

sont purs, l'orifice aortique est sain, l'artère radiale est normale, il n'y a pas trace d'artério-sclérose. Une autre observation de Leyden concerne un tabétique ataxique atteint d'abord de crises laryngées et plus tard de crises cardiaques. Ces crises cardiaques, véritable angine de poitrine, étaient caractérisées par une sensation effrayante d'angoisse avec douleurs à la région cardiaque et irradiations dans le bras gauche. Pendant ses accès, le malade crut plusieurs fois qu'il allait mourir; il fit ses adieux à sa famille, convaincu qu'il ne résisterait pas à des attaques d'une telle intensité. Leyden a bien soin de faire remarquer qu'on ne trouvait à l'auscultation cardio-aortique ni souffles, ni bruits anormaux, ce qui permet d'affirmer qu'il s'agissait ici d'une viscéralgie au vrai sens du mot.

Berbès a rapporté une observation analogue; elle concerne un homme de cinquante et un ans, tabétique, qui fut pris, dans le courant de sa maladie, d'une angine de poitrine des mieux caractérisées. Voici du reste la description de ces accès: tout à coup le malade éprouve à la région précordiale une violente douleur qui irradie tantôt dans le bras gauche, jusqu'à la main et au petit doigt, tantôt dans les deux bras. En même temps, la face pâlit et se couvre de sueurs, la douleur gagne la région cervicale et l'articulation temporo-maxillaire, la constriction de la gorge est terrible, et l'angoisse est portée si loin que l'asphyxie paraît imminente. L'accès passé, les régions du cœur, de l'épaule et de la mâchoire restent endolories. Dans d'autres circonstances, les crises sont caractérisées par une sensation d'étouffement et de déchirement de la poitrine. Chez ce tabétique, les crises cardiaques ont été précédées de crises laryngées. Le bromure de potassium à haute dose et les pointes de feu appliquées à la région cardio-aortique déterminèrent une réelle amélioration. Ici encore, il s'agit bien d'angine de poitrine viscéralgique, car on ne trouvait aucune lésion à l'auscultation de l'aorte et du cœur.

M. Landouzy a publié une observation qui rentre dans la même catégorie. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, tabétique avérée, avec crises gastriques fréquentes, mais

non syphilitique. Cette malade est prise par moments d'accès d'angine de poitrine avec palpitations, anxiété précordiale, oppression angoissante, sensation de déchirement partant du sternum et irradiant dans le bras gauche. Ces accès reviennent le matin et plus souvent dans la nuit; ils sont plus intenses et plus fréquents, dit la malade, depuis qu'ont apparu d'autres accès douloureux, douleurs en ceinture et crises gastriques. Ici encore, il s'agit bien de viscéralgie, car le malade ne présente ni signes, ni symptômes de lésions aortiques.

Groëdel a rapporté l'observation d'un homme de quarante et un ans qui, dans le cours de son tabes fut pris de violents accès d'angine de poitrine. Une nuit, il fut réveillé subitement par une oppression des plus vives avec sentiment d'angoisse et de douleur précordiale. Pendant l'accès, le visage était pâle, couvert de sueurs, le pouls était petit et fréquent. L'accès était efficacement combattu par le nitrite d'amyle. Bien que ces accès se fussent reproduits plusieurs fois pendant l'année, il ne fut possible de découvrir à l'auscultation aucune lésion aortique.

