

serait rationnel que s'il eût été établi que la coqueluche a son siège dans la partie la plus supérieure du larynx.

De tous les moyens recommandés pour arrêter la maladie, nul n'est plus efficace et plus rapide que le changement de lieu. Il n'est pas toujours nécessaire de transporter les individus à de grandes distances, mais il suffit seulement de changer de milieu, d'aller d'un quartier d'une grande ville à un autre différemment exposé. Disons pourtant que ce moyen n'est pas infaillible, et que d'ailleurs il ne réussit que lorsque la coqueluche est ancienne et passée tout à fait à l'état chronique.

Parmi les moyens préservatifs, il n'y en a aucun d'efficace; il n'y a de sûreté possible qu'en isolant les malades.

**Nature.** — D'accord avec Hufeland, avec J. Frank, avec Guersant, avec MM. Roche, Blache, etc., nous regardons la coqueluche comme une névrose, et nous fondons notre conviction sur ce que, à son état de simplicité, la maladie n'a aucun caractère anatomique; sur l'absence ordinaire de la fièvre à sa période spasmodique, sur sa marche irrégulière, sur les accès qui la caractérisent, accès qui, une fois terminés, ne laissent aucune trace. Ajoutons à cela l'impuissance des saignées, l'utilité fort restreinte pourtant des sédatifs et la cessation quelquefois brusque de la maladie par le changement de lieu. S'il nous paraît incontestable que la coqueluche est une névrose, il est moins aisé de localiser la maladie d'une manière précise? Est-ce dans les bronches, dans la muqueuse aérienne ou dans le nerf vague? C'est là un mystère qu'il ne nous est pas permis de pénétrer.

Cette manière d'envisager la maladie me paraît bien plus nette que celle qui consisterait à faire de la coqueluche une sorte de monstruosité pathologique participant à la fois des fièvres éruptives et des maladies convulsives, et devant être classée dans le cadre nosologique parmi les maladies générales aiguës, entre les névroses et les fièvres continues: c'est l'opinion de MM. Rilliet et Barthez. Un médecin non moins distingué des hôpitaux, M. Sée, a cru voir dans la coqueluche des caractères suffisants pour la rapprocher de la rougeole (1), mais si M. Sée a mis en lumière quelques points de contact tout à fait secondaires, il n'a pas tenu compte, je crois, des dissemblances radicales, comme l'absence, dans la coqueluche, de toute éruption, souvent même de fièvre, et enfin, la marche inégale, la durée indéfinie de l'affection, qui la séparent radicalement de la rougeole.

L'opinion qui a compté peut-être le plus de partisans consiste à regarder la coqueluche comme une forme, une variété de bronchite (bronchite convulsive); mais nous avons vu que la bronchite n'était pas indispensable, et, bien que très-commune, elle n'est qu'un accident, une complication de la maladie. Pour M. Beau, enfin, la maladie aurait un siège bien plus circonscrit. Dans la coqueluche, il y aurait, d'après ce médecin distingué, une inflammation catarrhale de la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée, et ce serait le liquide sécrété par cette étroite surface qui, glissant ou tombant sur l'appareil glottique, exciterait cette toux convulsive, ce spasme analogue, d'après M. Beau, à celui qui survient lorsque des aliments ou des boissons surprennent la glotte et s'introduisent dans le larynx (2). Le fait anatomique fût-il réel, chose fort contestable encore, que de suppositions, j'allais dire presque que d'impossibilités! Il faut, en effet, admettre une sécrétion abondante d'un liquide irritant, sécrétion

(1) *Archives générales de médecine*, année 1854.

(2) *Ibid.*, année 1856.

qui devrait être intermittente ou qui ne devrait pénétrer qu'à certains moments et dans les conditions les plus diverses à travers la glotte. Mais à supposer que les choses eussent lieu d'une manière aussi simple et néanmoins si insolite, les crises devraient toujours être subites, instantanées, comme elles le sont lorsque des boissons pénètrent dans la glotte. Il n'en est rien pourtant, car, nous l'avons dit tantôt, beaucoup de crises ont des prodromes et des prodromes assez longs, et ce n'est pas toujours au larynx que les enfants rapportent la sensation qui provoque la toux quinteuse; c'est souvent un sentiment d'oppression sternale, c'est un sentiment de constriction progressive dans les bronches, une simple accélération des mouvements respiratoires, et parfois une appréhension provoquée par quelque sensation plus intime encore.

