

phlegmasiques subaiguës du côté du myocarde ou des artères coronaires.

Mais il est un autre facteur étiologique dont Huchard et son élève Tournier (1) ont montré toute l'importance : c'est la toxémie, liée soit à l'insuffisance rénale, soit à des erreurs d'alimentation. L'insuffisance rénale est souvent précoce chez les artérioscléreux. la sclérose du rein marchant de pair avec celle des artères et du myocarde ; elle se révèle par la diminution de la toxicité urinaire (Tournier), le retard et la lenteur de l'élimination du bleu de méthylène (Achard) et, sans avoir nécessairement recours à ces procédés expérimentaux, par la diminution de l'urée et de la densité des urines avec albuminurie légère. L'urémie peut alors être invoquée comme cause de la dyspnée ; et, de fait, les crises d'asthme urémique décrites par les auteurs sont très semblables aux crises d'asthme cardiaque. Toutefois celui-ci n'est pas nécessairement lié à l'insuffisance du rein et s'observe assez souvent chez des malades dont la perméabilité rénale est normale. Par contre, il existe chez eux, d'une manière presque constante, une intolérance telle pour tout autre aliment que le lait que les crises éclatent dès qu'ils commettent une infraction au régime lacté, tandis qu'elles cessent quand il est rigoureusement suivi. Huchard, qui a justement mis en relief cette particularité, en a conclu à l'origine toxico-alimentaire de la dyspnée pseudo-asthmatisique des cardiaques : les toxines provenant de l'alimentation, agissant sur les vasomoteurs, déterminent des crises de vaso-constriction des artères périphériques, d'où l'augmentation de l'hypertension artérielle avec ses conséquences. Ainsi s'expliqueraient les troubles vasculaires qu'on observe en même temps : la pâleur du visage et des téguments, le vertige, l'asphyxie locale des extrémités. D'ailleurs, ces accidents sont temporaires, correspondent à des poussées ou des réveils d'artériosclérose : Bohn, élève de Huchard, a récemment étudié les rémissions de la dyspnée alimentaire dans les cardiopathies artérielles, rémissions qui peuvent être de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Il n'est pas douteux que l'élément nerveux tienne une place importante dans la pathogénie de l'asthme cardiaque ; mais il n'est pas toujours sous la dépendance de la toxémie. Peter invoquait une parésie transitoire et intermittente du pneumogastrique due à une excitation réflexe partie de l'estomac ou de tout autre organe. Potain et Barié ont observé, sous l'influence de simples troubles digestifs, des crises de dyspnée rappelant l'asthme cardiaque avec palpitations et souvent petitesse du pouls, cyanose, refroidissement de la face et des extrémités survenant immédiatement après les repas : ces crises sont attribuables à une excitation réflexe partie des voies

(1) TOURNIER, La dyspnée cardiaque. Th. de doct. de Paris, 1892.

digestives pour aboutir au poumon par l'intermédiaire du grand sympathique, déterminant la contraction spasmodique de ses capillaires, d'où une hypertension dans l'artère pulmonaire. Les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques ont cela de particulier que, chez certains sujets prédisposés, ils surviennent sous l'influence d'une irritation même légère de l'estomac, du foie, de l'intestin. Que cette extrême susceptibilité existe chez un artérioscléreux, et les crises de dyspnée pseudo-asthmatisique pourront se reproduire par l'adjonction au lait d'un aliment inoffensif, même du pain, ainsi que je l'ai récemment observé. Enfin, il ne faut pas négliger, dans l'interprétation des crises dyspnéiques des artérioscléreux, la part des irritations parties de l'endocarde et de l'aorte. Les recherches expérimentales de F. Franck ont, en effet, démontré que l'excitation traumatique ou chimique de la face interne de l'aorte détermine des dyspnées réflexes qui se manifestent simplement par l'accélération des mouvements respiratoires, ou peuvent reproduire le syndrome de la crise d'asthme. Il est donc possible que certaines dyspnées cardiaques soient sous la dépendance de poussées et de réveils phlegmasiques du côté de l'aorte.

