

de la *goutte* sur le cœur (Elsner, Barthez) ou sur le diaphragme (Stephen-Butter).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'angine de poitrine comporte deux problèmes à résoudre :

- 1^o. reconnaître le syndrome angineux ;
- 2^o. déterminer s'il s'agit d'*angor pectoris vrai*, ou d'une *pseudo-angine de poitrine*, et en rechercher la cause.

1^o DIAGNOSTIC DE LA MALADIE.

Il est assez facile : l'angine de poitrine, procède par *accès brusques*, et se caractérise par une *douleur angoissante* extrêmement vive, siégeant dans la région *rétro-sternale*, accompagnée d'*irradiations* vers l'épaule, le cou, le bras, l'avant-bras du côté gauche de préférence, avec intégrité des fonctions respiratoires et du rythme cardiaque ; enfin par la terminaison brusque de l'accès, avec retour à la santé du moins en apparence dans l'intervalle des crises.

Cependant, certains accès incomplets ou frustes d'angine de poitrine pourront quelquefois faire confondre celle-ci d'une part, avec certaines *affections douloureuses* de la région thoracique, et d'un autre côté, avec *certaines crises dyspnéiques* de nature diverse.

1^o *Affections douloureuses du thorax.*

a. Les *névralgies brachio-thoraciques*, la *névralgie intercostale* se distingueront de l'accès d'*angor pectoris*, par l'absence de caractère angoissant de la douleur, par le siège superficiel de celle-ci, sa permanence avec exacerbations paroxystiques spontanées, et dans d'autres cas provoquées par la pression au niveau de certains points déterminés. Certaines de ces névralgies thoraciques sont symptomatiques de *tumeurs du médiastin*, d'*anévrismes de l'aorte* dont les signes physiques restent parfois frustes pendant fort longtemps, mais auxquels on devra songer, surtout chez les adultes, particulièrement lorsqu'on rencontrera des troubles respiratoires ou circulatoires d'une interprétation difficile.

b. La *névralgie diaphragmatique* donne lieu à une douleur au niveau de la dixième côte gauche au niveau des insertions diaphragmatiques, avec propagation le long du bord gauche du sternum remontant jusqu'au cou et même vers l'épaule du même côté, qui pourront la faire confondre avec l'angine de poitrine. Mais, la douleur ne présente jamais ni le caractère angoissant si particulier à l'*angor pectoris*, ni le siège dans la région rétro-sternale, qui lui est propre.

c. La *pleurésie diaphragmatique gauche* présente, comme la névralgie précédente, une zone douloureuse sur le domaine du nerf phrénique, et de plus s'accompagne de phénomènes fébriles et d'une dyspnée permanente qui manquent dans l'angine.

d. La *péricardite aiguë* s'accompagne parfois de douleur dans la ré-

gion précordiale, avec irradiation plus ou moins nette sur le trajet du phrénique, vers l'épaule et même la région dorsale ; mais, outre qu'il s'agit plutôt en général d'une gêne douloureuse que d'une douleur angoissante, la maladie se manifeste encore par de la fièvre et des signes physiques d'une importance capitale (frottements péricardiques) qui manquent totalement dans l'angor.

e. *L'aortite aiguë* donne lieu souvent à une sensation fort douloureuse de gêne, de constriction rétro-sternale sous forme d'accès qui ressemblent d'assez près à la crise d'angine de poitrine ; mais, dans l'aortite une fois la crise terminée, le malade conserve une sensation permanente de poids, de lourdeur rétro-sternale, avec de la dyspnée véritable des plus pénibles, alors que dans l'*angor pectoris*, le retour à la santé s'opère dès la terminaison brusque de l'accès.

2^o *Crises dyspnéiques.* — a. Les accès d'*asthme* ne donnent lieu à aucune sensation de constriction angoissante de la région rétro-sternale, mais ce qui domine c'est la dyspnée intense accompagnée de sifflement respiratoire, survenant par accès d'une durée bien autrement longue que celle des accès angineux, et qui se terminent par une expectoration bronchique abondante et caractéristique, qu'on ne rencontre jamais dans les crises angineuses.

b. La *dyspnée des cardiopathies organiques* est permanente et s'accompagne parfois de cyanose et d'œdème périphériques ; en pareil cas, la difficulté du diagnostic n'existe guère, car les signes d'auscultation établissent l'origine des accidents.

B. DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE L'ANGINE DE POITRINE :

I. *L'angine de poitrine vraie, liée à la coronarite*, est caractérisée surtout par le *début brusque* des accès douloureux sous l'influence d'un effort musculaire, d'une marche rapide, de la montée d'un escalier, d'une émotion vive, d'un accès de colère, bref de tout ce qui peut être une cause d'accélération des contractions du cœur. La *douleur* est atroce, angoissante avec sentiment de mort imminente, comparée à la sensation d'un étouffement, de griffes enserrant la poitrine, siégeant derrière le sternum avec irradiation vers le cou et le bras gauche ; elle a une durée fort courte : quelques secondes à plusieurs minutes.

Dans les premiers temps, ces accès sont rares et espacés par des intervalles éloignés mais qui tendent à se rapprocher à mesure que l'affection se prolonge. Ces crises surviennent le plus souvent au delà de 45 à 50 ans, surtout chez les hommes, presque toujours des athéromateux, des artérioscléreux et particulièrement chez ceux qui sont atteints de lésions aortiques (aortite chronique, dilatation, anévrismes, insuffisance sigmoïdienne avec leurs signes physiques habituels, mais qui sont parfois peu manifestes ou même nuls). On se souviendra cependant, que si l'angine de poitrine vraie est rare avec des lésions

mitrales (Broadbent), elle peut exister toutefois chez les mitraux artérioscléreux. On retrouvera donc dans les antécédents de presque tous les malades, les affections habituelles qui prédisposent à l'aortite : fièvre typhoïde, syphilis, saturnisme, etc. La terminaison de l'accès, est brusque, son pronostic est de la plus haute gravité et peut se terminer par la mort subite.

II. Contrairement à l'angor vrai, les pseudo-angines de poitrine, ne reconnaissent pas comme cause occasionnelle des efforts musculaires ou des mouvements brusques ; elles surviennent sous des influences multiples : froid, névropathies, troubles dyspeptiques, arthritides, action toxique (tabac) etc., elles éclatent fréquemment la nuit et parfois avec des retours plus ou moins périodiques. L'intensité de l'accès est moindre, la douleur siège plutôt dans la région moyenne du cœur que dans la zone rétro-sternale ; c'est rarement la sensation d'étau ou de griffes dont les malades se plaignent, mais plutôt d'une sensation de poids sur la poitrine, de « cœur trop gros ». Dans l'angine vraie, il n'y a pas de dyspnée, ici au contraire, l'accès s'accompagne d'un peu d'oppression ou d'anhélation.

Les crises ont une durée beaucoup plus longue que celles de l'angor vrai : elles peuvent persister durant une demi-heure, deux, trois heures et plus et leur répétition est fréquente.

Contrairement à l'angine vraie qui se montre presque toujours à l'âge mûr et chez les hommes, ces pseudo-angines surviennent à tout âge, et peuvent se rencontrer chez la femme (hystérie, neurasthénie, rhumatisme). De plus, alors que dans l'angine vraie, l'auscultation révèle presque toujours l'existence d'une lésion aortique, dans l'angine fautive on ne trouve aucun signe morbide à l'examen de la région cardio-aortique ; enfin — point capital — dans cette dernière encore, le pronostic est relativement bénin et la guérison est la règle, alors que la mort vient le plus souvent terminer un accès d'angine de poitrine vraie, et cela à une période plus ou moins rapprochée de la crise première.

Quelques caractères spéciaux indiqueront tout particulièrement la nature particulière de chacune de ces angines fautes.

L'angor pectoris d'origine névropathique de même que celle de nature névralgique sont surtout le propre du sexe féminin (80 fois sur 88 cas d'après Forbes) ; elles éclatent, soit spontanément, soit sous l'influence d'un refroidissement brusque, pendant la nuit de préférence, et s'accompagnent souvent de symptômes accessoires, tels que palpitations, accès d'oppression ; leur durée est parfois d'une à trois heures. L'auscultation ne dénote aucun bruit morbide au niveau du cœur ou de l'aorte ; enfin, la crise passée, les malades ne ressentent aucun trouble dans leur santé, et ne conservent que leur état névropathique antérieur.