#### De l'asthme.

A une époque où les maladies n'étaient guère caractérisées et dénommées que d'après les troubles fonctionnels, le mot *asthme* était à peu près synonyme de *dyspnée*, et on le distinguait alors en *permanent* et en *périodique*, suivant que la gêne de la respiration était continue ou qu'elle ne se manifestait que de temps en temps. Cependant les principaux nosographes, comme Sauvages et Cullen surtout, attachant au mot *asthme* l'idée d'une difficulté de respirer intermittente, qui revenait par intervalles, essayaient par là de séparer les dyspnées qui sont symptomatiques des lésions organiques d'avec certaines gênes de la respiration, qui, tenant à des altérations moins palpables, étaient considérées par eux comme essentielles. Les progrès incessants de l'anatomie pathologique ont de plus en plus restreint le nombre de ces dyspnées prétendues nerveuses, qu'on parvient, en effet, à rattacher presque toujours à une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, et peut-être plus souvent encore à l'emphyse pulmonaire. Mais il faut bien prendre garde de tomber dans la même exagération que quelques-uns de nos contemporains, qui nient ou bien qui ont nié l'existence de l'asthme purement nerveux, de l'asthme essentiel, c'est-à-dire de celui qui est indépendant de toute lésion matérielle appréciable à nos sens, et par les moyens d'investigation qui sont aujourd'hui en notre pouvoir. Cependant des faits peu nombreux, il est vrai, mais recueillis par des hommes habiles, ont démontré qu'il existait réellement une névrose des voies respiratoires à laquelle le mot *asthme* doit être réservé; elle est caractérisée par des accès d'oppression qui se reproduisent à des époques irrégulières, souvent fort éloignées, et dans l'intervalle desquels les individus jouissent d'une santé parfaite.

Ce point important de médecine a été parfaitement établi par un médecin distingué de la marine, M. Am. Lefèvre, dans un travail couronné par la Société de médecine de Toulouse.

**Symptômes. Marche.** — L'asthme débute quelquefois brusquement; ailleurs il est précédé pendant quelques instants par un état de malaise, par des bâillements, par des pandiculations et par un dégagement plus ou moins considérable de gaz par la bouche ou par l'anus. C'est en général pendant la nuit, et le plus souvent de 10 heures du soir à 2 heures du matin, que l'accès éclate. Le malade, s'étant couché bien portant, est réveillé brusquement par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine que M. Lefèvre, qui était lui-même asthmatique, regarde comme caractéristique. Les malades, ne pouvant garder la position horizontale, se mettent précipitamment sur leur séant; quelques-uns descendent du lit, courent à la fenêtre pour respirer



un air frais. Il est des individus qui n'éprouvent rien autre chose, et qui, au bout de peu d'instant, rentrent dans leur calme habituel : l'accès a alors avorté. Mais le plus souvent, la maladie continuant son évolution, on voit des individus éprouver une gêne croissante et extrême de la respiration. Assis sur leur lit ou dans un fauteuil; les bras arc-boutés contre un corps solide, pour fournir un point d'appui aux muscles de l'épaule et du rachis, ce n'est qu'avec de grands efforts qu'ils peuvent dilater la poitrine et exécuter le premier temps de la respiration; l'expiration s'opère lentement, elle est marquée par un sifflement remarquable; une toux sèche ou accompagnée d'une expectoration peu abondante de matières visqueuses s'établit et augmente encore l'anxiété, qui cependant est déjà si grande. La poitrine, explorée en ce moment, est sonore, et donne même souvent une résonnance plus grande qu'à l'état normal. L'oreille appliquée perçoit partout des râles humides. La face, pâle d'abord, puis rouge, violacée, tuméfiée, exprime la souffrance; les veines jugulaires sont gonflées, les yeux sont saillants et larmoyants, les ailes du nez agitées d'un mouvement actif de dilatation et de resserrement; la parole est entrecoupée, très-pénible. Le pouls est souvent accéléré; mais cette accélération est rarement en rapport avec la gêne excessive de la respiration. Cet état grave persiste pendant un temps qui varie depuis quelques minutes seulement jusqu'à plusieurs heures. En général, les symptômes s'amendent à l'approche du jour, et le calme se rétablit peu à peu. Souvent ces accès se terminent par une expectoration abondante de mucosités épaisses, filantes, quelquefois cylindrées, ayant l'aspect du vermicelle cuit. Quelquefois aussi les malades rendent une assez grande quantité d'urine claire, et qui est souvent disproportionnée avec les boissons qu'ils ont prises : c'est une remarque que Floyer a faite sur lui-même. Les malades, bien que soulagés, sont alors brisés, courbaturés; ils ont la tête lourde, parfois douloureuse; bientôt ils s'endorment, et leur sommeil, en général paisible, leur procure, dit M. Lefèvre, un plaisir inexprimable. Souvent, pourtant, ce n'est là qu'une rémission : dans ce cas, les malades conservent de l'oppression pendant tout le jour, et les mêmes accidents se reproduisent les nuits suivantes une ou plusieurs fois de suite.