En résumé, l'asthme cardiaque relève de circonstances occasionnelles diverses, mais semble révéler surtout l'insuffisance momentanée du myocarde, dont l'hypertrophie compensatrice ne contre-balance plus que d'une manière imparfaite les effets de l'hypertension artérielle. Le repos et le régime lacté suffisent ordinairement pour rétablir temporairement cet équilibre. Mais les toniques cardiaques et les diurétiques sont quelquefois les adjuvants nécessaires de ce traitement.

La dyspnée, ou **respiration de Cheyne-Stokes**, est une forme plus rare et plus spéciale de dyspnée qui s'observe à une phase avancée de l'artériosclérose, sous l'influence combinée de l'insuffisance cardiaque, de l'ischémie cérébrale et souvent de l'insuffisance rénale. Il s'agit d'un trouble du rythme respiratoire caractérisé par des phases alternatives d'apnée et de polypnée durant chacune de dix à quarante secondes, associées à divers troubles cérébraux dont la description appartient à l'histoire de l'asystolie. La respiration de Cheyne-Stokes est, en effet, l'une des manifestations du cerveau cardiaque.

PALPITATIONS.

Tandis que la dyspnée, phénomène pulmonaire, est la conséquence commune et le signe fonctionnel par excellence des cardiopathies, les palpitations, phénomène cardiaque, n'en dépendent que dans le plus petit nombre de cas. Elles consistent, suivant la définition de Laënnec, de Bouillaud, de Potain, dans une sensation de battements de cœur exagérés et pénibles, s'accompagnant souvent

de la fréquence de ces battements et quelquefois de leur irrégularité. Cette sensation, incommode et parfois angoissante, est mise en éveil soit par une suractivité fonctionnelle de l'organe, soit par des influences qui exaltent sa sensibilité en troublant son rythme. C'est, d'ailleurs, une réaction tout individuelle, ordinairement due à « un état général héréditaire ou acquis, mélange de nervosisme et d'anémie » (Potain).

Les palpitations se produisent sous l'influence de l'effort ou au repos, alors survenant sous forme d'accès diurnes ou nocturnes, spontanés ou provoqués par des circonstances occasionnelles dont les plus communes sont les repas et les émotions. La forme la plus simple des *palpitations d'effort* est celle qu'éprouve l'homme en bonne santé qui vient de fournir une longue course ou qui gravit péniblement une côte. Son cœur est animé de battements énergiques et fréquents qui ébranlent la paroi thoracique en même temps que se produit la dyspnée d'effort, phénomènes imputables à la dilatation et à la suractivité cardiaque; le sujet en a conscience et, pour être moins incommodé, applique instinctivement la main sur la région précordiale. Ces palpitations d'effort physiologiques cessent rapidement par le repos et exigent, pour se produire, un travail musculaire inusité. Il n'en est pas de même des palpitations d'effort pathologiques, qui surviennent, en même temps que la dyspnée, sous l'influence d'une marche à peine accélérée et rendent impossible l'ascension d'un escalier ou d'un terrain en pente. Elles sont souvent l'indice d'une affection valvulaire, particulièrement du rétrécissement mitral, mais on les observe également dans la chlorose, l'anémie, les états névropathiques. Elles sont moins communes dans l'artériosclérose et la myocardite chronique, la dyspnée d'effort angoissante et constrictive qui en résulte obligeant le malade à s'arrêter avant tout signe apparent de suractivité cardiaque.

Les *palpitations par accès* se comportent tout autrement. Une émotion peut en être la cause provocatrice; elles surviennent plus souvent spontanément en apparence, réveillent le malade la nuit ou le surprennent au milieu d'occupations paisibles; c'est souvent après le repas, soit immédiatement, soit au bout de deux ou trois heures, que se produisent les paroxysmes. Tout peut se borner à la sensation incommode de battements qui dure ou quelques instants ou quelques heures; c'est à peine si le pouls est légèrement accéléré; il n'y a ni dyspnée, ni douleur. Mais les crises sont souvent plus longues et plus pénibles, compliquées de divers phénomènes qui inspirent des craintes au malade et à son entourage. Pour en exprimer les caractères variés, Potain a distingué les palpitations *hyperkinésiennes*, *arythmiques*, *hyperesthésiennes*. La première forme est surtout caractérisée par l'intensité de l'impulsion de la pointe en même temps que par l'accélération des battements; ce qui domine dans la seconde, c'est

