

s'appuiera sur le siège des souffles perçus et sur les autres signes physiques décrits antérieurement; cependant malgré toute l'attention du clinicien, il arrivera encore bien souvent que le diagnostic sera démenti à l'autopsie et que l'on trouvera des altérations cardio-vasculaires non soupçonnées pendant la vie. C'est qu'en effet, ainsi que l'a dit Longhurst, la cyanose peut manquer durant toute la vie, alors même qu'il existe des lésions qui d'ordinaire la font apparaître.

Traitement. — Il est *purement symptomatique*.

Les malades devront se soumettre à une hygiène sévère et éviter toutes les causes d'excitation cardiaque : les fatigues, les efforts prolongés, les émotions vives, les repas copieux, le thé, le café, le tabac, l'alcool, etc. La dyspnée permanente qu'on observe dans le cours de l'affection sera calmée par les inhalations d'iodure d'éthyle, par l'éther, les bromures et les valérianiques; la toux demandera les calmants : laurier-cerise, codéine, et quelquefois les révulsifs sur le thorax. Contre les accès paroxystiques intercurrents, on prescrira le repos complet, les inhalations d'oxygène, l'éther et quelquefois la morphine; enfin, les palpitations seront apaisées par les valérianiques, les bromures, le bromhydrate de quinine, etc. La sensibilité extrême de la peau chez ces malades devra faire surveiller de très près l'emploi des révulsifs.

On joindra à ces moyens tous les agents qui pourraient relever la nutrition chancelante du malade, et on a proposé dans ce but de favoriser l'hyperglobulie, sorte de compensation véritable à la maladie, par l'emploi des toniques et des préparations arsenicales.

Lorsque la malformation est liée à un rétrécissement pulmonaire, on surveillera avec attention les moindres complications pulmonaires, à cause de la tuberculose toujours menaçante.

Enfin, lorsque la maladie bleue présente des manifestations asystoliques, c'est aux moyens généraux employés dans le traitement de l'asystolie qu'on recourra sans plus tarder : la digitale, la caféine, les purgatifs et le régime lacté trouveront leur emploi. A la période de parésie cardiaque, on s'adressera aux injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel et aux stimulants diffusibles.

SYNCOPE

Définition. — Depuis les auteurs anciens (Galien), la *syncope* désigne un état morbide, caractérisé par la perte plus ou moins subite et complète de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité, avec suspension ou affaiblissement extrême des battements du cœur et des mouvements respiratoires (Grisolle). Les auteurs classiques insistaient beaucoup sur cette définition qu'ils opposaient à celle de la *lipothymie*, dans laquelle la respiration et la circulation continuent, alors que la sensibilité et le mouvement sont seulement diminués mais non abolis. Cette distinction a perdu beaucoup de son importance, car bien que le fait ne soit pas établi sans réplique, on s'accorde généralement à reconnaître aujourd'hui que dans la syncope les mouvements du cœur sont extrêmement affaiblis et ralentis, mais persistent encore; par suite la *lipothymie* ou *défaillance* ne serait qu'une *syncope atténuée*.

Historique. — La physiologie pathologique de la syncope, à peine entrevue par Winter¹, est surtout redevable aux travaux de Bichat², de Piorry³, de Cl. Bernard⁴, de Bouchut et de Parrot⁶; son histoire clinique a été exposée très complètement dans la description de Grisolle, restée classique, et plus tard dans l'article de Straus (1883). La thérapeutique de ce redoutable accident s'est enrichie récemment d'un procédé nouveau proposé et bien décrit par Laborde (*Acad. de Méd.*, 1893).

La *syncope chloroformique*, souvent étudiée par les chirurgiens, a été l'objet de travaux nombreux dus principalement à L. Le Fort, Alph. Guérin, Laborde, etc.

Symptômes. — La syncope peut survenir *brusquement*, sans aucun phénomène précurseur : le malade s'affaisse alors d'un seul coup avec perte complète de connaissance.