L'angine de poitrine, liée aux troubles gastriques, est provoquée chez les prédisposés, par l'ingestion d'une quantité d'aliments même très minime : elle est précédée d'un sentiment d'oppression, ou plus justement d'anhélation profonde, accompagnée le plus souvent de palpitations, et même d'arythmie cardiaque. La douleur paraît occuper plus nettement la région précordiale que la zone rétro-sternale ; enfin c'est moins une sensation de constriction ou d'angoisse dont se plaint le malade, qu'un sentiment de plénitude et de cœur trop gros. A l'auscultation, on note les signes de la dilatation des cavités droites du cœur, avec rejet de la pointe vers l'aisselle gauche, accentuation du second bruit dans le deuxième espace intercostal gauche, et quelquefois bruit de galop diastolique au niveau de la région xiphoidienne. Dans quelques cas très accusés, on note des signes d'insuffisance tricuspide fonctionnelle avec accidents d'asystolie.

L'usage, et plus encore l'abus journalier du tabac, ainsi que la disparition des accidents d'angor pectoris après la suppression de cette habitude, indiqueront la nature toxique des accidents cardiaques.

Enfin, le diagnostic devra parfois conclure dans le sens d'angine de poitrine mixte, lorsque le malade présentera à la fois des causes multiples capables de produire la crise angineuse (Potain, Rendu).

Huchard a résumé les caractères de l'angine de poitrine coronarienne ou vraie en disant :

1° Toute angine de poitrine causée par un effort, est une angine coronarienne ; par contre, les douleurs angineuses qui naissent spontanément, sont dues à une névralgie ou à une névrite cardiaque ;

2° Les douleurs précordiales produites par la pression ne sont pas liées à l'angine coronarienne.

Il croit aussi, que lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort, en éprouve d'autres nées spontanément et pendant la nuit, il s'agit également d'angine coronarienne.

Si nous voulons maintenant élargir la question, nous dirons que l'angine de poitrine n'est, en définitive, qu'un syndrome et que la maladie, c'est la coronarite. Celle-ci, en clinique, se manifeste de deux façons distinctes :

Si la lésion occupe le tronc principal de la coronaire, elle donne naissance à l'angine de poitrine dite vraie ;

Si le rétrécissement coronarien suivi de thrombose occupe un rameau de moindre importance, il se produit un infarctus du myocarde, suivi de rupture du cœur, ou d'une cicatrice fibreuse point de départ pour un anévrysme du cœur ; ces deux altérations ont été étudiées antérieurement (voir pages 710 et 716).

Pronostic. — Nous avons suffisamment insisté, chemin faisant, sur la gravité extrême de l'angine de poitrine coronarienne et sur la

bénignité relative, en général, des accès de fausses angines ; nous n'y reviendrons pas.

Traitement. — Il comprend le *traitement de l'accès* proprement dit, et le *traitement préventif* à suivre dans l'intervalle des crises.

A. *Traitement de l'accès d'angine de poitrine.*

En face de l'intensité de la douleur et de la gravité de la crise, il importe d'agir sans perdre de temps ; or les agents calmants par excellence sont ici l'*opium* — ou mieux, un de ses principes actifs les plus puissants : la *morphine* — et le *nitrite d'amyle*.

L'*opium* a une action calmante trop lente à se produire, aussi a-t-on recours presque toujours d'emblée à la *morphine* ; on donne le médicament en injection sous-cutanée à la dose d'un centigramme, qu'on pourra renouveler une ou deux fois encore si cela est nécessaire. La *morphine* est quelquefois mal supportée et peut provoquer des vomissements ; dans ce cas, on peut l'associer à l'*atropine* suivant la formule suivante : eau distillée simple ou eau distillée de laurier cerise, 10 grammes ; chlorhydrate de *morphine*, 0,10 centigrammes ; sulfate neutre d'*atropine*, 0,01 centigramme. La seringue de Pravaz tout entière renferme 1 centigramme de chlorhydrate de *morphine* et 1 milligramme de sulfate d'*atropine* ; on commencera par une demi-seringue d'abord.

La *morphine* ne fait pas que soulager la crise angoissante, elle exerce encore une *action vaso-dilatatrice* puissante sur les capillaires sanguins ; elle favorise par cela même la puissance contractile du cœur en abaissant la tension artérielle et en diminuant la résistance périphérique ; par cette double action thérapeutique elle convient donc au premier chef dans le traitement de l'angor pectoris.

