

observation d'Auscher (1), l'intégrité des coronaires et de l'aorte est nettement mentionnée. Le pronostic est sévère parce que ces phénomènes pseudo-angineux ne se produisent que dans les péricardites graves.

On peut encore observer des crises de pseudo-angine de poitrine dans la *péricardite chronique avec symphyse*, également attribuables aux lésions hyperémiques et inflammatoires du plexus cardiaque. Elles se distinguent de l'angine commune par l'hyperesthésie douloureuse de la région précordiale dans l'intervalle des accès, et leur facile provocation par les mouvements du bras qui mettent en jeu le plexus brachial névralgié (Potain). La mort subite peut en être la conséquence, mais il ne faut pas oublier que les altérations péricardomyocardiques suffisent à l'expliquer, ce dénouement étant assez fréquent dans la symphyse, en l'absence même d'accès douloureux.

**PSEUDO-ANGINE DE POITRINE TABAGIQUE.** — L'angine de poitrine des fumeurs de tabac reconnaît une double origine. Elle peut être liée à l'artérite coronarienne, ne différant de l'angine commune que par l'association de phénomènes nicotiques, et la répétition incessante des accès sous l'influence du poison; c'est l'angine scléro-tabagique (Huchard). Elle est souvent purement fonctionnelle, d'ordre toxique, alors rapidement curable par la suppression du tabac. C'est la pseudo-angine tabagique. On l'observe à la suite de l'usage prolongé et immodéré du tabac, parfois favorisée dans son développement par l'abus simultané de l'alcool, les troubles gastriques, la débilitation nerveuse. Ainsi en était-il chez les matelots de l'*Embuscade*, prédisposés, par le scorbut et une alimentation insuffisante, à l'épidémie de pseudo-angine de poitrine tabagique dont l'histoire a été rapportée par Gelineau.

Les accès angineux des fumeurs surviennent spontanément de jour et de nuit, parfois avec une certaine périodicité. Cette spontanéité permet déjà de les distinguer de la sténocardie vraie. Il semble cependant résulter de quelques observations (Widal, Huchard) qu'ils peuvent être provoqués par l'effort; c'est l'exception. Ils se caractérisent encore par leur longue durée (parfois plusieurs heures), l'association de phénomènes vaso-moteurs et nerveux plus effrayants qu'inquiétants: refroidissement des extrémités, pâleur de la face avec sueurs froides, vertiges et bourdonnements d'oreilles, tendance syncopale avec petitesse extrême du pouls, parfois dyspnée avec strangulation, obnubilation cérébrale, troubles de la vue. Dans l'intervalle des crises, on note assez souvent des troubles fonctionnels cardiaques dus à l'intoxication tabagique: palpitations, arythmie, intermittences et ralentissement des battements cardiaques. Les accès angineux peuvent être seulement ébauchés, ne se manifestant

(1) AUSCHER, Angine de poitrine. Péricardite sèche. Artères coronaires et aorte normale (*Soc. anat.*, fév. 1896).

que par une légère douleur précordiale avec angoisse et palpitations.

La pseudo-angine tabagique, quand elle n'est pas compliquée d'angine scléro-tabagique, cesse rapidement avec la suppression du tabac. Mais elle reparait avec le nouvel usage du poison et même par le simple séjour dans une atmosphère imprégnée de fumée de tabac. Cette facile guérison est également significative, et le pronostic de l'affection est habituellement bénin. Mais elle peut tuer subitement, ainsi que le prouve un cas de Letulle avec intégrité du cœur et des coronaires vérifiée à l'autopsie. La nicotine étant un poison vaso-constricteur, on peut expliquer les crises pseudo-angineuses qu'elle produit par un rétrécissement spasmodique des artères coronaires (Huchard). Cette pseudo-angine spasmo-tabagique tient une place intermédiaire entre l'angine coronarienne et les pseudo-angines hystérique et neurasthénique.

