

faire prévoir la mort à brève échéance; la guérison est rare, si elle est possible. A supposer que le malade survive à de pareils accidents, on ne pourra affirmer absolument le diagnostic de thrombose cardiaque dont le diagnostic repose sur des signes de probabilité et non de certitude. La mort par thrombose cardiaque est subite, rapide ou lente. Le malade succombe au bout de quelques heures, ou seulement après une lutte de plusieurs jours, et même de deux ou trois semaines, à la suite d'une série de crises de suffocation qui viennent rendre plus angoissante la dyspnée et l'orthopnée continue. Il peut mourir subitement dans une de ces crises, ou lentement par asphyxie.

DIAGNOSTIC. — Malgré l'importance des crises dyspnéiques associées au désordre du cœur, à l'affaiblissement du pouls, au refroidissement des extrémités, le diagnostic ne peut être affirmé avec certitude que si des embolies artérielles confirment l'existence de la thrombose cardiaque. Il n'est cependant pas impossible puisque Bouillaud (1) a pu le faire 12 fois sur 14 cas, l'affirmant positivement, ou simplement l'annonçant comme probable. Le collapsus cardiaque des maladies infectieuses diffère des accidents de la thrombose cardiaque par la prédominance des troubles circulatoires et l'absence d'accès de suffocation. Celles-ci font également défaut et la dyspnée même est à peine marquée dans la tachycardie paroxystique ou les crises de tachycardie postpneumoniques et postgrippales relativement communes chez les cardiopathes (2); Grisolle (3), qui les avait bien observées, les attribuait à des caillots du cœur, tout en insistant sur leur guérison constante, terminaison incompatible avec son hypothèse. L'asystolie aiguë, qui se manifeste par des troubles fonctionnels très analogues à ceux de la thrombose cardiaque, s'en distingue par la coexistence des congestions viscérales et de l'œdème. Enfin, l'œdème pulmonaire suraigu, qui se caractérise également par une dyspnée formidable avec petitesse, fréquence et irrégularité du pouls, a une durée courte, se termine rapidement par la guérison, la mort ou l'asystolie : les râles sous-crépitaux qui remplissent la poitrine, les signes d'emphysème aigu, la toux avec expectoration albumineuse ou sanguinolente n'ont rien à voir avec la thrombose cardiaque.

TRAITEMENT. — La thérapeutique est le plus souvent impuissante à conjurer les accidents de la thrombose cardiaque. C'est à peine si une saignée générale peut en diminuer l'intensité, en empê-

(1) BOULLAUD, Traité clinique des maladies du cœur, 2^e édit., 1841, p. 723.

(2) P. MERKLEN, Tachycardie d'origine pneumonique ou grippale dans les affections cardio-artérielles (*Soc. méd. des hôp.*, 13 mai 1892, p. 333).

(3) GRISOLLE, Traité de la pneumonie, 2^e édit., 1864, p. 366.

chant la continuation du travail de coagulation et en diminuant la stase et la dilatation cardiaques. Encore cette espérance ne s'applique-t-elle qu'aux thromboses mécaniques et non aux thromboses infectieuses. Les injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée et de caféine relèvent la tonicité du cœur et donnent au malade quelque soulagement. Enfin l'immobilisation est l'indication première, les mouvements pouvant favoriser le déplacement du caillot et déterminer la mort subite. Cette indication est remplie par des injections sous-cutanées de morphine faites à très faibles doses (un quart de centigramme), si surtout les crises de suffocation qui constituent pour les malades un véritable supplice, résistent aux autres moyens.

Les thromboses se produisant chez les cardiaques sous l'influence occasionnelle de la stase et de la dilatation, il faudra tout mettre en œuvre pour les prévenir, et, pour cela, combattre l'asystolie dès ses premières manifestations, par les moyens habituels, c'est-à-dire le repos, la digitale et le régime. La thérapeutique préventive des thromboses infectieuses est celle de l'infection en général.

SYNCOPE

La syncope est un accident parfois observé dans le cours des maladies du cœur; elle peut y être étrangère; elle en est souvent la terminaison. Le mot *syncope* (de σύν, avec, et κωπρω, tomber) veut dire chute ou évanouissement. Il s'applique à un syndrome caractérisé par une suspension ou un affaiblissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires avec perte plus ou moins complète et plus ou moins subite de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement volontaire. La *lipothymie* ou *défaillance* en est le premier degré : c'est une menace ou une ébauche de syncope, sans perte de connaissance complète. Les deux termes doivent être conservés et répondent à deux états différents, comme manifestations, comme durée, comme gravité.