M. Debove a longuement insisté sur cette angine de poitrine tabétique: chez un de ses malades¹ l'accès d'angor pectoris est toujours précédé de douleurs en ceinture à la base de la poitrine. Suivant la description de M. Debove, que je reproduis textuellement, la douleur de l'angine de poitrine siège en un point que cet homme précise nettement, et qui correspond à la région précordiale au niveau de la troisième côte. La douleur irradie dans le bras gauche jusqu'à l'extrémité du petit doigt; elle est si violente, qu'il semble au malade « que tout s'arrête en lui ». Quand il éprouva ses premiers accès d'angine de poitrine, on lui conseilla de cesser complètement l'usage du tabac, dont il ne faisait du reste qu'un usage modéré. Or, bien qu'il ne fume plus depuis cette époque, les accès n'en continuent pas moins à reparaître. L'auscultation du cœur et de l'aorte ne décèle aucune lésion; aussi M. Debove considère-t-il ces

1. Debove. Angine de poitrine tabétique. *Médecine moderne*, 14 déc. 1895.

accès douloureux « comme une crise viscérale analogue à celles qui peuvent atteindre d'autres organes chez les tabétiques, crise viscérale qui est l'angine de poitrine ». Du reste, comme pour confirmer l'opinion de M. Debove, le malade en question eut plus tard des crises viscérales en d'autres régions, crises anales, testiculaires et urétrales.

Eh bien, Messieurs, je suis entièrement de l'avis de M. Debove, je suis de l'avis de Leyden, et contrairement à l'opinion si autorisée de M. Huchard, j'admets parfaitement l'existence d'une viscéralgie cardio-aortique, *neuralgia cordis*, indépendante de lésions aortiques et de coronarite. Le tabes, maladie essentiellement douloureuse, suscite des crises de douleurs fulgurantes en bien des régions : aux membres inférieurs, à la région thoracique, à la face. Ces crises douloureuses, nous les retrouvons sous forme de viscéralgies tabétiques dans une foule d'organes : à l'estomac, où elles rappellent les douleurs de l'ulcère ; au rein, où elles simulent la colique néphrétique ; au rectum, au testicule, à l'urètre. Nous retrouvons encore des crises tout spécialement angoissantes au larynx, pourquoi donc refuser aux nerfs du plexus cardiaque ce qu'on a si facilement concédé aux nerfs de tant d'autres régions et de tant d'autres organes ?

Il est d'autant plus rationnel d'admettre une angine de poitrine viscéralgique chez les tabétiques, que le même malade a souvent des crises viscéralgiques d'autres organes ; ainsi, chez le malade de M. Debove, les crises d'angine de poitrine étaient précédées de douleurs thoraciques constrictives, et plus tard apparurent des crises rectales, testiculaires et urétrales ; la malade de M. Landouzy avait des crises gastriques et ces crises devinrent encore plus vives quand apparut chez elle l'angine de poitrine ; un des malades de Leyden avait des crises laryngées terribles avant qu'ait apparu chez lui l'angine de poitrine. La viscéralgie cardio-aortique n'est donc pas un fait étrange ou isolé dans l'histoire du tabes, elle rentre dans le groupe des autres viscéralgies, elle les précède, elle les suit, elle alterne avec elles,

elle peut même devancer les autres symptômes du tabes, comme dans le cas de M. Debove.

Mais, dira-t-on, s'il est absolument rationnel, preuves cliniques en main, d'admettre une angine de poitrine tabétique, en dehors de toute lésion de l'aorte et des coronaires, a-t-on du moins des preuves anatomiques qui permettent de ne laisser aucun doute à ce sujet ? Eh bien oui ; ces preuves anatomiques, nous les avons, indéniables, puisqu'elles sont patronnées par l'autorité de Vulpian. Veuillez écouter cette observation qu'il a publiée dans la *Revue de médecine* en 1885 : Un homme de trente-trois ans fut pris des premiers symptômes de son tabes à l'âge de vingt-neuf ans ; dès le début il avait eu des crises gastriques. Dans le cours de son tabes, il éprouva des accès très douloureux d'angine de poitrine que Vulpian décrit minutieusement de la façon suivante : « Au moment de l'accès le facies montre une vive expression de souffrance et de crainte, les yeux sont pleins de larmes, la respiration est anxieuse, évidemment gênée, et par instants, avec menaces de suffocation ; battements violents du cœur ; douleurs atroces dans la région précordiale avec sensation de forte pression sur cette région ; la douleur irradie dans le bras gauche jusqu'au petit doigt ; on constate un engourdissement douloureux de la moitié gauche du corps. »