**PSEUDO-ANGINE DE POITRINE NÉVRALGIQUE.** — On observe dans divers états névropathiques, en particulier dans l'*hystérie* et la *neurasthénie des arthritiques*, des crises douloureuses précordiales avec angoisse dont l'histoire a été longtemps confondue avec celle de l'angine de poitrine. Elles en diffèrent par plusieurs caractères importants et significatifs. La pseudo-angine de poitrine névropathique appartient surtout au jeune âge et à l'âge adulte, se montrant avec une prédominance marquée chez la femme au-dessous de quarante ans, parfois au moment de la ménopause. Les crises éclatent généralement la nuit, vers minuit ou une heure du matin. Elles se produisent spontanément, quelquefois à l'occasion de contrariétés, jamais sous l'influence de l'effort, si bien que les malades qui en sont atteintes peuvent impunément monter les étages et les côtes. Spontanés et nocturnes, les accès sont souvent périodiques, revenant aux mêmes heures pendant plusieurs jours de suite ou à plusieurs jours d'intervalle. La douleur est plus vive que dans l'angine vraie, avec des irradiations multiples, cervicales, brachiales, parfois abdominales. Mais le siège de la douleur est plus précordial que sternal. C'est une douleur de distension « de cœur trop gros » plutôt qu'une douleur constrictive. Loin de rechercher l'immobilité, le malade s'agite, gémit, pousse même des cris, et, le tableau est d'autant plus effrayant pour l'entourage qu'on peut observer en même temps des troubles vaso-moteurs, circulatoires et respiratoires: pâleur et refroidissement des extrémités, bourdonnements d'oreille, tremblements et sueurs froides, tendance syncopale, faiblesse et fréquence du pouls, dyspnée avec sifflement trachéal, quelquefois spasme de la glotte et du diaphragme. Les crises ont une durée d'une demi-heure à plusieurs heures, se succédant parfois pendant plusieurs jours et constituant un véritable état de mal. Elles se terminent souvent par des éructations gazeuses, une polyurie abondante, des pleurs. Dans l'intervalle des crises, la région précordiale reste douloureuse et le siège

d'une hyperesthésie telle que la pression des nerfs intercostaux peut provoquer un accès, comme s'il existait là une zone hystérogène. Le pronostic en est bénin, mais l'affection est rebelle, durant parfois toute la vie. Ainsi en était-il chez une vieille femme âgée de quatre-vingts ans observée par P. Marie et qui avait eu sa première crise à dix-sept ans.

Au lieu d'être spontanées, les crises de pseudo-angine de poitrine névralgique peuvent être dues à une irritation périphérique ou viscérale, alors accidentelles ou transitoires. Ce sont les crises de *pseudo-angine réflexe* qui ne se produisent guère que chez des sujets à prédisposition névropathique. Le point de départ du réflexe est ou une névralgie intercostale, phrénique, cervico-brachiale ou quelque trouble fonctionnel gastrique ou gastro-hépatique. Une femme atteinte de névralgie intercostale à *frigore* est prise brusquement, peut-être sous l'influence de la pression du corset, de suffocation, de palpitations, d'anxiété précordiale avec ou sans irradiations dans les membres : la douleur intercostale subitement exaspérée a retenti sur le plexus cardiaque par l'intermédiaire de la moelle et du bulbe. Une uro-arthritique souffrant de névralgie brachiale par refroidissement ou traumatisme, plus rarement par névrome, est exposé à des crises semblables que provoquent les mouvements et surtout l'élévation des bras. Les accès de *pseudo-angine réflexe d'origine périphérique* sont parfois spontanés, participant d'ailleurs des caractères de la pseudo-angine névralgique et seulement remarquables par leur provocation facile sous l'influence de la pression et des mouvements. Ils peuvent accidentellement se produire chez des aortiques atteints de rétrécissement des coronaires, s'associant alors aux crises d'angine vraie pour constituer une forme mixte d'angor.

