

mortelle n'est autre chose qu'un accès auquel le malade a succombé brusquement. Parfois, la terminaison est moins subite et peut être due à une complication d'œdème pulmonaire suraigu dont nous avons signalé la fréquence relative chez les aortiques.

Quant à la mort par les progrès de l'affection cardio-aortique qui a été la cause du rétrécissement coronaire ou coexiste avec lui, elle n'appartient plus en fait à l'angine de poitrine et devient un accident au cours de son évolution. En pareil cas, d'ailleurs, on voit disparaître les accidents angineux dès que s'installent les phénomènes asystoliques confirmés (H. Huchard).

Diagnostic. — Il comporte la solution de deux problèmes : reconnaître le syndrome angineux et déterminer sa nature.

La première partie du diagnostic est ordinairement facile en se basant sur les caractères si nets de la crise d'angor; on devra pourtant se souvenir que l'on admet des angines de poitrine frustes et que l'angoisse a peut-être plus d'importance pour le diagnostic que la douleur elle-même.

Dans les cas les plus fréquents, la soudaineté du début de la crise, l'intensité et les caractères de la douleur angoissante, sa localisation rétro-sternale, ses irradiations en particulier au bras gauche, l'intégrité presque absolue du rythme respiratoire et cardiaque, la cessation brusque de l'accès ordinairement court, la santé parfaite dans l'intervalle des paroxysmes, constituent, en dépit des quelques variantes que nous avons signalées, un ensemble qui ne permet guère l'erreur.

Les névralgies thoraciques ou brachiales, plus suspectes sans doute lorsqu'elles coexistent avec une cardiopathie, se reconnaissent à leur siège, à la superficialité de la douleur, persistante, entrecoupée d'élanements paroxystiques, à leur exacerbation par la pression en des points déterminés, enfin à l'absence de toute angoisse. On évitera ainsi de confondre ces cas, comme l'a fait Laënnec, avec les crises véritables de l'angor pectoris.

Les accès d'asthme se distinguent par la dyspnée qui est prédominante, par la modification du rythme respiratoire, par la fixation du thorax en inspiration forcée, par la durée beaucoup plus longue de chaque crise, et la terminaison progressive accompagnée de sécrétions bronchiques avec expectoration typique, etc. Rappelons cependant que plus d'une analogie a été mise en évidence entre l'asthme et l'angine de poitrine, et qu'on a voulu voir dans chacune de ces affections paroxystiques une manifestation différente de la souffrance du pneumogastrique.

Dans la plupart des dyspnées, alors même qu'elles s'accompagnent de douleurs thoraciques, on aura, pour fixer le diagnostic, les troubles des phénomènes respiratoires, les signes perçus à l'auscultation thoracique, la congestion livide de la face, la permanence des accidents, et souvent les signes manifestes des lésions causales.

Enfin, la péricardite aiguë, la pleurésie diaphragmatique, l'aortite aiguë, ont parfois fait naître des doutes dans l'esprit d'observateurs sagaces; il est certain qu'elles s'accompagnent de douleurs sur le trajet du phrénique ou de douleurs rétro-sternales, irradiées souvent dans le dos ou les épaules, mais la persistance des phénomènes morbides, le mouvement fébrile, les signes physiques, ne permettront pas l'erreur, alors même qu'il existerait des crises paroxystiques. Nous avons vu d'ailleurs que, dans ces circonstances, les crises douloureuses peuvent

appartenir à l'angor dont la péricardite ou l'aortite représentent la cause prochaine : nous y reviendrons plus loin.

Lorsqu'on a établi qu'il s'agit d'un accès d'angine de poitrine, il reste à déterminer sa nature; c'est même là le point le plus important, car du diagnostic étiologique découlent les indications de pronostic et de traitement.

On basera son appréciation sur les caractères suivants, plus particulièrement propres à chacune des formes du syndrome.