leur irrégularité et leur intermittence, donnant au malade le sentiment inquiétant de leur suspension et d'une menace d'arrêt du cœur. Assez communes chez les neurasthéniques et habituellement provoquées par un surmenage physique ou moral ou encore par un écart alimentaire, les palpitations arythmiques sont presque toujours associées à une grande angoisse. C'est l'arythmie angoissante des neurasthéniques (Huchard), dont les crises peuvent durer douze ou vingt-quatre heures sans qu'il en résulte aucun accident sérieux. Les palpitations hyperesthésiennes sont accompagnées de douleurs précordiales éveillées ou exagérées par chaque battement cardiaque: elles appartiennent surtout aux hystériques et aux dyspeptiques; on les observe encore chez certains rhumatisants.

Au point de vue étiologique et pathogénique, les palpitations ont été distinguées en symptomatiques, sympathiques et idiopathiques ou nerveuses. Les **palpitations symptomatiques** sont en rapport soit avec une lésion cardiaque ou cardio-artérielle, soit avec une altération du sang, chlorose ou anémie par hémorragie. Les cardiopathies se compliquant de palpitations sont surtout l'insuffisance aortique, les affections mitrales, le rhumatisme musculaire du cœur (Potain), la myocardite; l'aortite et l'anévrysme de l'aorte se manifestent également par des battements de cœur, et cela dès le début. C'est, d'ailleurs, un signe variable et sans valeur autre que celle d'un avertissement devant inciter le médecin à examiner avec soin l'état du cœur (Potain), sans qu'il soit possible d'en tirer aucune déduction directe, sauf chez l'enfant au-dessous de douze ans, qui n'est que rarement sujet à des palpitations d'origine extracardiaque (d'Astros). Les palpitations symptomatiques revêtent toutes les formes, mais surviennent surtout sous l'influence de l'effort, et sont compliquées de dyspnée. D'ailleurs, elles dépendent autant de la prédisposition commune à tous les sujets atteints de palpitations que de la lésion locale, qui n'intervient que comme cause occasionnelle, soit en troublant directement le fonctionnement du cœur, soit, quand il s'agit de l'aorte, en agissant par voie réflexe (F. Franck).

Les **palpitations sympathiques** sont la conséquence d'une irritation réflexe partie de quelque viscère plus ou moins éloigné. Elles dépendent le plus habituellement d'un trouble digestif, sans qu'il soit toujours facile d'en déterminer la nature. Ce peut être une simple hyperesthésie de la muqueuse stomacale mise en éveil par le contact d'un aliment solide, du vin, ou une excitation liée soit à l'hyperacidité du suc gastrique, soit à des fermentations secondaires. Un embarras gastrique léger, une lenteur habituelle de la digestion suffisent pour provoquer des palpitations: « Tout individu qui, sommeillant après ses repas, se réveille avec des palpitations, est un dyspeptique » (Potain), et, suivant la remarque de Chomel, elles peuvent être l'unique symptôme d'une dyspepsie latente. Parfois, le point de

départ de l'éréthisme cardiaque est dans une irritation intestinale, qu'il s'agisse de la présence d'un ténia, de constipation ou de pneumatose. Enfin, une souffrance du foie, et particulièrement la lithiase biliaire, peut être l'origine de crises de palpitations. Celles-ci, chez les dyspeptiques, offrent le plus habituellement le type hyperkinésien simple; mais il n'est pas rare qu'elles se compliquent d'arythmie ou de précordialgie. Après l'estomac, l'appareil utéro-ovarien est celui dont l'irritation se traduit le plus facilement par des palpitations: l'approche des règles, la ménopause, les phlegmasies chroniques de l'utérus et de ses annexes en sont assez souvent la cause occasionnelle. Le réflexe a plus rarement son point de départ dans le poumon: Sénac avait observé des palpitations à la suite d'inhalation de poussières irritantes, et il est probable que l'excitation cardiaque du début de la tuberculose (Andral, Hirtz) tient pour une part à l'irritation du poumon. Enfin les névralgies diverses, et plus particulièrement la névralgie ou la névrite du plexus brachial (Potain) peuvent se compliquer de battements de cœur.