Les accès de *pseudo-angine réflexe d'origine viscérale* s'observent également chez des neuro-arthritiques, parfois des goutteux ou des tabagiques, et leur interprétation offre d'autant plus de difficulté que, comme les précédents, ils se combinent souvent avec l'angine vraie. Le point de départ du réflexe est le plus souvent un trouble des fonctions digestives : aussi les crises sont-elles facilement provoquées par le travail digestif ; elles surviennent quelquefois immédiatement après l'ingestion de quelques parcelles alimentaires, d'où le nom de *pseudo-angine d'origine gastrique* qui leur a été donné. On les observe à tout âge, surtout chez la femme. Ce sont des crises plus longues que celles de l'angine coronarienne ; la douleur est précordiale plutôt que sous-sternale, donnant l'impression de la plénitude plutôt que de la constriction, souvent sans irradiations ; elle est presque toujours accompagnée de troubles respiratoires et circulatoires rappelant les accidents cardio-pulmonaires d'origine gastro-hépatique décrits par Potain et E. Barié. Le malade est pris après le repas d'anhélation, parfois d'une véritable dyspnée avec sensation pénible au niveau de l'épigastre,

douleur précordiale et souvent lipothymie, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls. Il éprouve en même temps des palpitations et présente des intermittences : l'examen révèle à ce moment un certain degré de dilatation du cœur droit avec bruit de galop droit, accentuation du deuxième bruit pulmonaire. Enfin, il peut être pris de nausées et de vomissements, ces derniers mettant habituellement fin à la crise. Malgré l'intensité, la durée et le caractère effrayant de ces accidents, ils ne se terminent jamais par la mort. Mais il faut se rappeler que, chez les sujets atteints de coronarite, les troubles digestifs et les repas, surtout le repas du soir, sont des causes provocatrices d'accès sténocardiques vrais. Ces cas ont été souvent confondus avec les précédents, récemment encore par Grouzdeu (1), sous le nom d'angine de poitrine d'origine gastrique. Ils doivent en être distingués, et l'on fera toujours la part de la lésion organique et du trouble fonctionnel pur, en recherchant si les crises provoquées par les repas ne le sont pas aussi par l'effort.

La pseudo-angine névralgique peut d'ailleurs se retrouver dans diverses maladies, la *maladie de Basedow*, le *tabès* par exemple, toujours avec ses mêmes caractères. Les crises d'angine de poitrine tabétique signalées par Vulpian, Leyden, Debove, appartiennent tantôt à l'artériosclérose coronarienne, tantôt aux pseudo-angines névrotiques. Et cette même distinction doit être faite pour les cas publiés sous le nom d'angine de poitrine *goutteuse, diabétique* (Vergely). Il s'agit le plus souvent d'angine vraie par coronarite. Mais il existe une pseudo-angine goutteuse décrite par Mabboux (2) sous le nom de *névrose goutteuse du pneumogastrique*, dont le tableau symptomatique est absolument celui de la pseudo-angine névralgique, et une pseudo-angine diabétique tenant plus au neuro-arthritisme qu'à la glycosurie, mais qui néanmoins, dans deux cas de Vergely (3), a disparu avec elle. Enfin le *paludisme*, cause d'aortite et de coronarite, d'après Lancereaux (4), pourrait aussi, s'il faut s'en rapporter aux observations récentes de Koundrioutzkoff et Miron Segalea (5), se manifester par des accès de pseudo-angine névralgique, véritables fièvres larvées, qui reviennent périodiquement et guérissent par la quinine.

En présence de la multiplicité et de la complexité des accidents anginiformes qui viennent d'être énumérés, le médecin fera bien d'avoir présentes à l'esprit les trois lois cliniques formulées par Huchard pour caractériser les formes simples de l'angine coronarienne :

(1) GROUZDEU, Angine de poitrine d'origine gastrique (*Vratch*, 15 déc. 1894).

