

Enfin, parmi les préceptes de l'hygiène, qui n'offre non plus ici rien de spécial, on insiste sur l'usage des vêtements de flanelle. (Voy. pour plus de détails le traitement de l'*État nerveux*.)

## ARTICLE XXVIII.

## DE L'ANGINE DE POITRINE.

1914. *Bibliographie*. — ROUGNON. *Lettre à M. Lorry touchant les causes de la mort de M. Charles, ancien capitaine de cavalerie*. Besançon, 1768, in-8.
- W. HEBERDEN. *Some account of a disorder of the breast* (*Med. Transactions by the College of physicians of London*, 1768, t. II, p. 59). — *A letter to Dr Heberden concerning the angina pectoris, and Dr Heberden account of the dissection of one*. 1775, *Ibid.*, t. III, p. 1.
- J. WALL. *On the angina pectoris*, in *Medical Tracts*, publiés par Martin Wall. Oxford, 1770, in-8. — *A Letter to Dr Heberden*. (Déjà cité, *Med. Transact.*, t. III.)
- J. FOTHERGILL. *Case of an angina pectoris* (*Med. Observations and Inquiries*, 1767, t. IV, p. 233), et dans les *Œuvres de Fothergill*. Londres, 1783, in-8, 2 vol.
- TH. PERCIVAL. *Case of angina pectoris* (*Med. Commentaries*. Londres, 1775, t. III, p. 180).
- ELSNER. *Abhandlung über die Brustbräune*. Koenigsb. 1778.
- D. MACBRIDE. *A case of angina pectoris which terminated fatally* (*Med. Commentaries*, t. V, p. 92). — *History of angina pectoris successfully treated* (*Med. Observ. and Inquiries*, 1778, t. VI, p. 9).
- GRUNER. *Spicilegium and angina pectoris*. Iena, 1782.
- R. HAMILTON. *Case of angina pectoris* (*Med. Commentaries*, 1780, t. IX, p. 307).
- TODE. *Diss. de inflammationibus pectoris chronicis, angina pectoris*, etc. Copenhague, 1788.
- J. JOHNSTONE. *Case of angina pectoris from an unexpected disease of the heart* (*Mem. of med. Society of London*, t. I, p. 376. — Le même volume contient une observation de HOOPER).
- J.-B. SCHAEFFER. *Diss. de angina pectoris*. Gœttingue, 1787, in-8.
- WAGHAS, *presid.* HARTMANN. *Diss. de angina pectoris*. Francfort-sur-l'Oder, 1791.
- SCHMIDT. *Diss. de angina pectoris*. Gœttingue, 1793.
- S. CRAWFORD. *Diss. de angina pectoris*. Edimbourg, 1795.
- J. HAYGARTH. *A case of angina pectoris* (*Med. Transactions*, t. III, p. 37).

- E. ALEXANDER. *History of a case of angina pectoris cured by the solutio arsenici* (*Med. Comment.*, 1790, t. XV, p. 373).
- W. LEE PERKINS. *A case of angina pectoris cured by white vitriol* (*Mem. of med. Society of London*, 1792, t. III, p. 580).
- S. BLACK. *Cases of angina pectoris* (*Mem. of med. Society*, t. IV, p. 261, et *Ibid.*, t. VI, p. 41).
- EVERARD HOME. *A short account of the late John Hunter's life*. Londres, 1794, in-8. — Extrait dans la *Bibliothèque britannique, sciences et arts*, t. II, p. 299.
- W. BUTTER. *A Treatise on the disease commonly called angina pectoris*. Londres, 1796, in-8.
- C.-H. PARRY. *An inquiry into the symptoms and causes of the syncope anginosa*, etc. Londres, 1799, in-8.
- G.-N. HILL. *Case of angina pectoris* (*Med. and physical Journal*, 1800, t. IV, p. 30).
- HESSE. *Specimen de angina pectoris*. Halle, 1800.
- WICHMANN. *Ideen zur Diagnostik*, 2<sup>e</sup> édit. Hanovre, 1801, t. II, p. 143.
- SLUIS. *Dissert. de sternodynia synoptica et palpitante*. Groningue, 1802.
- G. HUME. *Observations on angina pectoris*, etc. Dublin, 1804, in-8.
- DREISSIG. *Handwörterb. d. medicin. Klinik*, 1806, t. I, p. 229.
- JAHN. *Ueber die Syncope anginosa Parry's*, etc. (*Hufeland's Journal*, 1806, t. XXIII).
- BAUMES. *Recherches sur cette maladie à laquelle on a donné les noms d'angina pectoris et de syncope angineuse*, etc. (*Annales de la Soc. de méd. pratique de Montpellier*, 1808, t. XII).
- L.-L.-B. LENTIN. *Beyträge zur ausübenden Arzneywissenschaft. Supplementband*. Leipzig, 1808, in-8, p. 30.
- V.-L. BRERA. *Della sternocardia saggio patologico-clinico*. Modène, 1810, in-4.
- E.-H. DESPORTES. *Traité de l'angine de poitrine*, etc. Paris, 1811, in-8.
- J. BLACKALL. *Observations on the nature and cure of dropsies, to which is added an appendix containing several cases of angina pectoris*. Londres, 1813, in-8.
- J. LATHAM. *Observations on certain symptoms denoting angina pectoris* (*Med. Transactions*. Londres, 1813, t. IV, p. 278).
- ZECCHINELLI. *Sulla angina del petto e sulle morti repentine*. Padoue, 1814, t. I.
- JURINE. *Mémoire sur l'angine de poitrine, qui a emporté le prix*, etc. Paris, 1815, in-8.
- J. AVERARDI. *De angine pectoris ejusque præcipua specie sternocardia*. Pavie, 1816.