L'angine de poitrine *organique*, par sténose coronaire et ischémie du myocarde, se reconnaît à la brusquerie du début des accès, revenant à des intervalles souvent fort longs, sous l'influence constante d'un mouvement exagéré, d'un effort, de l'ascension d'un escalier ou d'un terrain en pente, d'une marche rapide ou contre le vent, d'une émotion, d'une colère, d'un effort respiratoire pour le cri ou le chant, en un mot de toute cause capable d'activer les contractions du myocarde. L'accès, brusque, violent, avec irradiation douloureuse fréquente au bras gauche et jusque dans les deux derniers doigts de ce côté, sensation de mort imminente et angoisse extrême, est toujours court : de quelques secondes à quelques minutes, rarement à un quart d'heure ou une demi-heure, à moins qu'il ne soit composé de plusieurs paroxysmes successifs. Souvent il se termine par la mort subite. En faveur du diagnostic de cette forme d'angor on pourra invoquer l'existence des signes physiques ou fonctionnels d'une aortite, d'une affection cardiaque, et en particulier d'une cardiopathie artérielle, car l'angor est rare avec les lésions mitrales (Walshe, Broadbent). L'âge avancé des sujets, en rendant plus probable l'athérome artériel, peut apporter une présomption de plus.

Cependant il faut bien savoir que la sténose coronaire et l'angor ischémique sont compatibles avec les résultats négatifs de l'auscultation cardio-aortique, et que parfois, bien que rarement pour les premiers accès, la douleur peut éclater spontanément, au lit, pendant la première moitié de la nuit. Sans doute il faut tenir compte, pour interpréter l'apparition nocturne de ces accès d'angine de poitrine vraie ischémique, de l'agitation, de la fatigue et du surcroît de travail myocardique résultant des rêves pénibles ou des cauchemars (Potain).

Dans l'angor *névritique* de Lancereaux et de Peter, on pourrait observer des caractères semblables de l'accès, puisque la névrite à laquelle ils rapportent les accidents est souvent la conséquence d'une aortite ou d'une péricardite qui entraînent, en même temps qu'elle, la production de coronarite ou de sténose de l'abouchement des coronaires dans l'aorte, mais, lors d'absence de ces lésions coronariennes, la névrite du plexus cardiaque donnera lieu à des crises angineuses qui se pourront reconnaître aux caractères suivants bien spécifiés par J. Pawinsky (de Varsovie) ⁽¹⁾ dans l'angor symptomatique d'une péricardite sèche : coexistence de phénomènes d'aortite ou de péricardite aiguës ou subaiguës dans un certain nombre de cas, parfois même état fébrile; accès plus longs, douleur diffusée sur un territoire thoracique plus considérable, hyperesthésie cutanée thoraco-brachiale du côté gauche; et, bien que ce soit un angor « dont on meurt », rareté de la mort subite au cours de l'accès. En outre, on pourra constater l'inefficacité complète des moyens thérapeutiques utilement employés d'ordinaire dans la sténocardie; et, bien que l'effort, en excitant les filets terminaux du nerf vague, provoque parfois les accès, son influence est

(1) J. PAWINSKY. *Sem. méd.*, 6 octobre 1897.

bien moins manifeste sur le retour des crises qui, presque toujours, éclatent spontanément; enfin l'on voit persister dans leur intervalle les sensations douloureuses et les divers phénomènes subjectifs et objectifs relevant de l'aortite et de la névrite cardiaque.

Si, dans l'angine de poitrine par sténocardie, les mouvements ou l'effort jouent un rôle déterminant absolument caractéristique à l'égard des accès, et n'ont plus qu'une influence très restreinte et contestable dans l'angor névritique simple, dans toutes les autres formes d'angor les paroxysmes sont commandés par des causes occasionnelles très variables mais indépendantes des efforts musculaires.

Dans la variété *rhumatismale*, décrite par Martinet, les caractères de la crise en eux-mêmes n'offrent rien de très spécial: peut-être les douleurs irradiées sont-elles moins intenses, la pâleur et le refroidissement de la face et des extrémités plus marqués; parfois les troubles du rythme cardiaque ont précédé et suivi l'accès. La durée de celui-ci est longue, jusqu'à deux heures et plus (Martinet), son intensité progressivement décroissante; les retours n'en sont pas commandés par un mouvement, un effort ou une émotion. Dans les intervalles, la région précordiale demeure endolorie et sensible à la pression. La guérison paraît la règle.

C'est au cours d'un rhumatisme à déterminations articulaires mobiles que l'angor apparaît, d'ordinaire après le quatrième jour. La guérison est complète avec le rhumatisme.

