverte due au génie de Laennec, la science a marché, et l'auscultation est venue jeter un nouveau jour sur la question si controversée de la syncope. Il ne faut donc plus parler aujourd'hui de l'absence des mouvements de l'organe central de la circulation, dans les mêmes termes qu'au temps où l'on était privé du secours de l'auscultation.

Dans la syncope, l'application de la main sur la région précordiale peut très-bien ne pas faire reconnaître les battements du cœur, cela est vrai; mais appliquez un stéthoscope ou votre oreille sur la poitrine du malade, et vous entendrez très-distinctement les bruits (je dis les *bruits*, et non pas les battements, car ces derniers peuvent parfois échapper à l'ouïe la plus fine) de l'organe; ils pourront être faibles et rares, mais ils persisteront. Il existe cependant dans leur nature une modification morbide toute spéciale, je veux parler de leur dédoublement. L'oreille, par exemple, ne perçoit qu'un seul bruit faible et rare au lieu du tic-tac ordinaire. Ce bruit caractéristique existe toujours, et, s'il vient à cesser pendant un temps assez long, une heure par exemple, il ne s'agit plus de syncope, mais c'est la mort dont on constate ainsi le plus important des signes.

Haller n'a-t-il pas exprimé cette pensée, que la vie de l'homme commence par les fonctions vasculaires, « *cor primum vivens, ultimum moriens* »? — « Le mouvement de ce viscère est le principe de la vie; il est le lien fragile de l'âme et du corps; c'est ce mouvement, dit le célèbre Louis, qui entretient le feu qui anime nos tissus. Avec lui cesse notre existence. »

« Tant que le cœur est en mouvement, le corps sera en vie, cela est inconteste. Aussi la première recherche que l'on doit faire auprès d'un homme réputé mort, c'est, d'après Louis, de lui tâter le poulx, et j'ajouterai, pour compléter la pensée, d'ausculter son cœur (1).

« C'est en vain qu'on chercherait dans la science un fait bien observé, capable d'établir la possibilité de la persistance de la vie après la cessation prolongée des battements du cœur à l'oreille. Je n'en ai point trouvé, et ceux qu'on cite dans quelques ouvrages modernes renferment des omissions tellement graves sur les signes de la mort en général qu'ils ne présentent aucun crédit à mes yeux. »

Voici d'ailleurs deux exemples cliniques qui prouvent toute l'importance des résultats de l'auscultation cardiaque.

OBSERV. I. — Dans la nuit du 17 avril 1842, le docteur Pidoux vint me demander assistance pour sauver un homme, jeune et vigoureux, qui avait l'artère brachiale entièrement divisée, et qui était menacé de périr d'hémorrhagie. Nous ne pûmes réussir à faire la ligature des deux extrémités de l'artère dans la plaie. Un seul bout fut lié, mais il nous fut impossible de trouver le bout supérieur, rétracté dans les chairs. Pendant ces recherches, et après une perte de sang considérable impossible à apprécier (2), il y eut plusieurs syncopes fort graves. Le blessé était

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de ne pas être enterré vivant*, 2^e édition, 1874, pp. 59 et 60. Ouvrage couronné par l'Institut de France.

(2) Le sang avait successivement imbibé la chemise du malade, qu'on avait serrée autour de sa blessure, une chemise de femme, un jupon de toile blanche, les grands rideaux de percale de deux fenêtres et un drap de lit que l'on avait surajoutés. Le poids de tous ces linges ensanglantés était énorme et peut donner une idée de l'abondance de cette hémorrhagie.

privé de connaissance, insensible aux excitants, blanc comme le marbre, presque entièrement refroidi, sans respiration, les pupilles contractées comme dans l'agonie, dans un tel état enfin, que la mort paraissait imminente à nos yeux, et probable pour les assistants, dont les murmures commençaient à se faire entendre. Inquiet du résultat de cette situation, j'examinai le cœur; ses pulsations étaient imperceptibles à la main, mais il continuait à se mouvoir et à se faire entendre à de longs intervalles dans la profondeur de la poitrine.