(2) MABBOUX, De la névrose goutteuse du pneumogastrique ou pseudo-angine goutteuse (*Revue de médecine*, 10 août 1894).

(3) VERGELY, Angine de poitrine diabétique (*Congrès de méd. int. de Lyon*, 1894).

(4) LANCEREAUX, Angine de poitrine paludique (*Acad. de méd.*, 18 juillet 1894).

(5) MIRON SEGALEA, Angine de poitrine d'origine palustre (*Soc. de thérap.*, 10 avril 1895).

1° Toute angine de poitrine produite par un effort est une angine coronarienne; les douleurs angineuses spontanées sont dues à une névrite ou une névralgie cardiaque. 2° Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort en a de spontanées pendant la nuit, il s'agit encore d'angine coronarienne. 3° Les douleurs précordiales provoquées par la pression ne sont pas des douleurs d'angine coronarienne.

**PRONOSTIC.** — L'angine par rétrécissement des artères coronaires est une cause fréquente de mort subite. C'est assez dire la gravité de son pronostic. Il n'est d'ailleurs pas possible de prévoir dans quelles conditions cette terminaison devra être redoutée. Suivant la remarque de Potain, le minimum de phénomènes douloureux n'indique nullement un minimum de gravité, et Huchard a exprimé la même pensée en disant que le danger ne résulte pas de l'intensité de la douleur, mais de l'ischémie du myocarde. Le début récent ou l'ancienneté des accès, leur rareté ou leur répétition ne signifient rien quant à l'éventualité d'une syncope mortelle. Elle peut se produire dès le premier ou le deuxième accès, ou au bout de plusieurs années, parfois après une longue interruption de crises douloureuses.

La sévérité de ce pronostic est atténuée par l'histoire de nombreux malades qui ont survécu dix, quinze et vingt ans à leurs premiers accès d'angine de poitrine, soit qu'ils se soient mis à l'abri de leur retour offensif par une hygiène appropriée, soit que les lésions causales se soient momentanément amendées sous l'influence du traitement. La guérison est possible, mais il faut toujours compter avec les poussées nouvelles d'aortite et de coronarite, sans parler des accidents liés à l'évolution progressive de la cardio- et de l'artériosclérose.

Le pronostic des pseudo-angines de poitrine est bénin, et ce n'est que dans des cas vraiment exceptionnels qu'elles ont été suivies de mort subite.

**TRAITEMENT.** — *Traitement de l'accès d'angine de poitrine.* —

Le repos immédiat, si le malade est en marche, la position assise, s'il est pris étant couché, suffisent souvent pour faire cesser les crises. L'indication principale est d'alléger le travail du cœur en diminuant la pression artérielle, et de maintenir l'énergie cardiaque si elle tend à faiblir. Ce but est rempli par le *nitrite d'amyle*, dont les principaux effets physiologiques sont : la dilatation vasculaire, la diminution de la pression sanguine, l'augmentation de force et de fréquence des battements du cœur (Huchard). Le médicament est pris en inhalations à la dose de trois à six gouttes versées sur un mouchoir, à la condition que ce liquide, qui est très volatil, n'ait pas été éventé; on évite cet inconvénient en renfermant la dose nécessaire dans des ampoules de verre que l'angineux doit toujours porter avec lui et

qu'il brise au moment de l'accès. La *trinitrine* en solution alcoolique au centième, à la dose de trois à six gouttes dans un peu d'eau sucrée, ou en injection sous-cutanée par dose de deux gouttes pour dix gouttes d'eau distillée, peut également être employée contre l'accès d'angine de poitrine; mais son action est moins rapide et moins certaine. Quant à la *morphine*, son emploi peut être nécessaire dans les crises douloureuses prolongées et répétées. Mais il ne faut l'administrer qu'à petites doses (un quart ou un demi-centigramme en injection sous-cutanée) et son emploi est formellement contre-indiqué quand le cœur faiblit et surtout quand l'angine de poitrine se complique de dyspnée par œdème pulmonaire aigu. Les injections sous-cutanées de *cafféine*, d'*huile camphrée*, d'*éther*, de *spartéine* deviennent alors nécessaires, et non seulement relèvent l'énergie cardiaque et calment la dyspnée, mais semblent agir favorablement sur la crise de sténocardie. La *sinapisation* de la région précordiale et des membres inférieurs contribuent au même résultat. Enfin la *saignée* est indiquée si l'œdème pulmonaire est intense avec menace d'asphyxie.