Les accès d'asthme mettent, dans leur retour, des intervalles plus ou moins longs. Il n'est pas rare, par exemple, qu'il s'écoule entre eux plusieurs années : on les a vus, dans quelques cas fort rares, se reproduire périodiquement. Dans leurs intervalles, la santé est parfaite; il n'existe aucun trouble bien marqué du côté des organes respiratoires et circulatoires : cependant la plupart s'es-soufflent plus facilement, et ils ont la muqueuse des voies aériennes plus irritable, plus susceptible.

**Durée. Terminaisons.** — L'asthme a une durée indéterminée; le plus souvent il persiste toute la vie, quelquefois il cesse définitivement. On conçoit qu'en se répétant, il finisse à la longue par développer diverses lésions organiques des poumons (emphysème, dilatation des bronches) et du cœur (hypertrophie, dilatation, etc.); mais ce n'est là qu'une idée rationnelle, que l'expérience n'a pas peut-être encore confirmée.

**Diagnostic.** — Pour établir qu'un asthme est essentiel, il faut rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe aucune lésion organique. Il faut ne pas oublier que les altérations qui donnent le plus souvent lieu aux dyspnées symptomatiques pouvant le plus facilement simuler l'asthme, sont les maladies du cœur, et peut-être plus encore les dilatations anévrysmales de l'aorte, mais surtout l'emphysème vésiculaire. (Voyez ces maladies). Une de ces lésions sera d'autant plus probable qu'on aura affaire à un individu plus âgé.

**Pronostic.** — Le vulgaire croit qu'une longue existence est promise aux asthmatiques. Sans vouloir nous porter garant de ce dicton populaire, rappelons que Floyer, qui a écrit un traité sur l'asthme, fut affecté de cette maladie pendant plus de trente ans, et qu'il est mort octogénaire. Pour consoler ses compagnons d'infortune, ce judicieux auteur disait que son incommodité ne l'avait point empêché d'étudier, de se promener, de monter à cheval, d'exercer sa profession, de boire et de manger aussi bien que qui que ce fût.

Je ne crois pas qu'aucun malade ait succombé pendant un accès d'asthme simple; mais s'il est vrai que cette affection ne compromette pas immédiatement la vie, on peut dire qu'elle est incommode et rebelle; sous ce rapport, elle constitue une affection sérieuse. L'existence d'une maladie organique concomitante est une circonstance très-aggravante.