Vulpian avait eu bien soin, après interrogatoire minutieux du malade, d'élaguer l'hystérie, dont il n'avait trouvé aucun stigmate, et il en arriva à admettre chez cet homme l'existence d'une angine de poitrine tabétique, indépendante de toute lésion cardio-aortique, l'examen du cœur et de l'aorte ayant fait constater l'intégrité de ces organes. Le malade mourut phtisique et le diagnostic reçut une éclatante confirmation ; la moelle présentait les lésions classiques du tabes, mais *le cœur et l'aorte étaient absolument sains*. L'angine de poitrine tabétique est donc un fait acquis.

Des recherches histologiques sont venues confirmer cette opinion ; on sait actuellement que les névrites périphériques expliquent bien des douleurs névralgiques dont la cause réelle était jusqu'ici passée inaperçue. Oppenheim a

trouvé le nerf pneumogastrique dégénéré et atrophié dans un cas de tabes accompagné de crises gastriques et d'angine de poitrine, avec douleurs irradiées dans le bras gauche.

Chez un malade qui avait eu des accès d'angine de poitrine avec crises gastriques, et crises laryngées analogues aux accès des tabétiques, Grocco et Fusari ont constaté, à titre de névrites périphériques, des altérations du plexus cardiaque, des nerfs pneumogastrique et laryngé, du sympathique abdominal et du plexus cœliaque. MM. Pitres et Vaillard, interprétant l'observation en question, admettent parfaitement que les crises viscéralgiques des tabétiques, y compris les crises d'angine de poitrine, peuvent être dues aux névrites de nerfs viscéraux correspondants.

Les constatations anatomiques et les recherches histologiques que je viens de vous exposer, permettent donc d'affirmer que les tabétiques peuvent être atteints de névralgie cardio-aortique, reproduisant le syndrome de l'angine de poitrine, de même qu'ils sont atteints de crises viscéralgiques en d'autres régions : à l'estomac (crises gastriques) ; aux reins (crises néphrétiques), à l'urètre (crises urétrales), à la vessie (crises vésicales), aux testicules (crises testiculaires), au rectum (crises ano-rectales). Toutes ces crises font partie du complexe si éminemment douloureux du tabes ; elles sont aux organes ce que sont aux membres les douleurs térébrantes, lancinantes et fulgurantes.

En résumé, un tabétique peut avoir, d'une part, des lésions aortiques avec ou sans angine de poitrine, et d'autre part, de l'angine de poitrine sans lésions aortiques. Dans le premier cas, l'aorte est athéromateuse, déformée, ectasiée, elle est le siège d'anévrisme, l'orifice aortique est lui-même compromis, et, chose remarquable, ces lésions aortiques qui dans d'autres cas, dans la syphilis par exemple, sont très douloureuses et angoissantes, ces lésions aortiques d'origine tabétique ont, au contraire, pour caractère, d'être habituellement silencieuses et indolentes, un peu à l'égal des arthropathies tabétiques. En sorte qu'il résulte de tout ceci ce fait, en apparence un peu paradoxal, que les tabétiques qui ont des accès terribles d'angine de poitrine sont généra-

lement ceux qui n'ont pas de lésions aortiques, ils sont atteints de névralgies ou de névrites du plexus cardiaque.

De cette discussion, Messieurs, il est permis de conclure que notre tabétique de la salle Saint-Christophe est atteint de crises fulgurantes de son plexus cardiaque, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'existence d'une lésion de l'aorte. Du reste, cette lésion de l'aorte, nous ne l'avons pas trouvée ; l'orifice aortique est sain, l'aorte n'est point dilatée, elle n'est pas athéromateuse, le claquement des valves sigmoïdes est normal, rien n'indique donc une lésion aortique. Au contraire, tout nous engage à admettre une névralgie du plexus cardiaque, car chez cet homme, comme chez bon nombre de ceux dont je vous ai rapporté l'observation, la névralgie cardiaque est associée à des crises tabétiques d'autres organes, crises gastriques, urétrales et rectales.