On range dans la catégorie des **palpitations nerveuses** toutes celles qui ne dépendent pas d'une lésion du cœur ou de quelque autre organe. A vrai dire, toutes les palpitations résultent plus ou moins d'un trouble nerveux et d'une prédisposition névropathique: mais il en est qui en sont la manifestation directe et initiale. Ainsi en est-il des palpitations dites idiopathiques, si communes chez la femme, mais également observées chez des hommes adultes et vigoureux, et qui se montrent souvent dès le jeune âge pour se continuer jusqu'à l'extrême vieillesse sans déterminer ni dégénérescence ni même hypertrophie du cœur. Elles sont héréditaires dans certaines familles, et, si l'on ne trouve pas toujours l'antécédent direct, on relève souvent une double hérédité nerveuse et cardiaque expliquant à la fois la prédisposition nerveuse et sa localisation (Potain). Indépendamment de ces palpitations nerveuses simples, qui constituent une véritable névrose, se renouvelant sous forme de crises jusqu'à l'âge le plus avancé, on observe communément des battements de cœur chez les jeunes gens et les jeunes filles à l'âge de la croissance et de la puberté, sous l'influence de l'anémie ou de la fatigue nerveuse qui résultent du développement rapide de l'organisme, quelquefois des premières excitations génitales, souvent d'une dyspepsie latente assez commune chez les jeunes collégiens (Huchard). Ces mêmes palpitations nerveuses idiopathiques peuvent survenir accidentellement à la suite de violentes émotions, de surmenage physique et intellectuel, associées ou non à un état neurasthénique également accidentel. Elles dépendent quelquefois d'une intoxication lente mais prolongée par le tabac, le café, le thé. Elles appartiennent enfin au tableau symptomatique de certaines névroses, maladie de Basedow, hystérie, hypocondrie.

La pathogénie des palpitations nerveuses et des palpitations en général n'est pas la même dans tous les cas. G. Sée avait autrefois distingué les palpitations paralytiques dues à une inhibition momentanée des pneumogastriques et des centres modérateurs et les palpitations irritatives résultant d'une excitation directe ou réflexe du grand sympathique et des ganglions auto-moteurs. S'il est difficile actuellement, sinon impossible, d'établir la part de ces deux modes pathogéniques; on est amené, dans un certain nombre de cas, à faire jouer un rôle prédominant au grand sympathique. Ainsi en est-il quand les palpitations cardiaques sont associées à des *palpitations artérielles* et à des troubles vaso-moteurs, qui paraissent dépendre d'une véritable névrose vaso-motrice. Les palpitations artérielles se produisent surtout du côté de l'aorte abdominale et des carotides. Les battements nerveux de l'aorte (pulsations épigastriques, palpitations coeliaques) peuvent exister isolément, simulant même les palpitations cardiaques, chez des sujets jeunes, impressionnables et hypocondriaques; assez violents pour troubler le sommeil, ils surviennent d'une manière intermittente, en rapport avec des troubles digestifs, les périodes menstruelles, les émotions vives, les préoccupations de l'esprit (Axenfeld, Dieulafoy). Les battements exagérés des carotides, également conscients et gênants, sont souvent observés chez les malades atteints de maladie de Basedow, mais aussi chez certains neurasthéniques, associés à des palpitations cardiaques, à une sensation troublante de pulsations artérielles exagérées dans toutes les parties du corps, et à des bruits artériels auriculaires avec ou sans bourdonnements, surtout gênants après les repas et la nuit quand la tête repose sur l'oreiller. Il s'agit, suivant l'expression de Dane (1), d'une sorte de *neurasthénie pulsatile* coïncidant avec la nervosité, la dépression, l'insomnie, un léger degré de dermatisme et de tendance aux alternatives de rougeur et de pâleur de la face et des oreilles. Les sujets qui en sont atteints sont assez souvent des hyperchlorhydriques, et j'ai constaté, chez plusieurs, une hyperchlorurie urinaire des plus prononcées. Le surmenage physique et moral, joint à l'usage prolongé du café, sont les causes occasionnelles les plus communes de cet éréthisme cardio-vasculaire.