**Étiologie.** — Nous ignorons à peu près entièrement les causes de l'asthme, nous savons seulement que c'est une affection héréditaire. Fort rare dans l'enfance, elle se déclare spécialement vers l'âge adulte; les hommes y semblent prédisposés. On ignore l'influence que la constitution et que les tempéraments peuvent exercer. Les causes principales qui provoquent les accès sont les variations brusques de température, le séjour dans un lieu chaud, dans un air non renouvelé, les accès alcooliques, certaines odeurs. Cullen rapporte que la femme d'un pharmacien éprouvait des accès d'asthme toutes les fois qu'on pulvérisait de l'ipécacuanha dans un lieu même éloigné de l'appartement qu'elle habitait. Les émotions morales peuvent avoir le même effet. Ferrus raconte qu'un jeune officier fut pris pour la première fois d'un accès d'asthme en voyant Paris occupé par les troupes ennemies; il parle aussi d'un financier qui devint asthmatique après des revers de fortune, sans que l'examen de tous les organes révélât chez ces deux personnes l'existence d'aucune cause organique. Beaucoup d'asthmatiques éprouvent des accès quand ils changent de résidence; il est des malades, par exemple, qui ne peuvent aller dans certains lieux sans éprouver dès la première ou la seconde nuit des accès de suffocation, qui cessent de se reproduire aussitôt qu'ils sont revenus chez eux. Suivant Floyer et Van Helmont, les accès seraient plus fréquents l'été que l'hiver. La diathèse rhumatismale ou goutteuse peut-elle avoir pour manifestation des accès d'asthme? On le dit, beaucoup le croient un peu complaisamment, mais personne que je sache ne l'a encore démontré.

**Traitement.** — Le premier soin, dit M. Lefèvre, que doivent avoir ceux qui ressentent les signes avant-coureurs de l'asthme, c'est de respirer un air libre et frais, de prendre une position qui rende aussi facile que possible les divers mouvements de la respiration, de débarrasser le corps de tous liens et vêtements qui pourraient le gêner, de garder le repos et un silence absolu. Ils ne devront se mettre au lit que lorsqu'ils espèrent s'endormir aussitôt. L'influence de la lumière soulage beaucoup : on a vu des asthmatiques faire en quelque sorte avorter leur accès en illuminant leur chambre. M. Lefèvre conseille d'entretenir durant la nuit un corps en ignition. Les asthmatiques doivent éviter la moindre impression de froid avant de se coucher, ils feront bassiner fortement leur lit : par cette seule précaution, M. Lefèvre est souvent parvenu à empêcher le développement d'accès dont il ressentait déjà les prodromes.

Pendant l'accès, on devra promener des révulsifs sur les extrémités inférieures. Quelques médecins ont proposé de recourir alors à la saignée, mais la plupart blâment cette pratique qui, en effet, ne doit être suivie, ainsi que le dit M. Lefèvre, que lorsqu'il faut combattre quelque complication. On a con-



seillé encore en pareil cas d'appliquer des ligatures sur les membres inférieurs. M. Jolly dit avoir plusieurs fois réussi en employant ce moyen, qui est emprunté à Sennert; mais M. Lefèvre ne lui a reconnu aucun avantage. Cet auteur ne croit pas non plus aux vertus d'aucune des boissons qui ont été plus ou moins préconisées. Il donne la préférence à l'eau pure; d'autres se trouvent bien des boissons chaudes. Floyer se louait beaucoup de l'eau panée, additionnée d'un peu de nitre ou de sel ammoniac, qu'il buvait en abondance le soir en se couchant. Lorsque l'accès se prolonge et que l'expectoration est difficile, il est convenable d'administrer quelques prises d'ipécacuanha. Les purgatifs sont regardés par Floyer comme inutiles et même comme nuisibles. Les stupéfiants ont été préconisés; on a surtout vanté les feuilles de datura stramonium, que les malades fument comme du tabac dans des cigarettes ou dans une pipe. D'autres ont proposé des fumigations de belladone; Kriner et Laënnec, l'inspiration de l'infusion des feuilles de laurier-cerise; en Angleterre on a encore vanté la teinture de lobélie enflée, à la dose de 20 à 30 gouttes; mais le sédatif par excellence est l'opium: Cullen lui accordait en pareil cas la plus grande confiance. Je ne parlerai pas des gommés-résines fétides, dont plusieurs, quoique douées de propriétés antispasmodiques, ne doivent cependant pas être employées; Floyer a reconnu en effet qu'elles étaient plutôt nuisibles qu'utiles aux asthmatiques. Il y a une vingtaine d'années, on avait beaucoup parlé de la cautérisation de la paroi postérieure du pharynx avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque; on a prétendu par cette méthode pouvoir arrêter les accès et en prévenir le retour. Ce moyen produit d'abord une gêne considérable de la respiration et une horrible anxiété; puis l'excitation que l'ammoniaque inspirée détermine provoque l'expectoration. Ce moyen ne convient donc que lorsque les bronches sont engouées, et dans ce cas on peut se borner à placer sous la bouche du malade un vase d'eau tiède à laquelle on ajoute une ou deux cuillerées à café d'ammoniaque. Enfin, on a cité récemment quelques exemples d'accès d'asthme enrayés en faisant fumer au malade des cigarettes faites avec un papier qui a été trempé dans une solution concentrée de nitrate de potasse.