Le diagnostic de la forme *névralgique* ou *névrosique*, celle qui se montre chez les névropathes, les arthritiques, s'appuie sur un ensemble de caractères cliniques: apparition du syndrome dès la jeunesse ou entre trente et quarante ans; fréquence plus grande chez la femme (80 fois sur 88 cas: Forbes); retour fréquent des accès, qui sont parfois périodiques, surtout nocturnes, et se prolongent souvent pendant une heure, et quelquefois pendant deux ou trois heures. Les accès semblent souvent spontanés; leurs causes déterminantes sont très variables, mais l'influence du froid est des plus manifestes. La douleur, tantôt semblable à celle de l'angor coronaire, tantôt consistant en une sensation de distension cardiaque et thoracique, s'accompagne souvent de dyspnée, de palpitations. Elle siègerait, d'après Mabboux, lors de névrose goutteuse du pneumogastrique plutôt à la pointe du cœur qu'à la base, sans s'irradier au bras ni à l'épaule, et sans angoisse terrifiante. Dans les intervalles des crises, la santé générale n'est troublée que par l'état de névropathie; mais le système cardio-aortique ne présente pas d'altérations, l'auscultation ne révèle aucun bruit morbide, il n'existe aucune dyspnée d'effort. La guérison est la règle, ou du moins les crises n'entraînent pas la terminaison fatale, et la durée de l'existence n'est pas abrégée de leur fait: elles sont « plus bruyantes que dangereuses ».

Dans la variété dite *vaso-motrice* on observe comme phénomènes précurseurs de l'attaque le refroidissement, l'engourdissement des membres, la pâleur de la face et des extrémités, la diminution de la sensibilité périphérique, le vertige, l'état syncopal, l'augmentation de la tension artérielle, l'accélération et l'irrégularité du pouls radial, le siège principal de la douleur non pas dans la région sternale mais dans la région précordiale moyenne (H. Huchard), avec ou sans irradiations au cou, bras, épaule ou aux doigts, mais avec sensation de distension cardiaque (Landois, Eulenburg, Rosenthal, etc.). Des phénomènes ana-

logues peuvent accompagner ou suivre le paroxysme de la crise d'angor coronaire, ils le précèdent dans l'angor vaso-motrice.

La forme d'angor *réflexe gastro-myocardique* se reconnaît aisément à son début en relation évidente avec l'ingestion d'aliments même peu abondants: l'accès est précédé d'une sensation pénible à l'épigastre, avec oppression, anhélation (Barié), parfois de palpitations, d'intermittences, de lipothymies. La douleur est moins cruelle que dans l'angor coronaire, elle semble précordiale plutôt que sous-sternale, le malade éprouve une sorte de plénitude thoracique et de gonflement du cœur. En même temps, on constate les signes de l'ectasie cardiaque droite avec accentuation du second bruit pulmonaire; parfois on observe du pouls veineux et des phénomènes asystoliques transitoires. La mort serait exceptionnelle.

Le diagnostic de l'angor *tabagique* ne saurait découler d'une forme spéciale des phénomènes cliniques, puisque, ainsi que l'a montré H. Huchard, l'intoxication nicotique peut entraîner la production de l'angine de poitrine, soit par l'intermédiaire de l'artério-sclérose (angor scléro-tabagique), soit par l'intermédiaire de troubles dyspeptiques (angor gastro-tabagique), soit par le spasme des artères coronaires (angor spasma-tabagique). Les crises offriront donc tantôt les allures de l'angine réflexe d'origine gastrique, tantôt celles de l'angine par ischémie myocardique; lorsqu'il ne s'agit que du spasme coronaire, l'accès pourra revêtir une forme ébauchée ou même fruste, et apparaître spontanément sans l'intervention de l'effort. En pareil cas Merklen⁽¹⁾ insiste avec raison sur le siège précordial (partie inférieure de la région) et non rétro-sternal de la douleur, et sur sa persistance en dépit d'un repos absolu. Bien plus rarement que dans la sténose coronaire organique il se terminera par la mort. La notion de l'usage ou de l'abus du tabac, la constatation, dans l'intervalle des accès, d'autres accidents de l'intoxication nicotique, palpitations, arythmie, etc., permettront d'établir le diagnostic étiologique; la disparition des accidents par la suppression du tabac confirmera ce diagnostic dans nombre de cas.

On devra souvent tenir compte des *formes mixtes* dont les allures cliniques, plus complexes, relèvent de la coexistence chez un même malade de plusieurs des causes capables d'engendrer le syndrome angineux (Potain). Les caractères propres à chacune des variétés d'angor permettront le plus souvent, après une étude attentive du cas, d'établir l'association des causes qui président à l'écllosion successive de diverses formes d'accès dans des conditions généralement très dissemblables.