Il est une autre névrose accidentelle caractérisée par l'association de palpitations et de troubles vaso-moteurs particuliers. C'est la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber, qui appartient à l'histoire des *névroses vaso-motrices*. Kisch (2) a récemment décrit une affection analogue qu'il a observée chez des officiers. Elle est caractérisée par des crises de palpitations violentes de quelques

(1) DANE, On a new type of neurasthenic disorder, angio-paralytic or pulsating neurasthenia (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 janvier 1895).

(2) KISCH, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 5.

minutes de durée et se répétant plusieurs fois dans la journée accompagnées d'une sensation de pression dans la région précordiale avec angoisse, céphalalgie, faiblesse musculaire générale, vertige, tendance lipothymique ; on note, en même temps, l'atonie du tube digestif, du météorisme habituel, de l'amaigrissement et de la dépression psychique. Le pouls est accéléré, même dans l'intervalle des accès de palpitations. L'affection guérit par quelques mois de repos avec changement de milieu ; elle est la conséquence du surmenage et semble en rapport avec un épuisement momentané de l'appareil nerveux cardio-moderateur.

En résumé, les palpitations ne sont que rarement symptomatiques d'une affection cardiaque ; « tout malade qui consulte pour des palpitations doit être présumé exempt de maladie du cœur » (Potain), et il importe d'autant plus de le dire que, « dans les cas très communs où les malades rapportent à une grave maladie du cœur les palpitations nerveuses qu'ils éprouvent, cette idée entretient et accroît même les palpitations. Si le médecin qu'ils consultent est assez habile à la fois et assez heureux pour les convaincre de leur erreur, de tels malades sont déjà à moitié guéris » (Bouillaud). L'hygiène alimentaire, la suppression des boissons alcoolisées, du café et du thé, du tabac, l'usage modéré des bromures et de la valériane, dans quelques cas le repos et l'hydrothérapie contribuent, avec l'influence morale du médecin, à assurer la guérison. Il importe, cependant, de ne pas se prononcer avant l'examen méthodique du cœur et des vaisseaux, la névrose cardiaque pouvant être éveillée par une affection organique.

DOULEURS PRÉCORDIALES.

Huchard a réuni, sous le nom de *précordialgies*, toutes les douleurs accompagnées ou non d'angoisse qui occupent la région précordiale. Ces douleurs tiennent la première place dans les préoccupations des malades obsédés par la crainte d'une affection du cœur ; mais leur origine, souvent extracardiaque, les place au second rang en sémiotique, à côté des palpitations. A vrai dire, la douleur ne relève directement du cœur que dans le plus petit nombre de cas. Elle fait partie des symptômes de la péricardite ; elle appartient encore aux affections de l'aorte et des artères coronaires, survenant alors sous forme de paroxysmes qui sont des crises d'angine de poitrine vraie ou fausse, tenant soit au rétrécissement des artères coronaires, soit à la péri-aortite avec névrite du plexus cardiaque. Mais, en dehors de ces accès symptomatiques de lésion organique, on observe, chez nombre de malades, neuro-arthritiques, dyspeptiques, neurasthéniques, hystériques, des phénomènes douloureux plus ou moins angoissants dont il importe de déterminer la nature purement fonction-

nelle ou névrotique, c'est-à-dire la bénignité. Cela est habituellement facile ; mais il ne faut pas oublier que la névrose est parfois éveillée ou exagérée par une cardiopathie encore latente et uniquement reconnaissable par quelques signes physiques. L'examen du cœur s'impose donc toutes les fois qu'un malade se plaint de douleur précordiale, quelles que soient les probabilités en faveur d'un trouble purement fonctionnel. Celles-ci se basent d'ailleurs sur des caractères de réelle valeur, dont les plus importants se déduisent des circonstances occasionnelles de la douleur. Avec Chevillot (1), élève de Huchard, on peut distinguer : 1° les douleurs survenant sous l'influence de l'effort ; 2° les douleurs spontanées ; 3° les douleurs provoquées et augmentées par la pression.