Pour prévenir les accès, les malades éviteront de s'exposer aux vicissitudes atmosphériques; ils porteront de la flanelle; le soir, ils mangeront peu, ils ne feront qu'une collation, ou du moins ils s'abstiendront de manger de la viande; ils éviteront tous les aliments indigestes et n'useront point des alcooliques. Cependant il faut un peu consoler, pour le régime, la susceptibilité des sujets et ne rien proscrire d'une manière absolue: le thé et le café, que Cullen défend sévèrement, sont au contraire regardés par Floyer comme utiles. Ce que je dis des aliments et des boissons s'applique aussi à l'habitation. Bien que les climats chauds soient favorables à la plupart des asthmatiques, il y a pourtant quelques-uns de ces malades qui se trouvent mieux de vivre dans les latitudes tempérées. En général, dit M. Lefèvre, un air épais, humide, tel qu'on en respire dans les pays plats et sur les bords des fleuves, est plus favorable aux asthmatiques; Floyer, au contraire, donne les mêmes avantages à l'air sec, et redoute l'air humide et surtout brumeux. Ce dernier a beaucoup préconisé l'exercice à cheval. Ici, comme pour toutes les névroses, il faut étudier les susceptibilités et les caprices, si je puis ainsi dire, de chaque organisation; ce qui en effet est utile à l'un devient nuisible à l'autre. Ainsi, Graves cite l'histoire de deux asthmatiques de même âge, de même constitution apparente, dont l'un étouffait, tandis que l'autre était soulagé lorsque la fumée de la cheminée se répandait dans la chambre.

**Siège. Nature.** — Plusieurs opinions ont été émises sur la nature de

l'asthme. Arétée, Galien et tous les médecins jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, qui confondaient un peu les diverses sortes de dyspnées, rapportaient les accidents de l'asthme à une matière pituiteuse qui encombrait les bronches. Cette théorie fut attaquée par Van Helmont et par Willis, qui émirent l'idée que l'asthme résultait d'un rétrécissement produit par la contraction spasmodique des bronches. Cette opinion a été acceptée jusqu'à nos jours par la plupart des médecins. Cullen, Laënnec, et, parmi nos contemporains, les professeurs Fouquier, Cruveilhier, Bégin, ainsi que le docteur Lefèvre, l'ont défendue dans leurs enseignements ou dans leurs écrits.

La nature spasmodique de l'asthme est prouvée par l'intermittence irrégulière de la maladie, par la promptitude avec laquelle elle se déclare, et celle parfois égale avec laquelle elle disparaît, par sa faculté d'alterner avec d'autres névroses.

M. Beau a combattu avec une grande force les idées de M. Lefèvre et la théorie du spasme. Revenant à l'opinion ancienne, il explique la dyspnée asthmatique par la présence de mucosités visqueuses et tenaces dans l'arbre aérien. Ces mucosités, en rétrécissant les tuyaux bronchiques, produiraient les râles bruyants que nous avons notés en traçant l'histoire symptomatique de la maladie. L'asthme aurait donc pour cause première, d'après M. Beau, un catarrhe bronchique; et ce serait le mucus sécrété sous cette influence qui produirait l'obstruction des tuyaux aériens, et expliquerait les signes physiques et les troubles fonctionnels que nous avons notés.