Pronostic. — Il découle de l'étude qui précède. Essentiellement grave pour l'angine de cause coronarienne qui place le malade sous la menace constante de la mort subite, il devient moins sévère dans l'ischémie fonctionnelle du myocarde ou dans la névrite du plexus cardiaque, et comporte une bénignité qui, pour avoir été sans doute exagérée, n'en demeure pas moins réelle dans les autres formes et en particulier chez les névropathes. Si l'on ne peut, sans forcer la vérité des faits, diviser les angines de poitrine en angines vraies, dont on meurt, et pseudo-angines dont on ne meurt pas, du moins il faut reconnaître que la guérison est la règle dans ces dernières, tandis qu'elle est l'exception dans le cas de lésions cardio-aortiques et de sténose coronaire. On en

(1) MERKLEN. *Bull. méd.*, 7 janvier 1899.

connaît pourtant un certain nombre d'exemples, et, si l'efficacité d'un traitement approprié a pu être à bon droit invoquée, la guérison, d'après Guyot (¹), a été parfois spontanée. L'intensité, la durée, la fréquence des accès n'ont donc pas l'importance qu'on serait tenté de leur attribuer, et, comme l'a dit très justement Landouzy, « en matière d'angine de poitrine, l'étiologie a plus de valeur au point de vue du pronostic que la symptomatologie ».

Rarement mortelle dès le premier accès, l'angine de poitrine semble menacer plus immédiatement la vie lorsque les crises de sténocardie n'exigent plus pour éclater qu'une cause occasionnelle moins puissante, parfois même inappréciable. On a signalé également comme de fâcheux augure l'extension croissante des irradiations douloureuses jusqu'à l'avant-bras ou aux doigts, alors qu'elles étaient restées limitées, dans les accès antérieurs, au niveau de l'épaule ou de l'articulation du coude.

Dans la pratique, on devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence d'une *forme mixte*, bien étudiée par Potain et H. Huchard : après un examen minutieux, la constatation de quelque signe, même léger, pouvant faire soupçonner une lésion coronaire chez un sujet présentant, d'autre part, tous les symptômes d'angine de poitrine nerveuse, toxique ou réflexe, devrait, on le conçoit, faire réserver le pronostic et inspirer des craintes, souvent trop tôt justifiées, au sujet d'une terminaison fatale.

Traitement. — Quelle que soit la variété d'angine de poitrine, le traitement doit répondre à deux grandes indications : combattre la crise douloureuse, et prévenir son retour.

1^o *Traitement de l'accès.* — Bien qu'il soit à peu près identique dans tous les cas, nous l'étudierons ici dans l'*angine coronaire*.

Tout d'abord on placera le malade dans la position assise, au repos absolu ; on exigera le calme et le silence autour de lui, et l'on veillera à lui procurer une atmosphère fraîche.

Les agents médicamenteux propres à combattre la crise devront évidemment posséder soit une action calmante contre la douleur elle-même, soit une action vaso-dilatatrice capable de favoriser la circulation intra-myocardique, de diminuer les résistances périphériques et la tension artérielle, d'activer l'énergie des contractions du cœur et de prévenir la syncope.

Pour calmer la douleur, si elle est intense et prolongée, on aura recours à la *morphine* en injections hypodermiques, soit seule, soit associée à l'atropine comme le voulait Gueneau de Mussy. L'opium, dès longtemps préconisé en pareil cas (Heberden), pourrait être employé à défaut de morphine, mais par suite de son mode d'administration il n'agit que lentement, et l'injection devra être préférée.

Mais on n'injectera qu'une petite dose, à la fois : 1/2 centigramme et parfois même moins encore ; s'il est nécessaire, on renouvelera l'injection au bout d'un temps variable. Les opiacés possèdent, outre leur effet analgésique, une action dilatatrice sur les capillaires qui contribue à les rendre efficaces en pareil cas (Sydenham, Hufeland, Gubler, Laborde, H. Huchard).

Dans quelques observations on a cru devoir attribuer la mort subite ou rapide à l'injection de morphine pratiquée quelques instants auparavant au

(¹) Guyot. *Soc. méd. des hôp.*, 1887.

cours d'un accès. Mais on peut admettre, avec H. Huchard, qu'il s'agit là d'une simple coïncidence sans relation de cause à effet : la mort subite est un fait si habituel dans l'histoire clinique de la sténocardie qu'elle a pu fort bien survenir après une piqûre de morphine et non à cause d'elle.