Doleurs d'effort. — Ce sont les plus significatives. Une douleur précordiale qui survient sous l'influence de la marche, de l'ascension, d'un effort, ou encore, par un mécanisme analogue, sous l'influence d'une forte émotion, est généralement l'indice d'un rétrécissement de l'orifice ou des troncs des artères coronaires. C'est la douleur de l'angine de poitrine : elle est constrictive et angoissante, plutôt sous-sternale que précordiale, souvent accompagnée d'irradiations brachiales et cervicales, et cesse immédiatement par le repos. Ce même syndrome se retrouve dans d'autres circonstances, avec des coronaires intactes, appartenant aux pseudo-angines de poitrine, dont les types multiples se distinguent de l'angine vraie par la spontanéité et souvent le caractère nocturne des crises, leur longue durée, leur bénignité, la persistance après les paroxysmes d'une hyperesthésie douloureuse de la région précordiale. On peut observer, d'ailleurs, l'association de crises nocturnes et diurnes, provoquées et spontanées, en un mot des formes mixtes, dont l'étude plus complète ne pourrait être faite ici qu'en empiétant sur la description de l'angine de poitrine et de son diagnostic.

Doleurs spontanées. — On les observe dans la péricardite, l'aortite avec péri-aortite et les névroses ; elles sont quelquefois le premier signe d'une rupture du cœur ou d'une rupture valvulaire. La spontanéité de la douleur, étant données ces causes multiples et diverses, n'a donc qu'une valeur relative ; elle exclut seulement l'hypothèse d'une angine de poitrine par coronarite.

Les douleurs de la péricardite ne se produisent que dans les formes intenses et graves. Il faut reconnaître qu'elles résultent plus encore de la pleurésie médiastine ou diaphragmatique, qui souvent l'accompagne, que de la phlegmasie péricardique elle-même. Ce sont surtout des douleurs de névralgie du nerf phrénique inévitablement touché par le travail inflammatoire des deux séreuses, entre lesquelles il chemine. Elles sont, d'autres fois, ou simultanément dues à la névralgie

(1) CHEVILLOT, Les précordialgies. Th. de doctorat. Paris, 1893.

du plexus cardiaque, lui-même intéressé dans les péricardites généralisées et violentes, répondant alors au syndrome de l'angine ou mieux de la pseudo-angine de poitrine : il s'agit de douleurs continues avec ou sans paroxysmes.

Les douleurs liées à la péri-aortite et à la névrite du plexus cardiaque viennent, au contraire, par accès ne différant des crises d'angine de poitrine vraie que par leur spontanéité, leur prédominance nocturne, leur longue durée, la persistance, dans leur intervalle, d'une sensibilité douloureuse à la pression. Il en est de même des pseudo-angines dues à la simple névralgie du plexus cardiaque dépendant d'une névrose, de l'arthritisme, du tabagisme, d'une irritation réflexe, formes diverses dont l'étude analytique sera complètement faite à propos du diagnostic de l'angine de poitrine.

C'est encore spontanément, et parfois au milieu du repos le plus complet, que surviennent les accès douloureux dus à une rupture du cœur ou à une rupture valvulaire. Ils rappellent ceux de l'angine de poitrine, avec une plus grande intensité de la douleur ; mais, si la mort n'est pas immédiate, on note, dans la rupture par infarctus du myocarde, des troubles dyspnéiques et circulatoires, souvent des vomissements, enfin les signes d'un épanchement dû à l'hémorragie intrapéricardique. Les ruptures valvulaires, quelquefois occasionnellement provoquées par un mouvement brusque ou un traumatisme, s'annoncent également par des douleurs vives et angoissantes avec irradiations, mais déterminent immédiatement une dyspnée allant jusqu'à la suffocation, des palpitations violentes avec fréquence, irrégularité et petitesse extrême du pouls, enfin, mais non toujours, l'apparition subite d'un souffle d'insuffisance.