On peut objecter à cette manière de voir qu'il est insolite qu'un catarrhe pulmonaire ait une durée de quelques heures, terme ordinaire d'un accès d'asthme; qu'il est des cas où aucune expectoration n'a lieu au déclin de l'accès, ou bien les mucosités rejetées le sont en quantité si minime, qu'il est impossible de leur attribuer aucune part dans les accidents qui ont précédé. Ajoutons que dans les bronchites avec supersécrétion de mucosités visqueuses, on n'observe pas les symptômes ordinaires de l'asthme, preuve nouvelle que celui-ci est constitué par un autre élément. Pour nous, la sécrétion catarrhale n'arrive que consécutivement et sous l'influence de la perturbation nerveuse, comme nous avons vu maintes autres sécrétions être augmentées et modifiées dans le cours de certaines névroses. Nous ne contestons pas que dans ces cas l'obstruction des bronches par le mucus n'ait une certaine part dans les accidents que nous observons; mais nous répétons que cet élément que M. Beau regarde comme primitif, comme essentiel, que le mucus, dont M. Beau compare ici les effets à ceux que produit le calcul dans la colique néphrétique, nous paraît un accident, une conséquence de la maladie. Il est impossible, quand on considère le début brusque de la maladie, sa cessation rapide, ses retours irréguliers et souvent si capricieux, l'influence qu'exercent sur la marche des accès certaines circonstances, comme le plus ou moins d'intensité de la lumière ou des ténèbres, le changement de lieu, etc.; il est impossible, dis-je, de ne pas croire à une névrose du poumon. Que se passe-t-il dans l'organe? Se produit-il une contraction convulsive des bronches? C'est ce qu'on admet généralement, et c'est, en effet, ce que les expériences sur les animaux prouvent. M. Longet et plus tard Volkmann ont vu chez le bœuf et chez le cheval les divisions bronchiques se contracter sous l'influence des irritants mécaniques ou galvaniques appliqués aux rameaux mêmes de la huitième paire. Le spasme des bronches, en s'opposant, d'une part, à l'entrée de l'air, et en emprisonnant celui que les vésicules renferment, explique pourquoi la poitrine reste sonore et acquiert même souvent un excès de résonance.



## DU HOQUET

Le lecteur sait que le *hoquet* est une inspiration convulsive, accompagnée d'un bruit particulier qui se reproduit en général plusieurs fois par minute. Nous ne rechercherons pas si le hoquet est une affection convulsive du diaphragme, comme le voulait Hoffmann, ou une contraction spasmodique de l'œsophage, comme le pensait Boerhaave, plutôt qu'une névrose de l'estomac ou des voies respiratoires : car ces questions appartiennent à la physiologie, et nous entraîneraient hors de notre sujet.

Le hoquet ne constitue pas le plus souvent un état morbide, à proprement parler, puisque, chez les enfants surtout, il ne produit pas même de la fatigue, et que presque toujours il se dissipe tout seul après une durée très-courte.

Mais le hoquet est souvent un symptôme incommode dans le cours de plusieurs maladies; c'est ce qu'on remarque spécialement dans certaines affections aiguës et chroniques de l'encéphale, dans les péritonites, les entérites, les dysenteries graves, dans les étranglements intestinaux, etc. Dans tous les cas, la manifestation du hoquet est un signe de mauvais augure. Nous ne devons que rappeler ces faits sans y insister.

Le hoquet, dans quelques cas, est tout à fait primitif; il se développe alors indépendamment de tout état morbide appréciable, et constitue une affection véritable, qui, persistant pendant quelque temps d'une manière continue, fatigue et agace au delà de toute expression. Le hoquet ne se remarque guère que chez les sujets nerveux doués d'une grande susceptibilité et chez les femmes hystériques. Tantôt il survient spontanément, tantôt il est provoqué par quelque secousse violente, comme la colère, la frayeur. Ainsi que beaucoup d'autres névroses, il peut survenir par imitation, comme le prouve un fait raconté par Sauvages.

Le hoquet se dissipe ordinairement tout seul. Une émotion vive, la contention d'esprit, l'ingestion d'une boisson fortement acide ou glacée, l'action de boire lentement et sans respirer, un éternement, etc., l'arrêtent quelquefois tout court. Mais quand il résiste et qu'il passe à l'état chronique, il faut employer les bains, la limonade sulfurique, l'éther, les opiacés, puis les vomitifs à titre d'agents perturbateurs, les révulsifs sur l'épigastre, depuis le sinapisme jusqu'au cautère actuel. Sœmmering préférait un large vésicatoire dans le dos, et Shorth, un vésicatoire le long du cou, sur le trajet du nerf phrénique. Par la compression circulaire de la base du thorax, ou par une pression directe et énergique sur l'épigastre, dirigée de bas en haut, nous avons pu maîtriser parfois des hoquets qui avaient été réfractaires à tous les autres moyens. On pourrait recourir aussi à l'électricité : M. Duchenne (de Boulogne) rapporte dans les *Archives* de 1851 (numéro de mars), qu'il avait fait cesser subitement un hoquet qui durait depuis huit à dix heures en galvanisant le nerf phrénique. Inutile de dire que si, comme Casimir Medicus en cite des exemples, le hoquet est périodique, on doit le combattre par le quinquina.