Le malade pris de LIPOTHYME éprouve un malaise, une anxiété particulière, avec vertiges, sensation de vide, troubles de la vue ou bourdonnements d'oreille, souvent aussi nausées et vomissements; sa face pâlit, ses traits se tirent, ses yeux deviennent vagues et s'excellent, les extrémités se refroidissent et la peau se couvre de sueur froide; le pouls est petit, souvent ralenti, mais encore perceptible à la radiale. La perte de connaissance n'est pas complète et le malade, quoique ses idées s'obscurcissent, a le temps de s'asseoir ou de se coucher pour se remettre; quelquefois même, et cela s'observe surtout pendant les lipothymies prolongées désignées sous le nom d'*état syncopal*, l'idéation est singulièrement active, et les sensations éprouvées sont plutôt douces que pénibles. Montaigne, pris de

syncope à la suite d'une chute de cheval, eut ces impressions d'« une infinie douceur », et J.-J.-Rousseau les ressentit de la même manière. Ces phénomènes sont encore plus marqués dans la syncope salutaire qui empêche l'asphyxie par submersion, et les noyés, revenus à eux, se rappellent des souvenirs et des rêves d'une extraordinaire intensité (1). La lipothymie simple dure quelques instants, quelquefois une heure et plus; le pouls se relève, la face se colore, la respiration devient plus active, et le malade se remet, ne restant que brisé et courbaturé.

La SYNCOPE VRAIE peut être subite, et le malade tombe tout à coup, privé de mouvement et de sentiment. D'autres fois elle est annoncée par les phénomènes qui caractérisent la lipothymie : la perte de connaissance complète succède à l'obnubilation, la sensibilité s'éteint et le malade tombe inerte, l'œil éteint, avec la pâleur de la mort, le corps parfois agité de tremblement ou de quelques convulsions. La respiration et la circulation paraissent alors également arrêtées : les mouvements respiratoires sont entièrement suspendus, le pouls radial et le choc précordial font défaut. Quand elle n'est pas mortelle, la syncope ne dure que peu d'instants : au bout de quelques secondes, quelques minutes au plus, les battements du cœur reparissent ou deviennent plus forts, le pouls redevient perceptible à la radiale, la respiration se rétablit, les yeux se rouvrent, le malade revient progressivement à lui et semble sortir d'un profond sommeil. La syncope peut être immédiatement mortelle : ainsi en est-il dans certaines affections cardiaques et dans quelques maladies infectieuses. D'autres fois, la mort ne se produit que par la répétition des syncopes qui favorisent la formation des thromboses cardiaques; alors le cœur est rempli de caillots fibrineux, tandis qu'il est vide quand la mort est immédiate, comme dans l'angine de poitrine autrefois attribuée pour cette raison à un spasme du cœur.

L'affaiblissement ou l'arrêt du cœur est, en somme, le fait capital, sinon toujours primordial, de la syncope. Il y a simplement affaiblissement dans la lipothymie, peut-être aussi dans la syncope non mortelle. Ce dernier point est difficile à résoudre : parfois les bruits cardiaques sont encore perceptibles, quoique sourds et rares; d'autres fois ils ne sont plus entendus, ce qui ne veut pas dire que le cœur ait cessé de battre, ses contractions pouvant être tellement affaiblies qu'elles ne se révèlent plus à l'auscultation. En tout cas on a pu ramener à la vie des malades chez lesquels les bruits du cœur manquaient absolument.

ÉTIOLOGIE. — SÉMIOLOGIE. — La syncope peut être directe, due à une lésion du cœur ou des organes voisins qui met obstacle à son

(1) STRAUSS, art. SYNCOPE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*

fonctionnement : elle est le plus souvent indirecte, résultant d'une insuffisance d'action ou d'une inhibition des centres nerveux cardiaques.