1. Winter. *De syncope ejusq. origine etc.* 1716.

2. Bichat. *Rech. sur la vie et la mort.* 1801.

3. Piorry. *Collect. de mém. sur la physiol., la patholog.* 1831.

4. Cl. Bernard. *Leçons sur les propriétés des tissus vivants*, 1866, et *Confér. Sorbonne*, mars 1865.

5. Bouchut. *Trait. des signes de la mort.* 1849 et 2^e édition 1874.

6. Parrot. *De la mort apparente.* Th. Agrégat. 1860.

Le plus habituellement elle est précédée de troubles variables : sensation de vide cérébral, vertige, bourdonnement d'oreilles, troubles de la vue suivis rapidement de pâleur extrême de la face, de sueur froide, de nausées suivies ou non de vomissements, puis le malade s'évanouit, reste étendu insensible, inerte comme un cadavre, la face décomposée, les yeux éteints, en un mot dans un état de mort apparente.

Dans quelques cas exceptionnels, on a noté des convulsions, et l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales. Cette mort apparente ne diffère en somme de la mort réelle que par la persistance, avec activité moindre il est vrai, de certaines fonctions intérieures, comme l'absorption, les sécrétions et la nutrition (Grisolle).

Chez le malade ainsi en état de syncope, on observe encore la suspension complète des mouvements respiratoires. Quant à l'état des battements du cœur et du pouls radial, la question n'est point jugée définitivement ; cependant malgré les faits intéressants rapportés par Parrot, dans lesquels la vie fut compatible avec une absence complète des bruits du cœur pendant un temps même assez long, la majorité des auteurs admet avec Bouchut et Copland, que les battements cardiaques sont extraordinairement affaiblis et ralentis, mais non entièrement supprimés.

Au bout de quelques secondes, ou à peine de peu de minutes, les battements du cœur se réveillent et reprennent progressivement leur énergie première, la respiration se rétablit, l'activité cérébrale reparait ainsi que les mouvements volontaires et le malade renait à la vie, conservant une sensation de courbature, de fatigue, ou quelquefois de poids sur la poitrine, chez d'autres on note un certain degré de stupeur.

Dans un très petit nombre de cas, les malades accusent un « bien-être inexprimable » tel fut Montaigne après une syncope qui suivit une chute de cheval, après laquelle il éprouva une « infinie douceur » (*Essais*, 1588), tel fut encore le cas de J.-J. Rousseau. Ces faits sont cités dans tous les traités classiques.

La durée de la syncope véritable est fort courte, au contraire l'état de lipothymie peut persister durant une ou plusieurs heures.

La terminaison de la syncope est loin de se manifester toujours par le retour à la santé ; quelquefois, dès le premier accès ou par la répétition des attaques syncopales, la mort peut survenir, soit par épuisement du cœur si le myocarde est profondément altéré, soit par embolie consécutive à la formation de coagulations intra-cardiaques durant la stase sanguine de l'état syncopal.

Etiologie. — Les causes de la syncope sont extrêmement nombreuses et peuvent être réunies en plusieurs groupes.

1° *Cardiopathies et maladies de l'aorte.*

Les plaies, les ruptures du cœur, spontanées ou d'origine traumatique, peuvent être suivies de syncope, résultant surtout de la compression du myocarde par l'épanchement sanguin intra-péricardique qui suit la rupture.

La péricardite à grand épanchement occasionne la syncope par le même mécanisme ; cependant pareil accident peut se rencontrer encore même avec un épanchement modéré dans la forme clinique de la maladie dite *syncopale*, sans doute alors par le fait de la myocardite aiguë sous-jacente ; on l'a notée assez souvent dans la péricardite hémorragique, dans la *symphyse cardiaque*, cause assez fréquente de mort subite sur la voie publique.

Les myocardites aiguës des maladies infectieuses, telle que la fièvre typhoïde, par exemple, sont une cause de syncope suivie de mort subite, pendant la période d'état de la maladie ou durant la convalescence.

La sclérose du cœur et surtout la dégénérescence graisseuse du myocarde et la polysarcie du cœur prédisposent à la syncope : ainsi s'explique la mort subite ou rapide de certains obèses, polysarciques ou goutteux.

La syncope, rare dans les affections valvulaires mitrales ou tricuspidiennes est, au contraire une des complications les plus redoutables de l'insuffisance aortique d'origine artérielle de préférence, surtout si elle est compliquée de coronarite, soit à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un effort du malade, par exemple pour se redresser et s'asseoir sur son lit, soit à la suite d'une vive émotion.

La syncope peut également succéder à une insuffisance aortique aiguë, par suite d'une rupture des valvules sigmoïdes, spontanée ou d'origine traumatique.