A côté de la *morphine*, il faut citer encore, à cause de son *action vaso-dilatatrice* manifeste, le *nitrite d'amyle* qu'on emploie sous forme d'*inhalation* à la dose de 3 à 6 gouttes versées sur un mouchoir ; mais son action peu durable exige qu'on renouvelle parfois cette inhalation deux ou trois fois lorsque l'accès est intense et de durée longue. Ce médicament doit être toujours fraîchement préparé, aussi a-t-on l'habitude de recommander aux malades de porter sur eux de petites ampoules de verre contenant la dose de *nitrite d'amyle* nécessaire pour une inhalation, et qu'ils recueillent sur leur mouchoir au moment même de l'accès, après avoir brisé une des extrémités de l'ampoule. Ce procédé très simple est extrêmement pratique. L'action du médicament est très rapide : en quelques secondes, la face rougit, les yeux s'injectent, les oreilles perçoivent des bourdonnements et en même temps les battements du cœur augmentent de force et de fréquence, enfin la crise se calme. Mais, comme nous l'avons dit, la

faible durée de l'action calmante du *nitrite d'amyle* (30 secondes au plus) nécessite la répétition des inhalations.

Comme succédané de la médication précédente, on recommande encore la *nitro-glycérine* ou *trinitrine*, qui possède également une action vaso-dilatatrice évidente : elle donne lieu à de la congestion vive de la face et du cou, avec accélération des battements cardiaques suivie d'abaissement de la tension artérielle. Cette dilatation vasculaire, marquée surtout sur les vaisseaux de la face, s'atténue de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de ceux de la périphérie ; les vaisseaux du poulmon et ceux de la rétine sont les seuls qui ne participent point à cette action.

La *trinitrine* s'administre sous deux formes : par la voie gastrique à la dose de trois cuillerées à soupe, chaque jour, d'une solution aqueuse composée de XXX gouttes d'une solution alcoolique au centième de *trinitrine* et de 300 grammes d'eau distillée ; en injection sous-cutanée à la dose d'un quart de seringue de Pravaz, renouvelée 2 à 3 fois dans les 24 heures, d'une solution de 10 grammes d'eau distillée et de XXX à XL gouttes de la solution alcoolique de *trinitrine* au centième.

Il faut savoir cependant que la *trinitrine* cause parfois une céphalalgie sous-orbitaire grave des plus douloureuses qui oblige quelquefois à diminuer les doses précédentes.

A côté de ces médicaments de premier plan, on a proposé encore l'usage de la *cocaïne* (Lutaud), de la *cicutine* (Dujardin-Beaumetz), de l'*exalgine* (Desnos), de l'*antipyrine*, du *nitrite de sodium* (Matthew Hay), du *tribromure d'allyle* (Fleury), de la *pyridine* (G. Sée) qui aurait l'avantage, sur le *nitrite d'amyle* d'être d'une parfaite innocuité. Mais ces différentes médications n'ont donné que des résultats imparfaits et contestables. Le *chloral* peut être utile, mais il est inférieur à la *morphine*. Les inhalations d'*ether* ou les pulvérisations sur la région pré-cordiale soulagent certainement, mais l'action n'est pas durable.

L'*aimantation* employée par Laënnec dans quelques cas, la *faradisation* mise en œuvre pour la première fois, par Duchenne, de Boulogne (1853) ne sont pas recommandables et ce dernier traitement surtout est un moyen dangereux, au dire même de Duchenne.

Les courants continus, au contraire, ont donné parfois de bons résultats (Dujardin-Beaumetz, Peter, Armaingaud, Maurice Raynaud), mais ils paraissent s'appliquer surtout aux cas de pseudo-angines de poitrine à forme névralgique.

B. *Traitement préventif de l'accès.* — Le malade devra s'astreindre à une vie calme, régulière, exempte d'émotions vives. Les promenades régulières sans fatigue sont permises, mais à aucun prix le malade ne devra marcher vite ni faire d'ascensions. Tout exercice violent (escrime, bicyclette, chasse, etc.), tout effort brusque (surtout du bras gauche,

Potain) sont interdits. L'alimentation sera réparatrice, mais il faudra proscrire les mets excitants, le thé, le café, les boissons alcooliques, le vin de Champagne; l'eau pure seule ou additionnée d'un peu de vin blanc très léger sera la boisson préférée. Le *tabac*, sous toutes ses formes, doit être *proscrit pour toujours*.