De cette étude, nous pouvons encore tirer des conclusions d'ordre plus général. Je vous disais, dans l'une de nos leçons sur les lésions syphilitiques de l'aorte, qu'on aurait tort, à mon avis, de scinder les angines de poitrine en deux classes irréductibles : l'une, concernant l'angine de poitrine dite vraie, tributaire de lésions des artères coronaires, et l'autre, l'angine de poitrine dite fausse, sans lésions des artères coronaires. Les exemples que je vous ai cités vous prouvent, une fois de plus, que cette division est trop tranchée. Que l'angine de poitrine soit associée à une coronarite et à l'ischémie cardiaque, ou qu'elle résulte d'une viscéralgie, comme je viens de vous en donner des exemples, elle peut, dans les deux cas, évoluer avec les mêmes symptômes et la même intensité.

Le traitement de l'angine de poitrine tabétique doit maintenant nous occuper. La médication mercurielle et iodurée ne doit jamais être omise, si le malade est syphilitique, car après tout, il n'est pas impossible qu'il ait une poussée d'aortite sus-sigmoïdienne. En plus, il est une série de moyens thérapeutiques que je vous recommande : comme traitement

local, appliquez à la région aortique des pointes de feu et mieux encore un cautère que vous ferez suppurer et dont vous entretiendrez la suppuration aussi longtemps que possible. D'une façon générale, le cautère, ce vieux moyen thérapeutique, beaucoup trop abandonné de nos jours, donne les meilleurs résultats quand l'aorte est intéressée, ou quand le plexus cardiaque est en jeu. Je n'en finirais pas si je vous citais tous les cas qui ont été améliorés dans mon service par l'application du cautère à la région cardio-aortique.

Placez un sac de glace en permanence jour et nuit, au devant du cœur. Pour éviter le poids du sac de glace, ayez soin de le suspendre à un cerceau et pour éviter l'érythème qui ne tarderait pas à se produire, protégez la peau de la région précordiale avec un linge ou avec un taffetas gommé.

Les piqûres de morphine à la dose de un centigramme par injection et l'antipyrine à la dose de un à trois grammes par jour, rendent de réels services.

A ces différents moyens thérapeutiques, je vous conseille de joindre la pendaison, ainsi que je l'ai fait pour notre malade, car la pendaison agit efficacement sur les douleurs des tabétiques; toutefois, procédez avec prudence et avec modération, car une crise d'angor pectoris, éclatant au moment de la pendaison pourrait avoir de funestes conséquences.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — Les tabétiques sont assez fréquemment atteints de lésions aortiques, athérome, ectasie, anévrisme de l'aorte, lésions des valvules sigmoïdes, lésions de l'orifice aortique, insuffisance et rétrécissement.

2. — Les lésions cardiaques, y compris les lésions de l'orifice mitral, sont beaucoup moins fréquentes que les lésions aortiques.

3. — On n'est pas d'accord sur la pathogénie des lésions cardio-aortiques chez les tabétiques. Toutefois, on a fait jouer à la syphilis un rôle qui ne me paraît pas justifié. Je crois avoir donné des raisons suffisantes pour qu'il ne soit plus permis, à l'avenir, d'affirmer que les lésions aortiques des tabétiques sont sous la dépendance de la syphilis.

4. — Les lésions aortiques des tabétiques présentent en général cette particularité qu'elles sont peu douloureuses et parfois même indolentes.

5. — Les tabétiques peuvent être atteints d'angine de poitrine, indépendante de toute lésion de l'aorte et des artères coronaires. Cette cardialgie est comparable aux viscéralgies tabétiques des autres organes, crises gastrique, néphrétique, vésicale, urétrale, rectale, etc.

6. — Un traitement bien compris peut avoir sur l'angor pectoris tabétique une réelle efficacité.