Parmi les affections cardiaques susceptibles de causer une syncope, il faut citer encore la thrombose cardiaque et dans un autre groupe la tachycardie essentielle paroxystique et la bradycardie essentielle ou maladie de Stokes-Adams ; enfin il faut signaler encore l'angine de poitrine cause si fréquente de syncope de la plus haute gravité.

2° *Les anémies.*

La syncope par anémie reconnaît des causes nombreuses parmi lesquelles il faut citer d'abord les hémorragies abondantes : blessures de guerre, métrorrhagies de l'accouchement et des affections utérines (cancer, fibro-myômes, etc.), hémoptysies, hématuries, hémorrhoides, hémorragies intestinales, épistaxis, etc.

La saignée, lorsqu'elle est pratiquée le malade étant debout ou même assis, est quelquefois suivie de syncope, moins peut-être par l'abondance du sang soustrait et l'anémie consécutive que par l'état d'impressionnabilité du sujet.

Certaines *chlorotiques* sont sujettes aux syncopes ; on les rencontre également chez les sujets anémiés par l'inanition, lorsque épuisés par une maladie de longue durée, ils se lèvent pour la première fois.

La syncope se produit encore lorsqu'une cause quelconque produit un *déplacement rapide de la masse du sang vers les régions éloignées de l'encéphale* dont il produit ainsi l'anémie. C'est ce qu'on observe notamment chez les *convalescents de maladie longue*, quand ils quittent le décubitus dorsal pour la position assise ou pour se mettre debout : dans ce cas il se produit un afflux soudain du sang vers les extrémités, suivi de vacuité non moins rapide des vaisseaux de l'encéphale amenant la syncope dans l'évacuation trop rapide d'un épanchement pleural, d'une ascite, d'un kyste de l'ovaire ; dans le premier cas la mort est précédée d'*œdème aigu du poumon avec ou sans expectoration albumineuse* après la thoracentèse. La mort par syncope viendra d'autant mieux que la ponction aura été trop rapidement faite. La syncope à la suite de la thoracentèse peut encore reconnaître pour cause la formation de *coagulations intra-cardiaques* suivie d'embolie, et également dans d'autres circonstances une simple *action réflexe*, née sous l'influence de la douleur même légère, au moment de l'introduction du trocart, chez des malades très impressionnables.

La *pleurésie avec épanchement*, principalement celle du *côté gauche*, est assez fréquemment la cause de mort subite par syncope ; la pathogénie en est complexe. Brouardel qui a pu en rencontrer une trentaine de cas dans les autopsies médico-légales de la Morgue, les attribue pour certains cas, à la congestion pulmonaire avec infarctus du côté opposé à la pleurésie. Blachez a signalé la fréquence relative d'une thrombose de l'artère pulmonaire.

On a invoqué encore avec moins de raison, la compression de l'oreille droite par un épanchement, l'expulsion trop rapide du fœtus ; il en serait même à la suite de l'application de la ventouse Junod qui attire le sang vers les membres inférieurs au détriment des régions supérieures du corps et de l'encéphale ; de même encore après un bain trop chaud qui produit une congestion cutanée extrême.

3° *Les troubles nerveux* sont une cause très fréquente de syncope.

Les *lésions des centres* : les *traumatismes*, les *fractures du crâne*, les *tumeurs* et surtout les *altérations du bulbe* : hémorragies, tumeurs, etc., peuvent être suivies de syncope. Nous avons dit déjà que dans la *maladie de Stokes-Adams* dont l'origine bulbaire est démontrée, les attaques syncopales rentrent dans la symptomatologie habituelle de l'affection et en constituent en même temps un des dangers. Enfin, lorsque les lésions de la paralysie glosso-labio-laryngée gagnent les noyaux bulbaires du nerf pneumogastrique, la syncope

peut survenir et entraîner la mort. Ces faits trouvent leur explication, si l'on se rappelle l'arrêt du cœur que Brown-Séquad, Flourens, Cl. Bernard produisaient en écrasant le ganglion semi-lunaire droit, de même que celui déterminé par une série de chocs faits sur l'abdomen de la grenouille par Goltz. Dans ces cas, l'irritation ainsi produite sur le sympathique abdominal est transmise au *bulbe* et de là réfléchie par les nerfs vagues sur le cœur dont ils produisent l'arrêt.