C. *Traitement médicamenteux*. — a. Dans l'angine de poitrine vraie, le malade devra *durant plusieurs années* se soumettre sans interruption, (20 jours par mois environ), à l'usage des préparations iodurées (0,50 à 1 gram. d'iode de sodium en moyenne chaque jour) et les 10 jours restants, prendre, chaque jour dans un peu d'eau : 6 à 10 gouttes de la solution de trinitrine à 1/100. De plus, lorsque l'affection se complique de poussées d'aortite, les révulsifs locaux sont indiqués sous forme de badigeonnages de teinture d'iode, de pointes de feu, de vésicatoires volants, pansés de façon aseptique, de petits cautères appliqués au niveau de l'aorte.

Dans les périodes avancées de la maladie, lorsque le myocarde commence à faiblir et qu'il se produit de petites attaques de subastolie, les toniques du cœur, la digitale et la caféine trouveront leur emploi.

b. Les pseudo-angines de poitrine de nature rhumatismale ou goutteuse réclameront l'usage du salicylate de soude et des sels de lithine, des applications révulsives sur la région précordiale. De plus, les malades devront éviter les refroidissements brusques sur la région thoracique antérieure, et dans ce but, porteront de la flanelle sur la poitrine, et des vêtements de laine.

c. L'angor névrosique réclame les préparations bromurées et les valérianiques, le séjour à la campagne, la vie calme, et les pratiques hydrothérapiques. La douche sera donnée d'abord tiède pour éviter le froid brusque qui peut quelquefois réveiller un accès; plus tard on la donnera à une température plus basse.

Le traitement hydro-minéral peut dans ces cas, rendre de grands services; les stations choisies seront de préférence: Nérès, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Plombières, Divonne, Royat.

d. Si l'angine de poitrine se rattache à une névralgie périphérique (bras, thorax), la révulsion locale, les courants continus, et à l'intérieur, l'exalgine, la phénacétine, et les préparations de quinine rendront des services incontestables.

e. Le régime lacté absolu s'adressera avant tout à l'angine de poitrine d'origine gastro-hépatique.

f. Enfin, il va de soi que la suppression définitive du tabac est le seul traitement qui convienne à l'angor pectoris d'origine tabagique.

REMARQUE. — L'histoire des coronarites devrait se compléter ici par celle des ruptures du cœur qui reconnaît souvent pour cause une coronarite des petits rameaux des coronaires avec infarctus consécutif du myocarde. Mais, l'histoire des ruptures du cœur comprenant aussi celles qui sont d'origine traumatique et celles qui occupent l'appareil valvulaire, lesquelles n'ont rien à voir avec la coronarite, nous avons dû grouper les ruptures du cœur dans un chapitre unique et les décrire avec les maladies du myocarde (voir page 716).

ANGINE DE POITRINE

RÉSUMÉ

Historique. — Décrite pour la première fois par Rougnon (lettre à Orry, février 1768).

Heberden lui donne le nom d'angine de poitrine (juillet 1768).

Très nombreux travaux en France et à l'étranger :

Fothergill, Hamilton, Parry, Romberg, Stokes, Gairdner, Lauder-Brunton.

Desportes, Jurine, Lartigue, Peter, G. Sée, Potain.

Mémoire de Huchard (1883); traité de Gélinau (1887).

Symptômes. — Bien connus et admis par tous les cliniciens, seule la pathogénie est encore discutée.

Maladie procède par accès dans l'intervalle desquels la santé reste bonne en apparence;

L'accès est constitué par douleur angoissante extrêmement vive, dans la région rétro-sternale, avec irradiations vers l'épaule et le bras gauches.

Causes de l'accès.

Quelquefois, la nuit, sans cause apparente; peut-être l'émotion du rêve ou le décubitus dorsal qui élève la tension artérielle.

Prodrômes: bâillements, météorisme, sensations douloureuses dans les membres.

Le plus souvent: début brusque et soudain, à l'occasion:

D'un effort, mouvement brusque, marche précipitée, montée d'un escalier;

D'une vive émotion, joie, colère;

Du travail de la digestion;

Douleurs à la périphérie, traumatisme sur le thorax.

Douleur: éclate brusquement, pendant la marche ou l'effort.

Caract.: Poignante, atroce, étouffante, griffes de fer, angoisse inexprimable.

Sensation de mort prochaine.

Malade immobile, main portée à la poitrine, pâle, extrémités refroidies, corps couvert de sueur.

Cessation brusque, de la crise douloureuse.