sang; et la dilatation atonique des réservoirs sanguins entraîne avec elle la surabondance générale de toute la masse sanguine. C'est par cette polyémie séreuse que l'on doit expliquer la céphalalgie pulsative, la somnolence, les vertiges, les éblouissements, les bourdonnements et le souffle dans les oreilles. la dyspnée, la respiration suspirieuse, l'anxiété, la constriction du thorax, les palpitations, le sentiment de poids au cœur, le cauchemar, les bruits normaux du cœur intenses, le bruit de souffle au premier temps, les bruits artériels anormaux, les battements artériels intenses visibles de loin, la plénitude du pouls. C'est encore à cette polyémie séreuse combinée avec le relâchement de la peau, qu'il faut rapporter la bouffissure de la face et l'œdème des malléoles et des paupières.

Quant à certains symptômes nerveux, tels que les névralgies des nerfs de la face et du cuir chevelu, de l'intercostal, la susceptibilité nerveuse, etc., qui existent à un degré médiocre dans la chlorose, et à un haut degré dans l'hystérie, nous verrons quand nous parlerons de cette dernière maladie, qu'ils résultent tous médiatement de l'anémie globulaire.

Il est inutile de dire que les différents symptômes que je viens de classer par ordre pathogénique sont plus ou moins marqués suivant les individus, et que même ils ne se montrent pas tous constamment. J'ajouterai que ces symptômes réagissent plus ou moins les uns sur les autres, de manière à passer de l'état d'effet à celui de cause. C'est ainsi que l'affection du tube digestif, qui est la cause de l'altération du sang, est à son tour influencée et augmentée par la diminution des globules sanguins. D'un autre côté, il ne faudrait pas croire que la division que j'ai établie plus haut repose sur des périodes parfaitement circonscrites et tranchées dans leur succession. Loin de moi une pareille idée! Les différentes altérations, soit fonctionnelles, soit organiques, dont j'ai montré la succession et les dépendances, se combinent tellement ensemble que les effets coïncident presque avec les causes, de manière à constituer un assemblage de phénomènes qui se montrent et augmentent tous ensemble.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les symptômes de la chlorose comparés à ceux de la polyémie séreuse post-hémorrhagique, nous voyons que dans l'une et l'autre maladie, l'état organo-pathologique du système vasculaire sanguin est identique : même dilatation du cœur, même altération du sang, mêmes symptômes dépendant de l'état pathologique du sang et de ses réservoirs. Dans la chlorose, il y a des symptômes dus à une affection de l'utérus et du tube digestif; dans la polyémie séreuse, il n'y a rien de semblable, à moins qu'elle ne se prolonge indéfiniment sans nouvelles pertes sanguines : dans ce cas, il s'est développé une affection du tube digestif qui est cause de cette prolongation. Si le sujet est une femme réglée, on observera aussi une affection de l'utérus; mais les symptômes utérins, au lieu d'être le point de départ de la maladie comme dans la vraie chlorose, ne se présenteront que comme effets consécutifs. Quant aux symptômes nerveux tels que les névralgies, ils ne se montrent guère dans la polyémie séreuse post-hémorrhagique qui se dissipe spontanément; mais si cette polyémie séreuse se prolonge, on les observera aussi intenses et aussi nombreux que dans la chlorose : tous les symptômes de ces deux maladies sont alors identiques.

Comme on le voit donc, la chlorose est caractérisée par une anémie globulaire. Telle n'est pas l'opinion de MM. Becquerel et Rodier; ces observateurs distingués admettent en effet que, dans certains cas de chlorose, la proportion des globules sanguins est la même ou à peu près la même que dans l'état normal. Ils citent à ce sujet l'observation de deux jeunes filles dont les règles étaient supprimées depuis quelque temps, qui vinrent se faire saigner à la consultation de l'hôpital de la Charité, parce qu'elles éprouvaient de la céphalalgie, des palpitations, de la dyspnée, etc.; elles présentaient des bruits

intenses aux carotides (1). L'analyse du sang, chez ces deux malades, montra que la proportion des globules sanguins différait infiniment peu de celle qui constitue l'état normal. Chez l'une, en effet, elle était de 123, et chez l'autre de 126, chiffres très voisins de 127, qui représente comme l'on sait la proportion de l'état sain.