- R. REID. *On the use of oxygen gas in angina pectoris* (*Transact. of the College of physicians in Ireland*. Dublin, 1817, t. I, p. 101).
- J.-J. FONTAINE. *Essai sur l'angine de poitrine*. Thèses de Montpellier, 1819, n° 41.
- SCHRAMM. *Commentatio pathologica de angina pectoris*. Leipzig, 1822.
- A. OLLENROTH. *Dissert. de angina pectoris*. Leipzig, 1822.
- F.-E. WOLF. *De angina pectoris*. Leipzig, 1825.
- P.-M. ASTÈS. *Essai sur l'angine de poitrine ou sternalgie*. Thèses de Montpellier, 1828, n° 50.
- ADELMANN. *Brustbräune und Erweiterung des Herzens* (*Hufeland's Journal*, 1830, août, p. 3).
- RAIGE-DELORE. Article *Angine de poitrine* du *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. III, 1833.
- LARTIGUE. *De l'angine de poitrine* (*Mém. couronné par la Soc. de médecine de Bordeaux*). Paris, 1846, in-12.
- Voy. en outre les ouvrages sur les maladies du cœur de CORVISART, LAENNEC, TESTA, KREISIG, BOULLAUD, HOPE, STOKES, etc.

1915. *Définition*. Une douleur d'une nature spéciale et d'une violence extrême, ayant pour siège la région sous-sternale à gauche, d'où elle s'irradie à la paroi thoracique et au membre supérieur du même côté, un sentiment de suffocation et d'angoisse, caractérisent, en se reproduisant sous forme d'accès, la maladie à laquelle Heberden a imposé le nom d'*angine de poitrine*.

Les auteurs qui l'ont étudiée avant et depuis cette époque lui ont donné différens noms, suivant l'idée qu'ils se sont faite de sa nature ; c'est ainsi qu'on l'a appelée successivement : *asthme convulsif*, *asthme douloureux*, *goutte diaphragmatique*, *asthme arthritique*, *syncope angineuse*, *sternalgie*, *sternocardie*, *pneumonalgie*, *pneumogastralgie*, etc.

1916. *Symptomatologie*. — *a*. La douleur est le symptôme capital de l'angine de poitrine. Elle en marque le début. C'est en général à l'occasion d'un exercice un peu forcé qu'elle se développe : au moment où le malade monte un escalier, gravit une légère pente, marche contre le vent, il ressent tout à coup derrière le sternum et un peu à gauche une violente constriction, comme si une pression puissante enfonçait la paroi thoracique antérieure et la rapprochait de la colonne vertébrale ; d'autres fois il semble au patient, suivant l'expression de Laennec, que des ongles de fer ou la griffe d'un animal lui déchirent la poitrine. Cette attaque si inattendue jette les individus dans un état de crainte et d'angoisse inexprimable. Pour ne pas augmenter leurs souffrances, ils gardent une immobilité absolue, les uns debout, les autres assis et fortement penchés soit en avant soit en arrière. Puis tout ce trouble disparaît et, n'é-

tait la terreur qui domine encore les malades, on les croirait dans un état de santé parfaite.