A part les cas rares d'état de mal angineux qui exigent la présence constante du médecin ou d'une garde-malade expérimentée et l'emploi répété et alternatif des divers moyens qui viennent d'être indiqués, ou bien de crises nocturnes prolongées avec ou sans dyspnée, l'accès d'angine de poitrine cesse rapidement et il y a lieu surtout d'en prévenir le retour, et, s'il est possible, d'en supprimer la cause. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que la syncope qui détermine la mort subite est au-dessus des ressources de l'art.

*Traitement préventif des accès d'angine de poitrine.* — Le malade pris pour la première fois d'angine de poitrine, ou en recrudescence de crises, doit être mis au repos et au régime lacté, ou, si le lait n'est pas toléré, à une diète relative. Mangeant peu et ne faisant pas de mouvements inutiles, il réduit au minimum le travail du cœur et l'hypertension artérielle. Quand les accès ont disparu ou se sont espacés, habituellement au bout de quelques jours, on peut permettre progressivement les sorties et une alimentation plus substantielle, mais avec certaines restrictions. On défendra la marche rapide et contre le vent, surtout après les repas, l'ascension des côtes et des escaliers, tous les sports, les bains froids, en un mot tout exercice exigeant de l'effort ou exposant à une augmentation brusque de la pression artérielle. L'entourage du malade le soustraira, dans la mesure du possible, aux causes de préoccupation et d'émotion. Le repas principal sera celui de midi; les boissons alcoolisées, le thé, le café, resteront interdits ainsi que le tabac. Au point de vue du régime alimentaire, on tiendra compte de l'état gastrique, de l'artériosclérose progressive et de ses causes. Enfin on facilitera les garde-robes par des lavements et des laxatifs doux, afin d'éviter les efforts de défécation et la surcharge du tube digestif.

Deux médicaments seront associés à cette hygiène préventive, l'iodure de sodium et de potassium, et la trinitrine. Ils agissent tous deux en diminuant la pression artérielle. L'iodure de sodium doit être donné à petites doses (50 centigr. par jour), mais d'une manière à peu près continue, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Huchard (1) conseille l'emploi de l'iodure pendant vingt jours par mois, celui de la solution de trinitrine au centième à la dose de douze gouttes par jour pendant le reste du mois. Ce dernier médicament convient surtout dans les périodes de crises.

*Traitement curatif des accès d'angine de poitrine.* — C'est le traitement de l'aortite et de la coronarite. Il peut donner des résultats quand l'affection est récente et l'intervention médicamenteuse précoce. En cas de syphilis antérieure, les injections sous-cutanées mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 2 ou 4 grammes par jour pourront amener la guérison.

Chez les arthritiques et les goutteux, et dans l'artériosclérose, quelle qu'en soit la cause, l'iodure de sodium ou de potassium à dose moindre (50 centigr. par jour) pourra également donner des succès. La révulsion de la région précordiale et préaortique par la teinture d'iode et les pointes de feu contribue pour sa part à enrayer les accidents.

Rumpf (de Hambourg) a récemment préconisé un traitement nouveau contre la calcification des artères, traitement qui pourrait être un traitement curatif de l'aortite et de la coronarite à la période des plaques calcaires jusqu'ici rebelles à la thérapeutique. Ce traitement, qui a pour base la suppression de tous les aliments riches en sels de chaux, lait, laitages, œufs, épinards, etc., et l'administration d'une solution diurétique à base d'acide lactique et de carbonate de soude favorisant l'élimination des sels de chaux, n'a pas fait ses preuves; il n'est basé jusqu'à présent que sur des notions théoriques.