A ce sujet, je ferai remarquer qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier un cas individuel en partant d'une moyenne. Ces jeunes filles avaient, dit-on, un état à peu près normal des globules, parce que le chiffre en était de 123 et de 126, presque 127, qui est la moyenne-type de l'état sain. Mais qui est-ce qui nous dit que chez elles le chiffre normal des globules n'était pas supérieur à la moyenne 127? Il était peut-être très élevé, peut-être à 135 ou 141, et dès lors il se serait abaissé jusqu'à 123 et 126 par suite de l'état chlorotique, de manière à marquer pour elles un état notable d'anémie globulaire. Une moyenne suppose des quantités au-dessous et aussi au-dessus d'elle, car sans cela ce ne serait pas une moyenne; et par conséquent, le chiffre 127, moyenne d'un grand nombre de chiffres individuels représentant des proportions de globules, doit, pour certains cas supérieurs à ce chiffre, marquer pour eux un abaissement plus ou moins considérable.

Le chiffre de certaines femmes peut s'élever, ai-je dit, jusqu'à 135 et même 141 qui, d'après les consciencieuses recherches de MM. Becquerel et Rodier est la moyenne des globules chez l'homme. Rien en effet ne s'oppose à cette manière de voir; car si certaines femmes sont douées exceptionnellement comme les hommes du côté de la force musculaire, de la taille, etc., pourquoi n'en trouverait-on pas qui auraient le sang aussi riche que le leur en globules? Avec cela doit-on admettre que le chiffre 127, qui représente la moyenne des

(1) *Loc. cit.*, p. 94. Ces malades avaient, selon MM. Becquerel et Rodier, le pouls *petit* et *filiforme*. J'ai déjà dit, p. 408, ce qu'il fallait penser de cette petitesse prétendue du pouls.

globules sanguins seulement chez les femmes de Paris, où la presque totalité de la population féminine est plus ou moins hydrémique, doit être accepté comme le chiffre des globules sanguins des différentes localités où les femmes n'ont rien à désirer sous le rapport de l'air, de la lumière et de la nourriture?

On voit, ce me semble, d'après les considérations précédentes, que les moyennes en général, et la moyenne du chiffre des globules sanguins en particulier, offrent la plus grande incertitude pour la fixation de certains cas individuels qui peuvent être au-dessus ou au-dessous de ces moyennes; que de plus, ces moyennes doivent varier selon les localités. Il nous sera donc permis de conclure, pour en revenir aux jeunes filles en question, que chez elles les chiffres 123 et 126 pouvaient aussi bien représenter pour elles un abaissement des globules, une anémie globulaire en un mot, qu'un état normal ou presque normal de l'élément globulaire. Maintenant, les raisons qui me décident en faveur de l'anémie sont les suivantes, que je trouve dans les détails de leurs observations : Ces jeunes filles habitaient Paris depuis quelques mois seulement; ce récent séjour avait altéré peu à peu leur santé; elles avaient pâli, perdu en partie leur appétit et leurs forces, etc. Comment veut-on que la proportion normale de globules qu'elles avaient apportée de leur province, n'ait pas diminué dans ce délabrement général de l'organisme?

Je n'ai pas toujours interprété ainsi ces deux observations importantes de MM. Becquerel et Rodier : c'est parce que je n'avais pas suffisamment réfléchi à l'incertitude extrême des moyennes pour la détermination des cas particuliers.

3° De la grossesse.