La vie était conservée, mais il n'y avait pas de temps à perdre. Notre parti fut aussitôt pris, et, sans consacrer plus de temps à la recherche de l'ouverture supérieure du vaisseau divisé, nous fîmes en quelques secondes la ligature de l'artère brachiale, au niveau du tiers inférieur du bras. Cette opération fut aussi facile que sur un cadavre, où l'on reconnaît chacun des tissus qu'on divise, sans être gêné par le sang. Ici nul écoulement sanguin ne vint contrarier notre recherche, nous n'eûmes pas même besoin d'éponger la plaie; le blessé était blanc, ses capillaires étaient vides, et il n'y avait plus de sang que dans les gros vaisseaux artériels. Le malade a guéri.

Jamais une syncope ne fut plus complète ni mieux caractérisée que chez le malade dont il vient d'être question; il est même rare d'en observer d'aussi graves, et cependant, les bruits du cœur ne cessèrent pas de se faire entendre (1).

Chez tous les malades pris de syncope qu'il m'a été donné d'observer, les mouvements du cœur étaient ralentis, ils avaient perdu leur impulsion et leur force habituelles, mais toujours j'ai pu les entendre.

« Les uns conservèrent le pouls extrêmement réduit, et l'on pouvait saisir à la région précordiale, avec la main et avec l'oreille, les mouvements des ventricules. D'autres, dont le pouls avait disparu, conservaient encore les battements précordiaux faiblement appréciables avec la main. Enfin un bien petit nombre ne m'a offert ni pouls ni impulsion précordiale sensible au toucher, mais seulement des contractions du cœur perceptibles à l'oreille. Lorsque la syncope est complète, comme chez les malades de cette dernière catégorie, et je n'en ai observé que deux, les pulsations du cœur sont très-faibles et très-sourdes, elles sont ralenties et se répètent à des intervalles inégaux; on n'entend plus qu'un *simple battement* toutes les deux ou trois secondes, mais enfin ce mouvement existe, et il empêchera toujours de prendre l'état de mort apparente de la syncope pour la mort réelle (2). »

Dans un autre exemple que je dois à l'obligeance d'un de mes amis, Routier, et qui a été recueilli à l'hôpital Beaujon, dans le service de Martin-Solon. Les battements du cœur se faisaient aussi entendre.

OBSERV. II. — Une jeune fille eut une violente attaque d'hystérie, et tomba dans un état syncopal fort grave.

Cette jeune fille, âgée de dix-neuf ans, mal réglée, ayant habituellement un léger bruit de souffle dans les carotides, avait déjà eu plusieurs pertes de connaissance de courte durée. Ce jour-là, sans aucun symptôme précurseur, elle tomba sans mouvement et sans cris sur le carreau de la salle, les traits non altérés, la peau du corps insensible à tous les excitants, de même que la conjonctive et la muqueuse nasale, les membres dans la résolution la plus complète, et les sens entièrement fermés aux impressions extérieures.

La pupille était légèrement dilatée et insensible à la lumière. L'éther et l'ammoniac ne produisaient aucun effet sur la muqueuse olfactive, les sons ne parve-

(1) Bouchut, ouvrage cité, pp. 63, 64 et 65.

(2) Bouchut, *loc. cit.*, pp. 66 et 67.

naient plus à l'oreille, et la douleur que durent causer des piqûres, des pinçons, ainsi que l'excitation de la peau par des sinapismes, ne put réveiller le système nerveux engourdi. La malade ne poussait aucun cri et ne faisait aucun mouvement. On l'aurait crue morte, si de temps à autre une inspiration presque imperceptible (8 par minute) et la persistance de battements du cœur à l'auscultation (68) n'eussent démontré la persistance de la vie dans ce corps privé d'intelligence, de mouvement et de sensibilité.

Au bout d'une heure, la malade n'avait pas encore fait de mouvements, et 10 centigrammes de tartre stibié, qu'on fit alors couler dans l'estomac, ne produisirent aucun résultat. On attendait toujours, lorsqu'un assistant s'avisait de porter le doigt dans l'arrière-gorge, ce qui occasionna des nausées, des vomissements et bientôt après le retour à la vie.