« Toutes les impressions sensibles énergiques et subites, quelle qu'en soit la nature, peuvent amener la syncope » (Cl. Bernard), c'est ainsi qu'on verra la syncope dans certaines impressions sensorielles vives : la *vue* du sang, d'objets, d'animaux produisant une impression d'horreur soudaine, tels que les reptiles par exemple, le *toucher* de certains objets répulsifs (peau froide des cadavres), ou encore certaines *odeurs*.

Il faut signaler ensuite surtout chez les individus nerveux, certaines *syncopes émotives* : le coït, la peur, la colère, la joie excessive, etc.

4° Les *vives douleurs* périphériques : brûlures, traumatisme des testicules, contusion violente de la région épigastrique (coup de poing, chocs, etc.), les muscles abdominaux étant dans le relâchement ; certaines *viscéralgies* sont suivies également de syncope : coliques hépatique, néphrétique, et même intestinale, certaines gastralgies, et quelques cas de péritonite suraiguë par perforation. Ces syncopes sont dues certainement à un réflexe dont le point de départ est le sympathique abdominal.

Certaines *opérations pratiquées sur l'anus*, telles que l'opération de la fissure, ou le traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée, sans anesthésie chloroformique ; le simple toucher vaginal (Brouardel), les contusions même légères, ou les simples irritations (cautérisations) du larynx ont pu être suivies de syncope par le mécanisme de l'*inhibition* (Brown-Séquad).

Telle est encore sans doute, la cause de la mort par syncope au début même de la *chloroformisation*, par action directe excitante sur la muqueuse nasale (Alph. Guérin, Laborde). A la période d'anesthésie, la syncope chloroformique est d'origine toxique. La personne chargée de donner le chloroforme ne doit jamais perdre de vue l'état du pouls et des mouvements respiratoires du malade. Dans les cas de syncope chloroformique, l'excitation nerveuse, partie de la région irritée, se répercute sur le bulbe, lequel à son tour, par l'intermédiaire des pneumogastriques, exerce sur le cœur une action d'arrêt ou d'inhibition. Cette action n'est d'ailleurs pas toujours suivie de mort. Lorsqu'elle survient, c'est sans agonie, sans convulsions, le sang veineux reste rouge pendant fort longtemps au lieu de devenir noir, enfin la température baisse rapidement,

C'est à ce mécanisme qu'il faut rattacher la mort subite à la suite d'une simple incision, de piqûre du trocart dans l'opération de la thoracentèse, etc. Dans la plupart de ces cas, outre la prédisposition individuelle, il y a lieu de faire intervenir comme cause prédisposante à la syncope, l'hérédité névropathique qu'on a trouvée dans près de la moitié des cas (Cullerre).

5° Enfin la syncope peut survenir encore dans les *maladies infectieuses* et à la suite de certaines *intoxications*.

a. Parmi les premières, nous avons signalé déjà la *fièvre typhoïde*, dans laquelle la mort subite par syncope peut survenir pendant le décours ou plus souvent encore durant la convalescence de l'affection; à un degré moindre, la *scarlatine*, la *diphthérie*, la *grippe*, etc. peuvent se compliquer de syncope. Enfin, on sait que parmi les manifestations les plus redoutables du *paludisme*, il faut citer en première ligne la *fièvre pernicieuse à forme syncopale* (Torti; Trousseau).

b. Certaines *intoxications* peuvent donner lieu à la syncope.

En premier lieu on doit relever celle qui survient, dès le début même de l'anesthésie par le *chloroforme*, celle que produisent certaines substances vénéneuses: telles que le *sulfo-cyanure de potassium*, la *muscarine* (empoisonnement par les champignons), la *véatrine*, l'*aconit* la *nicotine*, la *digitale*, et celles qu'engendrent les morsures de certains animaux venimeux, etc.

Pathogénie. — Cette question a pendant de longues années, divisé les cliniciens en deux groupes. Les uns, acceptaient l'opinion de Bichat disant que « le siège primitif du mal, dans la syncope est toujours au cœur », les autres se rattachant à celle de Piorry qui avait déclaré que « la syncope, qu'elle qu'en soit la cause, consiste dans une diminution ou une suspension de l'action cérébrale. » Il a montré en effet que chez un chien qui a perdu une grande quantité de sang, la syncope se produit si on tient sa tête relevée, et qu'elle cesse ou fait défaut, si on élève le train postérieur et si on met la tête en bas.