On trouve dans la *grossesse* deux variétés de polyémie : l'une locale, qui consiste seulement en congestions capillaires

à la tête, dans les poumons, etc. ; l'autre générale qui, en sus de ces congestions capillaires, est caractérisée par la surabondance de l'ondée, par la dilatation du cœur, les bruits et battements artériels, etc., et qui affecte la plupart des femmes enceintes. La première espèce de polyémie dépend surtout de la difficulté que le sang veineux éprouve à revenir de la périphérie au centre, par suite du développement souvent considérable de l'abdomen et de la gêne de la respiration qui en résulte. Les symptômes communs à ces deux polyémies, tels que la céphalalgie, la pesanteur de tête, les vertiges, la dyspnée, l'anxiété, etc., forcent habituellement les malades à venir réclamer une saignée, et ils sont dissipés ou diminués à l'instant même où l'on pratique l'évacuation désirée.

La polyémie générale de la grossesse est encore une polyémie séreuse, puisque MM. Andral et Gavarret ont démontré les premiers que le sang des femmes enceintes contient plus d'eau et moins de globules qu'à l'état normal.

Quant à la pathogénie de cette plénitude hydrémique de la grossesse, voici, je crois, comment il faut la comprendre : L'utérus, étant modifié par la présence du produit de la conception, est le centre d'un travail analogue à celui d'un état pathologique, comme par exemple à celui qui se lie à une aménorrhée ordinaire. Il agit dès lors sympathiquement sur l'estomac, comme cela a lieu dans la vraie chlorose, et trouble les fonctions digestives. Consécutivement à cette dyspepsie, dont la forme varie beaucoup suivant les personnes, il se fait un appauvrissement du sang caractérisé par une aglobulie et une surabondance de sérum ; de là, la laxité des tissus, la dilatation du cœur, les bruits artériels et tous les symptômes de la polyémie séreuse qui se montrent ici comme dans la chlorose.

Quand on réfléchit à cette hydrémie qui est habituelle dans la grossesse, et qui dès lors devient pour ainsi dire physiologique, on se demande si elle n'a pas un but, comme par exemple celui de déterminer dans les tissus un degré de relâchement nécessaire à l'ampliation souvent extrême des parois abdominales, et à celle qui s'effectue dans les parois génitales lors de l'expulsion du fœtus.

Cette anémie globulaire n'a-t-elle pas encore pour but, en diminuant la proportion des globules, d'empêcher les engorgements locaux des capillaires, si faciles dans la grossesse où la circulation veineuse se trouve si enrayée par la distension souvent considérable de la cavité abdominale? Voilà des interprétations qui ont, ce me semble, leur côté rationnel.

Cet état de plénitude sanguine qui affecte ainsi les femmes enceintes nous explique la production de ces cas d'hémorrhagie cérébrale qui se remarquent quelquefois dans la grossesse, et qui ont été surtout étudiés par M. Ménière (1). Comme le titre de ce travail l'indique, des cas d'hémorrhagie cérébrale ont été aussi observés après l'accouchement, et au premier abord on en comprend moins la possibilité que pendant la grossesse et les efforts de l'accouchement. Mais si l'on veut bien considérer que les pertes de sang qui accompagnent l'enfantement déterminent une polyémie post-hémorrhagique caractérisée par les bruits, les pulsations artérielles, etc., et les autres caractères de la polyémie, on trouvera dans cette hydrémie *puerpérale* des conditions de surabondance favorables à la production d'une hémorrhagie.

Comme complément à l'histoire de ce genre d'apoplexie, M. Ménière fait suivre son mémoire d'une *note* de M. Larcher, dans laquelle ce médecin dit avoir observé que, dans la grossesse, il y avait hypertrophie du cœur et notamment du ventricule gauche. Comme on le comprend, ce fait n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous avons montré jusqu'à présent que les bruits artériels supposent toujours une dilatation du cœur, à laquelle se joint ordinairement une hypertrophie légère mais appréciable. Voulant savoir décidément à quoi

(1) *Observations et réflexions sur l'hémorrhagie cérébrale considérée pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement* (*Archiv. de médec.*, Paris, 1828, t. XVI, p. 489).

m'en tenir sur le fait annoncé par M. Larcher, je m'adressai à M. Ducrest, interne à la maison d'accouchements pendant l'année 1843. Je le priai de vouloir bien porter son attention sur ce point d'anatomie pathologique, et de prendre la mesure des parois du cœur sur un certain nombre de femmes qui viendraient à succomber après l'accouchement. M. Ducrest, dont le nom est, du reste, avantageusement connu dans la science, a fait à ce sujet des recherches marquées au coin de la plus rigoureuse exactitude. Il m'a remis un tableau statistique que je regrette de ne pouvoir publier en entier à cause de son étendue; je me contenterai de faire connaître les principaux résultats qu'il renferme.