« Enfin, quand, sur des animaux, on détermine, par la soustraction du sang, les symptômes de la mort apparente par *syncope*, on arrive à diminuer le nombre et la force des battements du cœur, mais on ne peut réussir à les suspendre pendant un temps assez long ni à faire disparaître leurs bruits sans occasionner la mort (1). »

Soutenir qu'un être d'une organisation aussi compliquée que celle de l'homme peut rester une heure sans bruits du cœur, c'est-à-dire sans mouvements de cet organe et sans circulation artérielle, me paraît bien téméraire et bien opposé aux lois de la physiologie. Je ne crois pas que la circulation chez l'homme puisse s'arrêter longtemps, et quand je dis longtemps, cela veut dire une heure, sans produire des caillots cardiaques qui empêcheraient le rétablissement des contractions auriculo-ventriculaires et qui amèneraient la mort. D'ailleurs il n'entrera jamais dans mon esprit qu'un médecin puisse avoir la prétention de guérir ses semblables, ni de rétablir l'ordre dans les fonctions dérangées par la maladie, s'il prétend ne pouvoir reconnaître quand commence et quand finit l'exercice de ces fonctions, en d'autres termes, s'il ne croit pas être sûr de pouvoir distinguer la vie de la mort.

Reste enfin la thermométrie qui, dans la syncope prolongée simulant la mort, permet de reconnaître la situation. En effet, dans la syncope, la température axillaire reste normale, tandis que dans la mort la température baisse d'une heure en heure et au bout de 12 heures est en moyenne de 30 degrés, puis au bout de 24 ou 30 heures de + 22 degrés. Ces résultats, que j'ai envoyés à l'Académie de médecine sous le pseudonyme de Pierre Durand, ont été couronnés d'un prix de mille francs que je n'eusse pas obtenu sous mon véritable nom.

En voilà assez sur ce point et je reviens à la séméiologie de la syncope.

L'invasion de la syncope est tantôt soudaine et tantôt annoncée par des signes prodromiques, tels que : malaise, anxiété, vertiges, tintements d'oreilles, obscurcissement de la vue, obtusion des idées, bâillements, nausées, efforts de vomissement, perte du sentiment et du mouvement et *asystolie*, c'est-à-dire *diminution* de la force et de la fréquence des battements du cœur.

A ces premiers symptômes succèdent la pâleur de la face, la décoloration des lèvres, le refroidissement des extrémités, l'anéantissement de la mémoire et de l'intelligence, l'apparition d'une sueur visqueuse sur la peau, le défaut de contrac-

(1) E. Bouchut, ouvrage cité, p. 69.

tion musculaire, l'affaissement du corps. Dans quelques cas assez rares, il y a émission involontaire de l'urine et des matières fécales.

La syncope n'a, dans la très-grande majorité des cas, qu'une durée éphémère. En effet, à peine quelques secondes ou une ou deux minutes se sont-elles écoulées, que les malades rouvrent les yeux et recouvrent le plein exercice de leurs fonctions physiques et morales, mais ils conservent encore pendant quelques instants de la stupeur, de la courbature et de l'oppression. On a parlé de l'inexprimable bien-être et des sensations délicieuses qu'éprouvaient certains individus en reprenant, après une syncope, l'usage de leurs sens, et l'on a cité à l'appui de cette assertion le récit de Montaigne (1) et la narration de J.-J. Rousseau (2); mais nous nous contenterons ici de signaler le fait sans y ajouter d'importance.

La terminaison de la syncope est très-rarement mortelle. Le professeur Récamier a rapporté l'observation fort intéressante d'une jeune femme qui, après avoir été affectée d'une syncope longtemps prolongée, parfaitement bien revenue à elle-même pendant quelques heures, s'affaissa tout à coup et mourut. A l'autopsie, on trouva un gros caillot fibrineux dans le ventricule gauche. Bonet et d'autres auteurs ont cité des cas analogues.

La syncope peut revenir périodiquement. C'est ainsi que Bacon était une fois par mois sujet à cet accident. On l'a vue aussi constituer l'une des formes les plus graves de la *fièvre pernicieuse*, et Winslow, cet anatomiste que l'on a prétendu avoir été enterré deux fois vivant, a fourni un exemple de fièvre pernicieuse syncopale.

Chez les individus morts par syncope, on trouve d'abord toutes les lésions dépendant des maladies dans le cours desquelles elle s'est produite, puis de l'affaissement et de l'engouement des poumons, ainsi que quelques caillots dans le cœur et dans les vaisseaux.

Les causes de la syncope sont extrêmement nombreuses. Parmi les causes prédisposantes, nous citerons la faiblesse générale, l'adynamie qui succède à une longue maladie, les circonstances morbides qui abattent les forces, le sexe féminin, le tempérament nerveux, le début d'une grossesse, les maladies du cœur, des prédispositions particulières de nature inconnue, l'état puerpéral. En 1852, Alph. Robert (3) a rapporté trois cas de syncope mortelle chez des femmes nouvellement accouchées.