*Traitement des pseudo-angines de poitrine.* — Les accidents anginiformes se combinant assez souvent avec les crises angineuses vraies, il faut en connaître le traitement. On combattra les douleurs pseudo-angineuses névritiques des aortiques par les révulsifs (teinture d'iode, pointes de feu répétées), et si elles sont intenses et persistantes, par l'emploi des analgésiques tels que l'antipyrine et la phénacétine, ou bien de la morphine en injections sous-cutanées, à la condition que le malade ne soit pas simultanément atteint de crises de dyspnée par œdème pulmonaire. La trinitrine peut être également employée, mais avec moins d'avantages que dans l'angine coronarienne. Ces mêmes moyens conviennent à la pseudo-angine névritique de la symphyse cardiaque. Les ventouses scarifiées et l'application de la vessie de glace sont indiquées dans les péricardites aiguës graves compliquées de douleurs anginiformes.

(1) HUCHARD, Traitement de l'angine de poitrine (*Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. XI, p. 76).

La suppression du tabac, indispensable dans toutes les angines ou pseudo-angines, l'est surtout dans l'angine tabagique, que l'on combattra d'ailleurs par la trinitrine, utile même dans la forme spasmo-tabagique. Il est recommandé aux angineux non seulement de ne pas fumer, mais de ne pas séjourner dans les pièces où l'on fume.

La pseudo-angine de poitrine névralgique des hystériques et des neurasthéniques exige surtout un traitement moral. La simple présence du médecin met fin aux crises les plus effrayantes et les plus prolongées, si le malade a confiance en lui. Il faut le rassurer, quant à la gravité des accidents; mais le changement de milieu et quelquefois même l'isolement sous une direction médicale deviennent nécessaires, quand les accès persistent et se répètent trop souvent. Il va sans dire que ces moyens ne doivent être conseillés que dans les cas où la pseudo-angine fonctionnelle n'est pas compliquée d'angine coronarienne ou de quelque lésion organique. Quant au traitement médicamenteux, il consiste dans l'emploi des analgésiques et des antispasmodiques, et plus particulièrement des bromures et des préparations de valériane; les malades se trouvent bien également des applications chaudes et des liniments calmants sur la région précordiale, siège d'une véritable hyperesthésie. Enfin l'hydrothérapie tiède, et certaines cures hydro-minérales, Nérès, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnères-de-Bigorre, sont utiles pour modifier l'état névropathique et prévenir le retour des crises.

Le traitement des pseudo-angines réflexes est celui des affections causales, surtout important dans les accès anginiformes d'origine gastrique. C'est question de régime alimentaire variable suivant la nature des troubles dyspeptiques. Quelle que soit d'ailleurs la forme de l'angine de poitrine, le traitement doit s'adresser autant au malade qu'au syndrome.

#### INFARCTUS DU MYOCARDE

Désigné aussi sous le nom de ramollissement du cœur (*myomalacia cordis* de Ziegler), l'infarctus du myocarde est l'ensemble des altérations nécrobiotiques produites par l'arrêt brusque de l'apport sanguin dans un territoire circonscrit du muscle cardiaque. Le foyer de nécrose qui en résulte peut amener la rupture du cœur ou se laisser envahir par la sclérose et guérir par une sorte de cicatrice ou plaque fibreuse, favorisant à son tour le développement d'un anévrysme partiel du cœur.

Le ramollissement du cœur était connu des anciens auteurs, et Blaud et Rochoux en faisaient la cause de la rupture du cœur. Mais ses rapports avec l'artérite coronaire et la sclérose du myocarde n'ont été étudiés que dans ces dernières années par Weigert, Ziegler, Huber en Allemagne, Letulle, Nicolle, Brault et René Marie en