Ce tableau est dressé sur un relevé de cent femmes, âgées pour la plupart de vingt à trente ans, et mortes en couches. Sur toutes, la mesure des parois du cœur a été prise à la partie la plus épaisse du ventricule gauche. Le maximum de cette épaisseur est de $0^m,018$ dans cinq cas; il s'élève même dans un cas à $0^m,022$; le chiffre le plus bas est de $0^m,011$ dans huit cas; chez la plupart, l'épaisseur est de $0^m,016$. La moyenne de toutes ces mesures est de $0^m,015$ (1).

Si maintenant on compare le chiffre de cette moyenne avec celui de $0^m,010$ donné par M. Bizot, comme représentant l'épaisseur normale du ventricule gauche chez la femme (2), on voit qu'il lui est supérieur de $0^m,005$. Il suit de là que le cœur des femmes, pendant la grossesse, est affecté d'hypertrophie, et dès lors on doit considérer comme exactes les premières observations faites à ce sujet par M. Larcher (3).

(1) Des cent cas portés dans le tableau de M. Ducrest, j'en ai écarté trois dans lesquels des altérations notables aux valvules pouvaient avoir exercé sur l'hypertrophie une influence indépendante de celle de la grossesse. Par suite de cette réduction, le relevé ne porte que sur 97 cas.

(2) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, Paris, 1837, t. I, p. 262.

(3) Comme nous l'avons dit à l'article Chlorose, une moyenne offre la plus grande incertitude pour apprécier un cas particulier; il n'en est plus de même quand on compare une moyenne avec une autre moyenne.

L'abdomen des femmes enceintes est le siége de certains bruits anormaux qui ont exercé la sagacité des observateurs les plus recommandables, et sur la nature desquels on n'est pas encore bien fixé. Ils ont été tour à tour rapportés aux vaisseaux du placenta (Kergaradec), à l'artère nourricière du placenta (Laënnec), au passage du sang de l'utérus au placenta (Hohl), aux vaisseaux des parois utérines (Paul Dubois), et aux artères iliaques comprimées par l'utérus développé (Bouillaud).

Cette dernière opinion, soutenue par M. Bouillaud et adoptée par M. Jacquemier (1), me paraît la plus probable de toutes. MM. Barth et Roger penchent aussi vers l'adoption de cette théorie (2); mais ils se tiennent en même temps sur une certaine réserve qui leur paraît commandée par les difficultés que je vais reproduire.

« Si le souffle, disent MM. Barth et Roger, est l'effet d'une compression artérielle, pourquoi n'augmente-t-il point d'intensité lorsque l'on presse avec le stéthoscope sur l'utérus et médiatement sur les vaisseaux du bassin? Pourquoi même disparaît-il parfois, quand le cylindre est fortement appliqué sur la région antérieure de la matrice? »

Si les bruits de souffle dont il s'agit n'augmentent pas d'intensité, s'ils disparaissent même quand on appuie sur l'utérus, cela tient à ce qu'il ne suffit pas dans un grand nombre de cas, d'augmenter la compression d'une artère pour augmenter l'intensité de ses bruits. Les bruits requièrent un certain degré de compression, au-dessus et au-dessous duquel il sont ou altérés ou diminués. Il arrive ici pour les bruits des artères du bassin ce qui s'observe très fréquemment dans les bruits carotidiens, qui n'augmentent pas et qui disparaissent même

(1) *De l'auscultation appliquée à la grossesse*, etc. Thèses de Paris, 1837, n° 466.