Si j'examine maintenant les causes occasionnelles, nous voyons que Sauvages n'en admet pas moins de trente-deux espèces, et encore les lipothymies forment-elles un ordre à part; que Cullen divise la syncope en *idiopathique*, ou cardiaque, et en *symptomatique* d'une affection d'un autre organe que le cœur ou d'un état général; que J.-P. Frank la fait dépendre d'une altération locale (cœur ou gros vaisseaux), ou d'une affection générale, soit asthénique, soit hypersthénique; que Sénac enfin décrit trois ordres de causes, suivant qu'elles ont leur siège :

(1) Montaigne, *Essais*, 1588, p. 153.

(2) J.-J. Rousseau, *Les rêveries*, deuxième promenade.

(3) A. Robert, *De la mort subite par syncope à la suite des couches* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1852, t. XLII, p. 78).

1° dans le cœur; 2° dans les vaisseaux; 3° dans les nerfs, auxquels il ajoute, comme appendice, des circonstances particulières (troubles de l'estomac, lésions du foie). — Il est très-vrai que la syncope se montre fréquemment chez les sujets atteints d'une affection organique du cœur; mais c'est surtout dans le cas de dilatation des cavités, quand les parois sont très-amincies, que les orifices artériels sont rétrécis, que les valvules sont devenues insuffisantes, qu'il y a persistance du trou de Botal, et qu'il s'organise rapidement des concrétions sanguines dans les cavités cardiaques. — L'introduction brusque de l'air, en opposant un obstacle mécanique à l'action du cœur, est encore une cause puissante de syncope. — La pléthore et l'anémie cérébrales, par des raisons diamétralement opposées, et qui cependant aboutissent au même résultat; les hémorrhagies, et, parmi ces dernières, les hémorrhagies artérielles de préférence; l'inanition; les brusques perturbations apportées dans la fonction circulatoire; la ponction d'une ascite, d'un kyste de l'ovaire; la rapide expulsion du fœtus; d'abondantes évacuations, des sueurs excessives; des débordements bilieux; l'ingestion de certains aliments dans l'estomac; l'action de l'émetique; certains miasmes, produisent également la syncope. — Parmi les causes qui agissent principalement sur le système nerveux, nous signalerons les odeurs, la vue d'objets repoussants, les émotions soudaines, une vive frayeur, une violente douleur, une chaleur trop vive, une fatigue prolongée, l'orgasme vénérien, le contact de différents corps; les névroses, et, parmi elles, l'hystérie, les morsures venimeuses, les fièvres graves, pernicieuses ou autres, les affections gangréneuses et les empoisonnements, particulièrement la respiration des vapeurs d'éther, de chloroforme, d'acide carbonique, d'amylène et de tous les agents employés comme anesthésiques. Ici, c'est plutôt une asphyxie par hyposthénie du système cérébro-spinal ou sympathique qu'une syncope ordinaire. Il y a quelque chose de plus que l'asystolie cardiaque primitive: on doit reconnaître qu'une altération grave du sang a modifié les fonctions de l'innervation générale et cardiaque, en produisant une paralysie passagère du cerveau antérieure à la diminution d'action du cœur.

Le diagnostic de la syncope est-il une chose facile? Évidemment oui dans quelques cas, puisque, d'après les caractères tirés de la thermométrie, de l'auscultation de l'ophtalmoscopie, et que j'ai esquissés au commencement de cet article, il n'y a plus possibilité de confondre la syncope avec la mort réelle. — Il reste seulement à savoir si l'on peut distinguer l'évanouissement syncopal de l'évanouissement apoplectique et de l'asphyxie. Or, dans l'apoplexie, l'action du cœur et la respiration ne sont pas au même degré diminuées de force et de fréquence, et, dans l'asphyxie, si la syncope existe, — ce qui s'observe assez fréquemment, — elle ne constitue qu'un simple accident n'arrêtant pas les bruits du cœur, et elle ne fait que compliquer un état morbide dont aucun praticien ne saurait méconnaître les caractères.

Pour établir le pronostic de la syncope, il faut remonter à son étiologie; car un état syncopal est plus ou moins grave, selon qu'il est le symptôme d'une affection organique très-sérieuse, ou qu'il est simplement déterminé par le trouble fonctionnel du système nerveux. — A moins d'un cas rare de *fièvre pernicieuse dite syncopale*, la syncope ne peut jamais être d'un bien grand secours au médecin