La **syncope directe par lésion cardiaque** relève plus particulièrement de la pathologie cardiaque : il s'agit souvent de syncope soudaine, complète et mortelle. La mort subite dans l'*angine de poitrine* est due à une syncope par ischémie du myocarde, le rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires empêchant l'irrigation suffisante du muscle cardiaque; c'est à peine si l'on peut considérer la douleur comme une circonstance occasionnelle, car dans bien des cas la mort se produit sans crise douloureuse, et parfois après une interruption prolongée des accès d'angor.

La *rupture du cœur* comme celle de l'*aorte* est une autre cause de mort subite, quelquefois précédée de phénomènes prémonitoires consistant en une douleur vive et angoissante durant plusieurs heures, en nausées, vomissements, refroidissement des extrémités et dyspnée: l'arrêt du cœur, attribué par Cruveilhier à sa compression par l'épanchement de sang dans le péricarde, est dû plus rarement à la déchirure et même au simple infarctus du myocarde qui prépare la rupture. Il ne faut pas oublier que ces lésions se produisent sur des cœurs déjà faibles, prêts à s'arrêter sous l'influence du moindre choc, de toute altération surajoutée. Ces considérations s'appliquent également au *cœur gras* ou *surcharge graisseuse du cœur*, souvent relevée dans les autopsies comme unique cause de mort subite : l'adipose cardiaque peut être associée à l'athérome des coronaires et, dans ce cas, la mort ne lui est pas directement attribuable; d'autres fois elle existe isolément chez des adultes et même des enfants, à myocarde simplement étouffé par le développement exagéré de la graisse sous-péricardique et intra-fasciculaire qui diminue la résistance du cœur devant les causes multiples qui déterminent la syncope. Les obèses à cœur gras rentrent dans la catégorie des individus faibles dont parle Cl. Bernard : « Quelquefois l'arrêt du cœur est définitif et la syncope mortelle; cela peut arriver chez des individus faibles et en même temps très sensibles. »

Les altérations inflammatoires et dégénératives de la fibre cardiaque sont considérées comme causes de la mort subite par syncope dans les *fièvres* et la *convalescence des maladies infectieuses*. C'est à la *myocardite aiguë* que l'on peut attribuer la syncope mortelle de la fièvre typhoïde, de la diphtérie; il faut tenir compte aussi de l'action des toxines microbiennes sur les centres nerveux cardiaques, surtout évidente dans l'influenza et la fièvre palustre à forme syncopale. La myocardite aiguë peut se révéler par des crises de collapsus ou des lipothymies, celles-ci se répétant plusieurs fois avant la syncope définitive qui n'est pas d'ailleurs fatale; ou bien la mort subite se produit sans phénomènes prémonitoires, à l'occasion d'un simple mouvement ou d'un léger effort.

La *péricardite aiguë* ne détermine la syncope que dans les grands épanchements qui compriment le cœur, ou dans cette forme grave de l'affection qui, se compliquant de parésie ou de dégénérescence aiguë du myocarde, a été décrite par Jaccoud sous le nom de forme syncopale.

La syncope est rare dans l'*endocardite aiguë*; elle ne s'observe que dans certaines endocardites malignes subaiguës, ou encore dans l'*aortite aiguë*: il s'agit parfois de syncope véritable, d'autres fois de lipothymies qui coïncident avec des paroxysmes fébriles.

Parmi les affections chroniques du cœur, il en est deux surtout qui peuvent tuer par syncope: l'insuffisance aortique et la symphyse cardiaque. La mort subite est surtout à redouter dans l'*insuffisance aortique* par athérome quand elle est compliquée de coronarite sténosante ou oblitérante; l'anémie bulbaire, autrefois incriminée, n'a qu'un rôle accessoire. La *symphyse cardiaque*, quelquefois compatible avec une longue survie et le plus souvent associée à des phénomènes asystoliques, peut être latente et déterminer une syncope mortelle que rien n'avait fait prévoir: c'est une cause assez commune de mort subite sur la voie publique (P. Brouardel). Enfin la mort peut survenir par syncope dans la *thrombose cardiaque*: ainsi en est-il quand un caillot silencieusement développé atteint un volume incompatible avec la libre circulation à travers les orifices cardiaques, ou bien se mobilise et vient obstruer brusquement l'orifice mitral, accident tout à fait comparable aux *grosses embolies pulmonaires*.