## DES NÉVROSES SPÉCIALES A L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Les névroses spéciales au cœur sont les *palpitations* et la *syncope*. Nous ne dirons rien du *spasme du cœur*, avec bruit de soufflet et frémissement cataire, maladie qui, quoique admise par Laënnec, ne nous semble pas avoir une exis-

tence bien démontrée. Nous ne parlerons pas non plus en particulier des *irrégularités* et des *intermittences* que les battements du cœur présentent quelquefois sans qu'il existe aucune lésion organique; car, ces troubles survenant le plus souvent en même temps que les palpitations, et sous l'influence des mêmes causes que ces dernières, nous ne saurions dire sur leur compte rien qui leur soit spécial. Il ne peut non plus être question de ces intermittences si communes dans le cours des maladies aiguës, et dont nous avons apprécié la valeur diagnostique et pronostique en traitant des diverses affections dans lesquelles nous les avons constatées.

Quant aux névroses propres au système artériel, j'appellerai seulement l'attention du lecteur sur les *battements insolites des artères avec ou sans bruits morbides*. Je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, on ait démontré que les artères puissent être affectées d'une autre espèce de névrose. Il est, par exemple, fort douteux pour nous qu'il existe des névralgies artérielles, comme Laënnec l'a supposé. Quant au prétendu spasme artériel, caractérisé surtout par un bruit de souffle et même par un frémissement cataire dans les principaux troncs vasculaires, surtout dans les carotides, nous renvoyons à ce que nous avons dit aux articles *Anémie* et *Chlorose*, car nous croyons que c'est seulement lorsque la quantité des globules du sang est diminuée, comme elle l'est dans les affections précédentes, qu'on observe les bruits morbides dont nous parlons, bruits dont le mécanisme est encore un mystère pour nous.

## Des palpitations nerveuses du cœur.

Dans le langage médical, on entend, sous le nom de *palpitations du cœur*, des mouvements désordonnés, tumultueux du cœur, plus fréquents et le plus souvent aussi plus forts qu'à l'état normal, s'accompagnant le plus ordinairement d'un sentiment de malaise et de douleur.

Nous avons déjà maintes fois signalé ce symptôme dans le cours de la plupart des maladies du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux; mais les palpitations peuvent en outre se manifester chez des individus qui ne sont atteints d'aucune lésion matérielle appréciable de ces organes; on dit alors qu'elles sont *nerveuses*. C'est de ces dernières seulement que nous devons nous occuper ici.

**Symptômes.** — Les palpitations nerveuses placent l'individu qui en est affecté à peu près dans les conditions d'une personne dont la circulation serait accélérée par la course. Les battements du cœur sont en effet plus fréquents, et s'élèvent à 90, 100 et plus par minute; ils deviennent en même temps très-visibles; la main appliquée sur la région précordiale les distingue, et le malade en a la conscience; il peut même quelquefois entendre distinctement les deux bruits, surtout s'il se couche sur le côté gauche. Si le médecin explore la région précordiale pendant la durée des palpitations, il reconnaît d'abord que les battements du cœur sont plus accélérés, et qu'il y a un peu d'impulsion; mais, ainsi que Laënnec l'a noté, le choc, lors même qu'il paraît intense au premier abord, a réellement moins de force d'impulsion qu'on ne suppose; en effet, il ne soulève pas sensiblement l'oreille de l'observateur. Parfois les bruits sont éclatants; on les perçoit dans une plus grande étendue; on peut même les entendre à distance. Il existe quelquefois un léger bruit de souffle au premier temps, qui disparaît, comme le remarque M. Bouillaud, aussitôt que le cœur est revenu à son état de calme. On dit aussi que le froissement que les deux feuillets du péricarde exercent l'un contre l'autre avec une certaine violence développe un bruit de frottement sec et superficiel limité à la