Indépendamment des accès pseudo-angineux, beaucoup de malades indemnes de toute cardiopathie accusent des sensations vagues et transitoires d'élanement, de brûlure, de pincement, de pesanteur occupant une étendue plus ou moins grande de la région précordiale. Ces douleurs, qui semblent souvent correspondre à la pointe du cœur, n'ont rien à voir avec ses maladies. Si elles coïncident avec elles, c'est en vertu d'une prédisposition individuelle ou comme conséquence d'une dyspepsie plus ou moins avérée. On note, en effet, la prédominance des douleurs après certains repas, leur coïncidence avec des éructations gazeuses et de la pesanteur épigastrique, leur disparition par un régime alimentaire approprié. Elles ne sont pas seulement spontanées, mais facilement réveillées par la pression aux points d'émergence des nerfs phréniques et intercostaux, qui paraissent en être le siège. Cette sensibilité à la pression fait cependant défaut chez les malades atteints d'une forme particulière de précordialgie qui présente les caractères des topoalgies de Blocq, des algies centrales de Huchard. C'est une douleur fixe, qui s'installe lentement à la suite de fortes émotions ou de traumatismes, quelquefois

de crises d'angine de poitrine, le souvenir en entretenant l'idée inconsciente et la sensation. Les malades s'en plaignent avec exagération et se font remarquer par une diminution et quelquefois une absence de volonté (Huchard). Rebelles à toute thérapeutique médicamenteuse, ils ne guérissent que par le rétablissement de l'équilibre psychique ou la mobilisation de l'image sensitive fixe (Blocq).

Douleurs provoquées ou augmentées par la pression. — La pression des divers points de la région précordiale ne réveille aucune douleur dans la coronarite avec crises d'angine de poitrine vraie. Elle dénote au contraire une véritable hyperesthésie dans les pseudo-angines par névrite et surtout névralgie, complétant ainsi la série des renseignements d'où découle le diagnostic différentiel entre l'angine de poitrine vraie et l'angine fausse.

Ce même mode d'exploration donne d'utiles indications dans les péricardites douloureuses, permettant de préciser le point de départ phrénique des douleurs ; il accentue la douleur sourde et quelquefois insignifiante des péricardites simples et localisées qui, dans quelques cas, ne se manifeste que par le refoulement de bas en haut de la région épigastrique.

A part les péricardites et l'aortite, les maladies du cœur ne sont pas douloureuses par elles-mêmes. L'endocardite est une affection indolore, quand elle est isolée. La myocardite même évolue le plus souvent sans douleur. Ce n'est pas que les malades qui en sont atteints ne se plaignent parfois de précordialgie. Mais, comme dans les cardiopathies valvulaires par endocardite chronique, c'est un phénomène inconstant, attribuable à la nervosité ou aux troubles dyspeptiques concomitants et non directement à la lésion cardiaque. Peter considérait la douleur à la pression des troisième, quatrième, cinquième et même sixième espaces inter-costaux comme un signe de myocardite. Ses conclusions n'ont pas été confirmées par Potain et Huchard : l'observation de chaque jour démontre que les cardiopathies les plus graves sont indolores, tandis que les précordialgies les plus pénibles ne dépendent d'aucune lésion du cœur.

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE.

Les troubles du rythme cardiaque appartiennent, comme la dyspnée, les palpitations et la précordialgie, à la série des phénomènes sinon conscients, du moins facilement constatés par le malade ; ils éveillent dans son esprit la crainte d'une affection du cœur. Ce sont donc des signes révélateurs. Ils peuvent n'être qu'un simple trouble fonctionnel d'origine extracardiaque, mais ils traduisent souvent une lésion organique. Le rythme cardiaque peut être accéléré, ralenti ou irrégulier.