En somme, la pathogénie de la syncope semble pouvoir se résumer dans cette phrase si explicite de Claude Bernard: « La syncope est due à la cessation momentanée des fonctions cérébrales, par suite de l'interruption de l'arrivée du sang artériel dans le cerveau. »

Mais ces troubles subits d'irrigation des centres nerveux, nécessaires à la production de la syncope, relèvent suivant les cas, tantôt d'une action cardio-vasculaire initiale, tantôt d'une perturbation directe des centres nerveux.

Au premier groupe se rattache la syncope consécutive aux diverses cardiopathies: dans les ruptures et les plaies du cœur, dans les péri-cardites, l'épanchement auquel elles donnent lieu, comprime le cœur

et en diminue le débit d'où ischémie du centre bulbaire. Les myocardites, en affaiblissant la contraction cardiaque produisent le même résultat fâcheux.

D'un autre côté, les obstacles qui s'opposent au bon fonctionnement de la circulation, peuvent siéger dans l'appareil circulatoire lui-même: affections valvulaires, thromboses intra-cavitaires.

A ce groupe se relie encore l'anémie bulbaire brusque consécutive à l'issue hors des vaisseaux d'une grande quantité de sang: saignée, hémorrhagies traumatiques, puerpérales, etc.

Dans les causes du deuxième groupe, l'anémie bulbaire se produit à la suite de lésions organiques ou de troubles fonctionnels portant d'emblée sur le système nerveux central: altérations anatomiques et tumeurs du bulbe, névroses bulbaires, action réflexe vaso-motrice engendrée par une vive excitation des nerfs périphériques: névralgies, viscéralgies, coliques intenses: hépatique, néphrétique, intestinale, traumatismes abdominaux, etc., et dans un autre ordre d'idées mais par un mécanisme identique, toutes les impressions morales vives, etc. Enfin dans d'autres circonstances, c'est moins à l'anémie qu'à des infections microbiennes (*grippe*, *diphthérie*, *paludisme*), à des intoxications directes (*chloroforme*, *muscarine*, etc.) des centres nerveux qu'on devra faire remonter l'origine de la syncope.

Le mécanisme de la *syncope chloroformique* n'est point élucidé encore; on l'a attribué tantôt à la qualité impure du produit, tantôt à l'action des vapeurs chloroformiques produisant un réflexe sur les nerfs nasaux (Alph. Guérin), sur les cordes vocales (syncope laryngo-réflexe) et pourrait être évitée en respirant par la bouche; on a encore rattaché la syncope à l'action du poison sur le bulbe par excitation des nerfs d'arrêt du cœur (Fr. Franck), à son influence sur les ganglions propres du cœur et sur le myocarde lui-même (Straus).

Diagnostic. — La syncope, caractérisée par la perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité, avec arrêt plus ou moins complet de la respiration et des battements du cœur, ne saurait être confondue avec les états *comateux* des *maladies infectieuses*, de l'*épilepsie*, de l'*urémie*, des *empoisonnements*, dans lesquels la respiration et la circulation sont conservées à l'état normal.

Elle se distinguerait plus difficilement de certains cas d'*asphyxie*, si généralement dans celle-ci la peau ne prenait une teinte bleuâtre, toute différente de l'aspect blafard des malades morts de syncope.

Le *diagnostic avec la mort réelle* est parfois très délicat; on se rappellera cependant que les signes les plus caractérisés de la mort, en plus de l'absence totale des battements du cœur, sont: la rigidité cada-

vérique, l'absence de contractilité musculaire sous l'influence de l'électrisation, la flaccidité du globe oculaire, l'aspect opaque, dépoli de la cornée, la déformation des pupilles, l'immobilité de l'iris, etc., phénomènes que l'on ne rencontrera jamais dans l'état de syncope.

Cependant, et surtout lorsqu'il s'agira de nouveau-nés ou d'asphyxiés, on devra, même avec les signes de mort apparente, ne conclure à la mort réelle que si tous les soins propres au rappel à la vie sont restés infructueux, et cela seulement après plusieurs heures de persévérance.

Pronostic. — Lorsqu'elle survient chez un *enfant malade* et de préférence chez un *nerveux* à la suite d'une *vive émotion* ou quelquefois encore d'une *douleur violente*, la *syncope* n'est pas grave, et souvent même avant aucune médication, la personne atteinte reprend sentiment et motilité en même temps que le cœur et la respiration reviennent à leur fonction normale.