(2) *Loc. cit.*, p. 553.

quand on presse un peu trop sur les artères carotides. Et de même qu'on voit quelquefois ces derniers bruits augmenter légèrement d'intensité par suite d'une légère pression, on voit aussi quelquefois les bruits de souffle du bassin augmenter notablement lorsqu'on pèse un peu sur l'utérus.

« D'où vient que dans certains cas où l'auscultation pratiquée sur l'abdomen ne révélait aucun souffle, on a pu, à l'aide du métroscope de M. Nauche, percevoir le bruit sur le col utérin, qui, placé au centre de l'excavation pelvienne, est éloigné des troncs vasculaires du bassin ? »

Il est permis de supposer que, dans le cas particulier dont il s'agit, le bruit de souffle était produit dans les artères hypogastriques. Or, on doit, ce me semble, reconnaître que le col utérin est plus rapproché de ces artères que la partie de l'utérus qui est en rapport avec la paroi abdominale. D'ailleurs, ne pouvait-il pas se trouver, entre la surface utérine et les parois abdominales, certains organes peu conducteurs du son, tels qu'une masse épiploïque ou une agglomération d'anses intestinales, qui empêchaient le transport des vibrations à l'oreille? Qu'y a-t-il dès lors d'étonnant à ce que ces vibrations fussent alors seulement percevables sur le col de l'utérus?

« Enfin, ajoutent MM. Barth et Roger, comment se rendre compte, par cette théorie, de la persistance du souffle dans des positions telles que la matrice ne comprimait certainement plus les grosses artères? »

Il est beaucoup plus difficile qu'on ne croit et même il est souvent impossible de faire prendre à la femme *une position telle que la matrice ne comprime certainement plus les grosses artères*. Quand la femme sera jeune, primipare, l'utérus sera pressé avec force contre les parties profondes du bassin par la tension puissante des parois abdominales; et dans ce cas on aura beau faire en sorte que l'utérus vienne peser de son propre poids sur la paroi abdominale antérieure pour cesser de comprimer les artères du bassin, on ne pourra

pas parvenir à obtenir ce résultat. Les parois abdominales ne fléchiront pas sous le poids momentané de l'utérus, et elles ne cesseront pas dès lors de tenir l'utérus aussi fermement appliqué contre les parois du bassin, que lorsque la femme était couchée en supination.

Au reste, cette difficulté, signalée par MM. Barth et Roger, n'est pas particulière à la grossesse; je l'ai observée une fois chez une femme affectée d'un kyste de l'ovaire constaté par l'autopsie. Chez cette femme, la pression des artères du bassin par le kyste donnait lieu à un bruit anormal en tout semblable, comme l'on sait, aux bruits de souffle de la grossesse. Eh bien! chez cette femme, de même que chez un grand nombre de femmes enceintes, il était impossible de donner à la tumeur une position telle qu'elle cessât de comprimer les artères du bassin, et qu'elle cessât par conséquent de manifester le bruit de souffle.

Les bruits anormaux dont il est question présentent le plus souvent le rhythme intermittent simple, ainsi que cela s'observe sur les artères éloignées du centre circulatoire; ce qui tient à ce que l'ondée lancée par la réaction élastique de la crosse de l'aorte n'est pas douée d'une impulsion assez forte pour venir produire sa part de bruit jusque sur les artères du bassin. Cependant ce résultat se manifeste quelquefois; et c'est ce qui explique pourquoi des observateurs, et en particulier M. Cazeaux, ont noté des bruits *continus* sur l'abdomen des femmes grosses. On n'y a pas encore signalé des bruits à rhythme intermittent double; mais il est permis, je crois, de les rechercher avec une certaine probabilité de les rencontrer.

Au reste, si, comme M. Bouillaud entre autres nous l'atteste, on a trouvé sur les artères crurales des bruits aussi continus que ceux des carotides, il n'est pas étonnant que des bruits à rhythme semblable puissent s'entendre quelquefois sur les artères iliaques des femmes enceintes. Il ne faut donc pas considérer ce fait de la continuité dans les bruits de

souffle abdominaux de la grossesse, comme un phénomène étranger aux bruits des artères.