Reste une cause particulièrement intéressante de syncope transitoire ou mortelle, c'est le *pouls lent permanent* ou maladie de Stokes Adams, autrefois attribué à la dégénérescence graisseuse du cœur, maintenant à l'ischémie bulbaire par athérome, plus rarement à des maladies infectieuses ou au traumatisme. Ralenti d'une manière permanente, à 30, 24, 18, le pouls tombe jusqu'à 8 pulsations par minute à certains moments, en même temps que se produisent des crises épileptiformes ou apoplectiformes, et même il s'arrête tout à fait; il y a syncope complète avec chute, quelquefois syncope mortelle.

Parmi les affections des organes voisins du cœur, susceptibles de troubler son fonctionnement et de déterminer une syncope, la plus importante est la *pleurésie avec épanchement*, surtout la pleurésie gauche. La mort subite est relativement commune dans la pleurésie, même dans la pleurésie latente, puisque, en vingt ans, P. Brouardel en a vu une trentaine de cas à la Morgue: l'épanchement pleurétique peut être seul en cause, ou bien il y a simultanément une cardiopathie chronique, cœur gras, symphyse cardiaque, myocardite chronique, et l'on sait le danger que l'hydrothorax fait courir aux cardiaques. La mort subite a été successivement attribuée au déplacement du cœur avec torsion des gros vaisseaux de la base, explication insuffisante puisqu'elle peut être déterminée par des épan-

chements moyens, à la compression de l'oreillette droite, à la congestion avec apoplexie pulmonaire du poumon opposé (P. Brouardel). A vrai dire, la syncope n'est pas immédiate: le malade est pris de dyspnée et de lipothymie accompagnées d'une extrême anxiété et tombe mort au bout de quelques minutes; à l'autopsie on trouve une *thrombose de l'artère pulmonaire* (Blachez). Une syncope mortelle peut être la conséquence de la *thoracentèse*, soit dès l'introduction de l'aiguille, alors attribuable à l'extrême sensibilité du sujet et probablement à un cœur faible, soit après évacuation d'une trop grande quantité de liquide; la mort, dans ce cas, est précédée d'œdème pulmonaire suraigu et d'expectoration albumineuse.

La **syncope indirecte ou d'origine extra-cardiaque** est un accident des plus communs. On peut l'attribuer d'une manière générale à une insuffisance par anémie ou toxémie, et plus souvent à une inhibition des centres nerveux cardiaques provoquée par une impression sensitive, sensorielle ou psychique, ou une irritation viscérale. Au point de vue de la tendance syncopale et de ses conséquences, il importe de ne pas perdre de vue la *susceptibilité individuelle et l'état du cœur*. Quelques personnes ont des lipothymies et des syncopes sous l'influence de la moindre cause, émotion, odeur, vue du sang, douleur légère, dérangement intestinal, etc. Cette sensibilité toute spéciale est innée, souvent héréditaire et se manifeste dès l'enfance. Il y a plus, l'*hérédité névropathique*, qui paraît en être la cause, pourrait à elle seule expliquer certaines morts subites, ainsi qu'il résulte des observations de A. Cullerre (1). Sur vingt cas de mort subite relevés par cet auteur, la moitié environ concerne des sujets très jeunes chez lesquels l'origine nerveuse ou cérébrale de l'accident était seule en cause; et l'on trouvait dans leurs antécédents héréditaires la véspanie, la paralysie générale, les convulsions épileptiformes. L'état du cœur est à considérer au point de vue des suites, c'est-à-dire du pronostic de la syncope: qu'elle survienne accidentellement chez un malade atteint de cœur gras, de symphyse cardiaque ou de myocardite chronique, les risques de mort seront naturellement plus grands que chez un sujet à cœur normal.

La **SYNCOPE PAR ANÉMIE** s'observe dans les *hémorragies* et les *convalescences*. Inévitable dans les grandes hémorragies viscérales, gastrorragies et entérorragies, dont elle est souvent le premier signe, elle se produit sous l'influence des métrorragies abondantes, d'une saignée trop copieuse, de l'ouverture d'une artère, d'autant plus prompte que le sujet est assis ou debout. Piorry a démontré expérimentalement l'influence de la pesanteur sur la production de la syncope: celle-ci survient si l'on tient élevée la tête d'un chien qui a perdu beaucoup de sang, elle cesse ou manque si l'on élève le train

(1) A. CULLERRE, De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique (*Ann. méd. psychol.*, janv. et fév. 1892).