Quelquefois même la *syncope* peut être considérée comme favorable, par exemple dans les *hémorrhagies abondantes* (puerpérisme, affections utérines, plaies de guerre) où elle favorise la formation de caillots obturateurs des vaisseaux béants, par la suspension des battements du cœur. De même chez les *noyés*, la *syncope* est plutôt une circonstance heureuse, et s'oppose entre autres, à la pénétration de l'eau dans les voies bronchiques : elle retarde l'asphyxie et permet ainsi le rappel à la vie.

Au contraire, la *syncope* prend un caractère de *gravité extrême*, lorsqu'elle survient dans le cours de *cardiopathies organiques* (myocardites aiguës, insuffisance aortique, etc), pendant le cours ou pendant la convalescence des *maladies à caractère infectieux* (fièvre typhoïde), et dans le cours des *affections bulbo-spinales*. La *syncope* qui survient au début même de l'anesthésie par le *chloroforme* rentre dans ce groupe des syncopes graves.

Traitement. 1° Le *traitement prophylactique* consistera à éviter toute douleur pour les opérations, chez les malades pusillanimes : on pourra anesthésier la peau avec des pulvérisations d'éther, de chlorure d'éthyle, etc. On pourra faire de même avant de pratiquer la thoracotomie chez les cardiaques, qu'on laissera couchés sur le côté, de préférence à la station assise. On veillera avec grand soin à ce que les convalescents ne quittent leur lit que progressivement et fassent leurs premiers pas avec le soutien d'un aide.

2° *Lorsque la syncope s'est produite*, il importe avant tout de favoriser l'afflux du liquide sanguin vers l'encéphale, puisque nous savons qu'elle est due à l'interruption de l'arrivée du sang dans le cerveau. Pour cela,

suivant le précepte formulé par Piorry, *on placera rapidement le malade dans le décubitus dorsal, la tête plus basse que le corps, et les membres inférieurs un peu relevés*. Dans les cas graves, on pourrait même placer le malade, verticalement, la tête en bas. La poitrine et le cou seront débarrassés de toutes les entraves : corsets, ceintures, cols, cravates, et le patient sera soumis aux *frictions excitantes*, irritantes même : vinaigre, eau de Cologne, alcool camphré, ammoniac, ou encore aux lavements salés ou vinaigrés. On y joindra la flagellation et des *aspersions d'eau froide* sur la face, les tempes, la région épigastrique. On pourra encore frotter vigoureusement la paume des mains, la plante des pieds, et *on excitera la muqueuse nasale* et le fond de la gorge avec une barbe de plume. Enfin, on pourrait recourir encore à la *faradisation du diaphragme* et à celle de la région cardiaque.

Si la *syncope* résulte d'une hémorrhagie abondante, la compression de l'aorte, la ligature des membres, la bande d'Esmarch, les injections sous-cutanées d'ergotine et même la *transfusion du sang* seront employées avec succès. Le traitement se complétera par la *respiration artificielle*, l'insufflation de bouche à bouche, et aussi par les *tractions rythmées de la langue* suivant la technique de Laborde. Elle consiste à saisir la langue avec une pince ou avec les doigts recouverts d'un linge et à exercer sur elle des tractions rythmées quinze à vingt fois par minute environ. Cette pratique a donné de bons résultats dans la *syncope chloroformique*. Plus récemment, on a proposé dans les cas désespérés d'appliquer à l'homme le *massage du cœur* qui ramène à la vie un animal en état de *syncope chloroformique*. Pour cela, on ouvre le thorax à la région précordiale, puis après avoir fait une petite ouverture au péricarde, on exerce des compressions lentes et cadencées sur les ventricules, et au bout d'une minute environ les mouvements du cœur se rétablissent. On suture alors la paroi, on fixe les côtes sectionnées et l'animal survit. (Hallion. *Soc. Biolog.* 1898).

Il faut signaler comme moyens adjuvants du traitement de la *syncope*, les *injections sous-cutanées d'éther*, de *cafféine*, de *spartéine*, et de *sérum artificiel*. A l'intérieur, on donnera le cognac, le vin de champagne, le café, l'acétate d'ammoniac et la liqueur d'Hoffmann.

Dès que le malade est revenu à lui, ce n'est que progressivement qu'on lui permettra de prendre la position assise et de faire quelques mouvements (Grisolle); si on ne prenait cette précaution, le malade pourrait être exposé à une nouvelle *syncope* peut-être mortelle.