Les bruits de souffle qui se font entendre dans l'abdomen des femmes grosses rentrent dans les bruits artériels que nous avons appelés *généraux*, parce qu'ils coïncident avec les bruits carotidiens, et qu'ils dépendent, comme ces derniers, d'une surabondance déterminée dans l'ondée sanguine par la dilatation du cœur. L'utérus, qui comprime médiocrement les artères du bassin, fait l'office du stéthoscope pour transporter à l'oreille les bruits qu'y produit l'ondée surabondante. Cette théorie diffère donc un peu de celle de M. Bouillaud, qui regarde les bruits artériels du bassin comme produits uniquement par la compression de l'utérus.

4° Hypochondrie.

L'hypochondrie, appelée encore *morbus flatuosus*, *morbus hypochondriacus*, *malum hypochondriacum*, *vapeurs*, *hypochondriacie*, etc., tire son nom de l'hypochondre, qui a été généralement regardé comme le siége ou le foyer de ses principaux symptômes.

Cette maladie est peu précisée, mal circonscrite, surtout quand on veut chercher à accorder les auteurs anciens avec les auteurs modernes.

Si nous faisons figurer l'hypochondrie dans cette revue, c'est que les bruits artériels se montrent au nombre de ses symptômes caractéristiques. Notre but est de rechercher le degré de lumière que ces signes physiques peuvent répandre sur la nature et la circonscription de l'hypochondrie. Et pourtant les bruits des artères ne sont mentionnés dans aucune des monographies qui ont été publiées dernièrement sur cette maladie.

On sait que la découverte des bruits artériels dans l'hypochondrie est due à l'illustre inventeur de l'auscultation, et l'on sait aussi que Laënnec n'a pour ainsi dire constaté leur pré-

sence que dans cette seule maladie ; chose bien faite pour étonner, quand on considère que l'hypochondrie est une affection moins commune que plusieurs de celles qui forment la matière de ce paragraphe. Nous chercherons en son lieu à nous rendre compte de cette singularité.

Avant de présenter les déductions que nous fournira l'étude des bruits artériels dans l'hypochondrie, nous allons reproduire d'abord la description des symptômes de cette maladie, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs. Ce n'est qu'en dernier lieu que nous exposerons les sympômes assignés à l'hypochondrie par les auteurs modernes ; et il nous sera facile alors de montrer que l'hypochondrie des médecins de notre époque n'est plus la même affection que l'hypochondrie décrite par Sennert, Willis, Highmore, Ettmuller, Hoffmann, Stahl, etc., etc.

On n'attendra pas de nous que nous reproduisions une à une les descriptions de l'hypochondrie données par chacun des médecins que nous venons de nommer. En agissant ainsi, nous allongerions considérablement notre article sans compenser cet inconvénient par une utilité réelle, attendu que ces différentes descriptions se ressemblent toutes au fond. Il suffit donc de présenter les caractères les plus saillants de la symptomatologie que l'on trouve dans les ouvrages des auteurs précités, et notamment dans celui d'Highmore, qui, sous le rapport symptomatologique, est, comme ce médecin nous l'apprend, et comme il est facile de le voir, la reproduction fidèle de tout ce qui était écrit à ce sujet (1). Voici donc les symptômes principaux de l'hypochondrie tels qu'ils sont consignés dans la monographie d'Highmore, et tels qu'ils étaient reconnus par les principaux auteurs : *Quæ sic*, dit Highmore, *a scriptoribus ordinantur* (p. 83) :

Ventriculus semper se male habet, et multa circa eum

(1) *Highmori exercitationes duæ : 1° De passione hysterica, 2° De affectione hypochondriaca*. Amstelodami, 1660, in-12.

mala apparent symptomata, cibos ferre nequit, sed male coquendo, in materiam nunc aqueam, acidam, acerbam, mutat. Quæ in ventriculo relicta, nunc sursum repit, et os ac linguam saliva et humidate aquea copiose replet, ut continuo expuere cogantur ægri; sæpe etiam vomitu rejicitur pituita viscida et acida. Hæc sæpe in ventriculo humorum præcedit ebullitio, et inde flatuum copia excitatur, qui miro quodam boatu continuo eructantur; vicinas vero distendunt partes, scilicet hypochondria...