Tel est le type le plus simple des paroxysmes de l'angine de poitrine ; mais la sensation douloureuse est rarement aussi limitée. En général elle s'étend de la paroi thoracique à l'épaule et à la partie interne du bras du côté gauche. Au bras, elle s'arrête en général au-dessus du coude ; quelquefois elle semble suivre le trajet du nerf cubital et se fait sentir le long de l'avant-bras jusqu'au poignet et même jusqu'à l'extrémité des doigts. Assez souvent, dépassant la poitrine par en haut, elle gagne le cou, la mâchoire inférieure et l'oreille. Ce n'est qu'exceptionnellement que la douleur s'étend à d'autres parties, tels que le bras droit, les cuisses et les jambes ; parfois la douleur des parois thoraciques se dirige d'une mamelle à l'autre, ou suit le trajet des nerfs intercostaux, et détermine (chez les femmes surtout) une hyperesthésie considérable de la région mammaire. Les douleurs du cou, de la face et du membre supérieur sont bien moins cruelles que celle du sternum, elles donnent seulement lieu à un engourdissement et à une certaine inhabileté à mouvoir les parties qu'elles envahissent.

La succession des phénomènes douloureux telle que nous venons de la présenter, est la règle ; quelquefois cependant on observe une marche différente, la douleur prenant son point de départ dans le bras ou le cou, et de là s'étendant aux parois thoraciques.

*b*. Les accès ne débutent pas toujours d'une manière soudaine, et certains malades sont avertis de leur approche par du malaise, de l'inquiétude, une agitation plus ou moins grande, ou encore par des phénomènes plus localisés, analogues à l'*aura* des accès convulsifs et variables suivant les individus : chez quelques-uns il y a production rapide de gaz dans l'estomac ; chez d'autres une sensation de bouillonnement qui du creux de l'estomac semble monter vers la poitrine, etc.

*c*. Les mouvemens respiratoires ne présentent pas de modification notable ; c'est à peine si leur nombre est augmenté, à moins qu'il n'y ait quelque complication. De même, le pouls, pendant la durée du paroxysme est le plus souvent accéléré, concentré, mais il conserve son rythme normal ; les intermittences et les irrégularités du pouls indiquent d'une manière à peu près certaine qu'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux existe concurremment avec l'angine de poitrine (Parry). Si la face s'injecte au début de l'accès, ce n'est que d'une manière tout à fait transitoire ; elle devient bientôt très pâle et se couvre, chez quelques malades, d'une sueur abondante.

*d*. Les fonctions du tube digestif restent en général dans un état d'intégrité parfaite ; toutefois il est assez fréquent de voir l'attaque se terminer par d'abondantes évacuations de gaz. M. Lartigue a signalé parmi les phénomènes de l'accès un malaise particulier de la vessie avec besoin irrésistible de miction. Les urines sont en général claires et limpides. Il

est bien rare que leur émission et celle des matières fécales soient involontaires. Dans un cas observé par Laennec, la fin de l'accès était annoncée par un gonflement du testicule gauche.

1917. *Marche, durée, terminaisons.* — Les accès se groupent sous forme d'accès séparés par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels la santé paraît se rétablir complètement, à moins de complications. Cette marche fait de l'angine de poitrine une maladie essentiellement intermittente. Les périodes de calme varient avec les individus et aussi avec le degré d'ancienneté de la maladie : ainsi dans le principe, il peut s'écouler plusieurs mois ou même plusieurs années entre deux paroxysmes ; ceux-ci ne durent alors que quelques minutes, et pour les provoquer, il faut l'intervention d'une cause puissante. Mais, à mesure que la maladie s'éloigne de son début, elle s'aggrave : les intermittences deviennent beaucoup moins longues ; les attaques, en augmentant de fréquence, sont aussi de plus en plus cruelles ; leur durée, au lieu de quelques minutes ou de quelques secondes, est d'un quart d'heure, d'une demi-heure, d'une heure et même davantage (M. Desportes parle d'accès qui auraient duré sept à huit heures). C'est alors qu'on voit la respiration notablement gênée et que les paroxysmes se renouvellent sous l'influence des causes les plus légères ; ils ont lieu non plus seulement le jour, mais encore la nuit après le premier sommeil ; la douleur, au lieu de disparaître franchement à la fin de l'accès, ne s'efface que par degrés et les malades ne retrouvent plus un calme complet dans l'intervalle de leurs crises. Ces changemens qui s'opèrent dans les symptômes de l'angine de poitrine, à mesure que sa durée se prolonge, ont engagé quelques auteurs à partager son évolution en plusieurs époques ou phases distinctes.