On devra cependant s'abstenir de la morphine, qui pourrait être dangereuse, au cas de menace de collapsus cardiaque ou lors d'œdème pulmonaire suraigu : c'est alors que les piqûres d'éther, de caféine, d'huile camphrée, ou même la saignée peuvent trouver leur indication.

Le *chloral*, en potion ou en lavement, peut produire des effets utiles, mais il est inférieur à la morphine.

Les inhalations de *chloroforme* ou d'*ether* devront être employées avec grande modération ; H. Huchard regarde même l'usage du chloroforme comme dangereux.

Parmi les agents vaso-dilatateurs, le plus efficace est, à coup sûr, le *nitrite d'amyle*.

On devra l'employer dès le début de l'attaque, en inhalations, à la dose de 5 à 6, et jusqu'à 15 ou 20 gouttes, versées sur une compresse avec laquelle on recouvre le nez et la bouche du malade.

On se sert ordinairement d'ampoules en verre mince, renfermant la dose de nitrite d'amyle nécessaire, et que l'on brise sur un mouchoir au moment de la crise ; le malade peut ainsi porter toujours le remède avec lui.

L'action en est très rapide ; au bout de quelques secondes la face rougit, les yeux s'injectent, les oreilles bourdonnent, en même temps que la douleur et l'angoisse se calment et que les battements cardiaques augmentent de fréquence et de force.

Comme succédané on peut recourir à la *nitro-glycérine* ou *trinitrine*, dont l'action est plus lente, mais plus durable. On l'emploie avec avantage, tantôt contre l'accès lui-même, tantôt dans l'intervalle des crises pour en éloigner le retour. On l'administre par la voie gastrique, ou par la voie hypodermique, suivant les formules ci-dessous :

℥. Solution alcoolique de trinitrine au 100° XXX gouttes.
Eau distillée 300 grammes.
Trois à six cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures.

℥. Solution alcoolique de trinitrine au 100° XL gouttes.
Eau distillée 10 grammes.

Injectez une demi-seringue de Pravaz au moment de l'accès (jusqu'à 5 ou 4 fois dans les vingt-quatre heures).

On a proposé récemment dans le même but le *tétranitrate d'érythrol* (ou *tétranitrol*) et le *nitrate de mannitol* qui sont des vaso-dilatateurs, dont l'action est plus prolongée que celle de la trinitrine : mais celle-ci, pendant la crise, a l'avantage d'agir plus rapidement. On emploie le nitrate d'érythrol à la dose de 4 à 6 centigrammes par jour.

Le *nitrite de sodium* a donné entre les mains de Matthew Hay (d'Édimbourg) quelques bons résultats. On prescrira une ou deux cuillerées à café de la solution :

℥. Nitrite de sodium 14 grammes.
Eau 550 —

Le tribromure d'allyle, conseillé par de Fleury (de Bordeaux), a été rarement expérimenté.

L'électricité, surtout sous forme de courants continus, peut rendre des services au moment des attaques, mais constitue surtout un traitement destiné à en prévenir le retour.

2° La thérapeutique préventive, dans le cas d'angine coronarienne, comprend des règles d'hygiène, et l'usage persévérant de la médication iodurée.

On recommandera au malade d'éviter toute fatigue, tout effort, tout mouvement violent, surtout avec le bras gauche (F. Franck, Potain); il devra supprimer les exercices corporels, marcher lentement, faire des repas peu copieux, éviter les boissons ou les aliments excitants, entretenir la liberté intestinale, et au besoin adopter, au moins par moments, le régime lacté. Le tabac sera interdit sous quelque forme que ce soit; on n'oubliera pas que le séjour dans une chambre dont l'atmosphère est imprégnée de fumée de tabac constitue un danger manifeste.

On ajoutera à ces prescriptions l'emploi des *révulsifs* à la région précordiale pour combattre les progrès de l'aortite : vésicatoires, cautères, pointes de feu répétées, coton iodé, etc.

La médication proprement dite pourra être dirigée contre la diathèse rhumatismale ou goutteuse, au moyen des alcalins, du bicarbonate de soude, de la lithine ou du salicylate de soude, à petites doses. Mais ce sont surtout les altérations du système artériel que l'on devra s'efforcer de combattre en administrant les iodures de potassium ou de sodium à doses modérées (40 centigrammes à 2 grammes par jour, en deux prises), mais avec persistance. Ce traitement devra être continué, par périodes de trois semaines tous les mois, pendant plusieurs années.