Dolores etiam ventriculi adsunt vehementes (qui nonnullis ad dorsum usque procedunt, ut ab incautis medicis sæpe pro nephriticis habeantur) qui interdum jejunos, et interdum etiam a cœna molestant.

Alvus semper adstricta est, et pigre sua deponit excrementa, unde flatus retenti abdomen et hypochondria tendunt; dolor, fluctuatio, rugitus et murmura in sinistro latere audiuntur.

Æstus in hypochondriis et quasi inflammatorius affectus, molesto ardore et fervore interno, in hypochondrio, nunc uno, præsertim sinistro, nunc utroque, ægros affligit. Qui se magis exserit cum ingestis aliquo modo agitantur humores, cum largiori potu aut multiplici ciborum varietate infarcitur ventriculus; tunc genæ præcipue accenduntur, et tota facies rubore affunditur et incalescit.

Urina nunc tenuis est, paroxismi instantis judicium, sine sedimento et inconcocta; plerumque turbida, crassa, rubra, acris, interdum fœtida...

Adest anxietas cui sæpe accedit lipothymia, cordis palpitatio, velox et inordinatus cordis et arteriarum motus; pulsus varii, duri, nunc tardiores, nunc concitatiores, frequenter intermittentes, excruciant ægros ut jam de salute plane desperare soleant. Pulsatio præterea in hypochondrio sinistro, præcipue post motum vehementiorem aut iram affligit.

Respiratio difficilis est, præcipue si insueto modo commoveantur. Dolor et constrictio in pectore sentitur qui suffocationem minatur: multumque sollicitos reddit ægros.

In capite doloribus ita vexantur, ut cerebrum e cranio evelli conquerantur. Vertigine et mania inde sæpissime laborant. Si diuturni dolores sint cum vertigine associati, in epilepsiam et convulsiones, vel cæcitatem, interdum in utrumque, nonnunquam in apoplexiam incidunt. Memoria aboletur, circa oculos caligo observatur: aliis aurium fit sonitus, loquela deficit, et lingua quasi rigere sentitur. In nonnullis metus, tristitia, falsa imaginatio excruciat, ut se fascinatos, aliisve afflictos morbis facile credunt. In membris lassitudines spontaneæ, quietem affectare, et ad motum tardiores afficiunt. Dolores insignes et vellicantes in extremis digitis, tam manuum quam pedum, ac formicationis sensus et stupor excitantur.

Vigiliæ molestæ et somnus perturbatus cum insomniis terrore plenis, præsertim post mediam noctem molestare solent... Post pastum facies rubore conspersa, multum accenditur, nunc universim, interdum circa genas et nasum solum coruscat rubor.

Après l'énumération de ces différents symptômes, Highmore a bien soin de dire qu'on ne les observe pas tous invariablement chez tous les sujets : *Symptomata hæc omnia non in omnibus reperire licet: sed alia in aliis, nunc pauciora, nunc plura apparent.* Il ajoute que quelquefois la nature guérit cette maladie par un flux sanguin qui affecte les hémorrhoïdes; il faut remarquer que le sang évacué est séreux, et il revient ensuite, comme nous le verrons plus loin, sur le fait de cette altération du sang, à l'occasion de la théorie qu'il donne de l'hypochondrie.

J'ai vérifié l'exactitude des symptômes décrits par Highmore, chez plusieurs malades qui se sont offerts à mon observation, non-seulement en ville, mais encore dans les hôpitaux, où l'hypochondrie est bien plus commune qu'on ne le croit. Elle s'y rencontre en effet très souvent; mais elle y figure