Baumes en admet deux : dans la première, caractérisée par l'état de simplicité de la maladie, les intervalles de calme sont longs, le pouls est naturel pendant les accès, et ceux-ci exigent pour se produire le concours d'une cause qui agisse avec une certaine intensité. Dans la seconde phase de l'affection, le cœur et ses dépendances deviendraient le siège d'une lésion organique : les accès se rapprochent, ils sont plus violents, les causes qui les renouvellent sont moins appréciables ; la circulation s'embarrasse, tout mouvement brusque menace de déterminer une syncope. Une pareille division ne saurait être admise, la maladie étant loin d'avoir une marche aussi régulière, et notamment la lésion des organes de la circulation pouvant tantôt exister dès le début, tantôt manquer jusqu'à la fin. — Les mêmes réflexions s'appliquent en partie à la division proposée par M. Desportes qui admet trois stades dans la marche de l'angine de poitrine, toutefois sans tenir compte de l'état de simplicité ou de complication. Dans le premier stade, les accès sont courts ; ils exigent pour se produire l'action d'une cause assez active ; ils n'apparaissent que le jour, et cessent d'ordinaire aussi brusquement qu'ils sont venus ; la res-

piration est libre, le pouls normal. Dans le second stade, les causes les plus légères suffisent pour ramener les accès qui surviennent indistinctement la nuit et le jour, sont plus fréquents, plus longs et ne se dissipent que lentement. Le troisième stade n'est pas constant : il constitue le dernier terme de la maladie, et il a pour caractère l'extrême intensité de tous les accès. — On voit qu'en somme ces divisions ont pour seule utilité de signaler la gravité de plus en plus grande de l'affection à mesure qu'on s'éloigne du début.

La *durée* de l'angine de poitrine est variable, depuis quelques mois jusqu'à dix, quinze ou vingt ans. Pendant cette période quelquefois si longue on observe des alternatives fréquentes d'amendement et d'aggravation du mal.

La mort en est la *terminaison* la plus fréquente. Elle survient presque toujours dans l'intervalle de deux accès, quelquefois à la fin d'un paroxysme, et le plus souvent elle est foudroyante : ce sont des cas exceptionnels que ceux où une souffrance, variable dans sa durée depuis quelques minutes à une demi-heure, précède la syncope ultime. Quoi qu'on en ait dit, dans les faits d'angine de poitrine bien avérés la guérison est rare, et cette heureuse issue n'a guère été notée que dans les observations d'angine *essentielle* ; cependant il y a quelques exceptions à cette règle, et, par exemple, M. Gintrac a vu guérir un cas grave où existait une lésion de la crosse aortique dont les signes avaient été constatés avant même le début de l'angine de poitrine (*Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, 1835) : la rémission des accès coïncida avec le gonflement du testicule gauche, gonflement qui se dissipa lentement par suite d'une médication appropriée (1).

1918. *Étiologie.* — L'âge et le sexe ont ici une influence remarquable. C'est surtout à partir de quarante ans qu'on voit se développer la sternalgie ; rarement elle existe chez des personnes moins âgées ; l'enfance paraît être complètement à l'abri de cette affection. Le sexe

(1) On trouve dans Hoffmann la relation d'un fait qui présente avec celui de M. Gintrac une grande analogie (Fr. Hoffmann, *Consultation. et Responson. Francofurti ad Moenum*, 1734, in-4, t. I, p. 422, casus xcii. *De asthmate spasmodico cum tumore testis sinistri*). Tout à l'heure il a été fait mention d'un malade observé par Laennec et chez lequel un gonflement du testicule gauche survenait aussi à la suite des accès de sternalgie. Enfin nous avons connaissance d'un cas où la guérison de l'angine de poitrine a été signalée par l'apparition d'une névralgie ilio-scrotale ; on peut jusqu'à un certain point rapprocher cette dernière observation de celles rapportées par Hoffmann, Laennec et M. Gintrac, si l'on admet un rapport plus ou moins direct entre les affections des organes génitaux et celles du plexus lombo-abdominal. (Voy. dans ce volume : *Névralgie lombo-abdominale*, § 1830, et *Hyperesthésies des organes génitaux*, § 1891, A. Consultez également un travail de M. Marrotte, intitulé : *Névralgie ilio-scrotale du côté gauche compliquée d'orchite symptomatique*, et inséré dans l'*Union médicale*, 1831, n° 38).