Rappelons que, pour éviter les accidents d'intolérance à l'égard de l'iodure, on pourra recourir avantageusement aux injections sous-cutanées d'iodipine, ou de lipiodol (voy. p. 277), qui sont des combinaisons chimiques oléiodées.

D'après Rumpf (de Hambourg) (1) on peut combattre l'angor par sténocardie en s'adressant directement à l'aortite, à la coronarite sténosante avec plaques calcaires; il conseille, comme capable de faire rétrocéder cette induration artérielle, l'usage d'une solution d'acide lactique et de carbonate de soude, et l'abstention du lait, des œufs et de tous aliments riches en sels de chaux. Jusqu'ici l'expérience n'a pas paru réaliser les espérances fondées sur cette méthode.

On pourrait sans doute obtenir des résultats plus appréciables par l'emploi du sérum de Trunczek.

Si l'alcoolisme ou le saturnisme semblaient être en cause, on s'efforcera d'en supprimer l'action nocive.

Dans les autres formes, nerveuse, rhumatismale, réflexe ou toxique de l'angor pectoris, le traitement de la crise demeure à peu près identique, puisque l'indication principale, en pareil cas, est de calmer la douleur; l'antipyrine, la valériane, l'éther, l'exalgine, l'opium et la morphine rendront tous les services qu'on est en droit d'en attendre. Les vaso-dilatateurs, le nitrite d'amyle, etc., ne donneront que des résultats incertains ou nuls.

Les bromures n'agissent que bien lentement pour combattre l'accès, mais la

(1) RUMPF (de Hambourg). XV^e Congrès de méd. int., Berlin, juin 1897.

médication bromurée soutenue permettra souvent d'éloigner les crises chez les névropathes ou les névralgiques.

D'ailleurs, c'est surtout, en pareille circonstance, à la cause du syndrome que la thérapeutique doit s'adresser.

Dans l'angor névralgique, s'il existe une sorte d'aura, principalement partant du bras gauche, on a conseillé la section du nerf intéressé (Tillaux) ou encore la ligature du membre ou du moignon.

Dans les angines des névroses, chez les hystériques, chez les neurasthéniques, les bromures, ou, mieux encore, la valériane, le valérianate d'ammoniaque, et même l'hydrothérapie mitigée et administrée avec grande prudence, seulement dans l'intervalle des crises, donneront de bons résultats.

Dans l'angine de poitrine rhumatismale, Martinet conseille les émissions sanguines locales, la suppression du salicylate, et l'emploi des excitants diffusibles; il ajoute qu'on pourra recourir, lorsque le danger pressant sera passé, à l'application d'un vésicatoire à la région précordiale. C'est aux mêmes moyens qu'on devra le soulagement, souvent très rapide, des crises qui surviennent chez les arthritiques nerveux à la suite de l'impression du froid sur la poitrine, et l'effet d'un large vésicatoire est souvent remarquable en pareil cas. Il est à peine besoin d'ajouter que ces malades devront éviter avec grand soin toute cause de refroidissement et porter une flanelle en contact avec la peau du thorax.

Dans l'angor réflexe d'origine gastrique, c'est aux alcalins, aux amers, et en particulier à la noix vomique ou à la fève de Saint-Ignace qu'il faudra s'adresser. En même temps, on surveillera le régime alimentaire et l'on régularisera l'évacuation intestinale.

Dans l'angor toxique, on devra supprimer la cause; et, pour le tabac en particulier, il faut bien savoir qu'il ne suffit pas de restreindre la dose, mais qu'il faut obtenir la suppression complète.

CHAPITRE II

SYNCOPE

Description. — C'est la perte de connaissance, ordinairement assez subite, qui accompagne l'arrêt plus ou moins brusque des battements cardiaques et des mouvements respiratoires.

Ordinairement, elle est précédée de quelques rapides sensations de malaise, de vide cérébral avec troubles visuels et auditifs, connues sous le nom de *lipothymies*; le patient présente, en pareil cas, une pâleur marquée de la face, avec sueur froide, parfois des nausées ou des efforts de vomissements; le vertige s'accroît, le regard se voile et le malade tombe à terre en état de mort apparente.

Il est exceptionnel d'observer des convulsions, ou l'émission involontaire d'urine ou de matière fécale.

Dans bon nombre de cas, soit par suite de l'intensité insuffisante de la cause, soit grâce aux secours immédiats apportés au malade, tout se borne à une lipo-