

lieu à de moindres controverses — peut-être, d'ailleurs, parce que le cadre est plus élastique et laisse plus de place à l'interprétation ou à l'hypothèse.

On a cependant invoqué, suivant les cas, tantôt la névralgie ou l'hyperesthésie périphérique du plexus, tantôt l'excitation réflexe, tantôt cette association des phénomènes morbides dans les diverses branches de la dixième paire que H. Huchard a étudiée sous le nom de *synergies morbides du pneumogastrique*; tantôt enfin l'origine centrale, indiquée par Romberg, puis admise par Richter, Trousseau, Cordes, Anstie, Allen Sturge. L'interprétation d'Anstie⁽¹⁾ se rapproche fort, d'ailleurs, de celle des synergies morbides du pneumogastrique, seulement l'auteur anglais voit dans une affection des noyaux bulbaires du nerf vague la cause des relations qu'il établit entre l'asthme, la gastralgie et l'angine de poitrine; Brissaud⁽²⁾, dans un mémoire où il soutient la même opinion, invoque en outre l'angoisse laryngée comme témoignage de l'étroite parenté qui unit l'asthme et l'angor pectoris.

Nous aurons, d'ailleurs, occasion de voir par la suite que, chez un même sujet, plusieurs des modes pathogéniques peuvent s'associer ou se succéder dans l'évolution des manifestations angineuses, et que, d'autre part, une même cause peut déterminer les accès par des mécanismes différents.

Anatomie pathologique. — Il n'est pas, à proprement parler, d'anatomie pathologique du syndrome angineux, et les lésions qui peuvent lui donner naissance ont été suffisamment indiquées dans le paragraphe précédent.

Rappelons cependant quelques points particuliers que nous avons dû passer sous silence jusqu'ici.

Le rétrécissement des artères coronaires a été observé comme conséquence de l'aortite subaiguë ou chronique, avec ou sans dilatation du vaisseau et insuffisance des sigmoïdes; il s'est montré comme cas particulier de plaques d'athérome plus ou moins nombreuses et disséminées; enfin, il est fréquemment le résultat de l'artérite, de l'artério-sclérose, avec ou sans athérome, des coronaires elles-mêmes. Tantôt une seule des coronaires est intéressée, parfois toutes deux offrent des lésions diminuant ou effaçant leur calibre. Dans un cas rapporté par Oestreich⁽³⁾ où la mort subite avait été le fait de l'obstruction des deux coronaires, on trouvait la droite en partie oblitérée par un thrombus pédiculé implanté sur une ulcération athéromateuse de la paroi aortique, et dans la gauche un embolus d'aspect gris jaunâtre. De même, dans l'observation de Milian et Picquand⁽⁴⁾, les deux troncs coronaires étaient oblitérés à quelques centimètres de leur origine: le malade était mort avec des crises d'angor manifestes.

Mais il est bon de signaler, à côté de ces faits, la possibilité du rétrécissement pour ainsi dire schématique de l'ouverture des coronaires, réalisant la lésion type, d'autant plus démonstrative qu'elle est moins complexe: tel est, par exemple, le cas recueilli par Potain, alors qu'il remplaçait Rostan à l'Hôtel-Dieu, et dans lequel, chez un homme mort d'angine de poitrine, on ne trouvait que deux petites plaques d'aortite exactement localisées à l'orifice des deux coronaires, notablement rétréci de ce fait.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'aortite, d'athérome, d'artério-sclérose, de

(1) ANSTIE. *Brit. med. Journ.*, vol. II, 1871.

(2) ED. BRISAUD. *Tribune méd.*, 1890.

(3) OESTREICH. *Soc. de méd. int.*, Berlin, 2 décembre 1895.

(4) MILIAN et PICQUAND. *Soc. anat.*, juin 1898.

symphyse péricardique, d'altérations du myocarde, etc., on ne devra conclure à l'absence du rétrécissement coronaire qu'après avoir examiné avec soin le tronc de ces artères, non seulement à son origine, mais sur la plus grande partie de son trajet. On devra, d'ailleurs, noter l'existence de coronaires supplémentaires dans les cas où il s'en rencontrera.

Quant aux lésions du plexus nerveux, elles ont été décrites par Lancereaux comme résultant de la propagation de l'inflammation des tuniques de l'aorte au plexus dont quelques filets se trouvent compris dans une sorte de gangue appliquée à la partie externe du vaisseau. Entre les éléments tubuleux qu'ils compriment, on voit, au microscope, de nombreux amas de noyaux ronds; la portion médullaire des tubes nerveux se montre grisâtre et grenue. Dans les observations de Peter, même gangue conjonctive, même prolifération de noyaux, même altération de la myéline, et, par places, vacuité de la gaine par étranglement et compression.

Telle est la névrite par propagation; si elle est plus rare et n'a pu parfois être constatée dans des cas d'aortite même étendue, elle devra néanmoins être toujours recherchée avec soin, et l'examen histologique du plexus cardiaque s'impose dans tous les cas si l'on veut fixer la valeur pathogénique de cette lésion.

Nous n'avons pas à parler ici des altérations des organes éloignés (estomac, foie, utérus...), pouvant servir de point de départ à l'angor réflexe.

Étiologie. — Sous le rapport étiologique, qui permet la constitution de groupes en relation directe avec la cause du syndrome, on a proposé des classifications multiples, mais différant au fond assez peu les unes des autres. Nous adopterons, avec Potain et H. Huchard, les divisions suivantes:

Angines de poitrine: 1° organiques, 2° nerveuses, 3° réflexes, 4° diathésiques, 5° toxiques.

1° *Angines de poitrine organiques.* — La cause la plus fréquente et la mieux établie consiste dans le rétrécissement des artères coronaires. Celui-ci est le résultat, tantôt de l'aortite aiguë (Léger) ou chronique, de l'athérome de l'aorte, amenant la déformation et la sténose des orifices des artères coronaires, tantôt de l'athérome ou de l'artério-sclérose du tronc des coronaires elles-mêmes, rarement d'un embolus arrêté dans le tronc du vaisseau. La lésion artérielle reconnaît pour origine l'alcoolisme, la goutte, l'arthritisme, la syphilis, quelquefois le saturnisme, toutes causes propres à l'âge adulte et plus communes chez l'homme: d'où l'extrême rareté de cette forme d'angor avant vingt-cinq ans, et, comme l'ont montré Lussana, Forbes, Lartigue, sa prédilection pour le sexe masculin. On devrait peut-être incriminer le paludisme, auquel Lancereaux⁽¹⁾ croit pouvoir rapporter l'origine de certaines aortites en plaques, contrairement d'ailleurs à l'opinion de Colin, Laveran, Kelsch, Cornil. Une infection palustre antérieure est signalée comme seule cause probable de l'angor chez le malade observé par Milian et Picquand.

L'hérédité, admise par nombre d'auteurs (Hamilton, Macbride, Grisolle, etc.), est représentée par la prédisposition héréditaire aux diathèses qui engendrent l'artério-sclérose: c'est l'aortisme héréditaire (H. Huchard).

Les maladies infectieuses peuvent-elles entraîner l'angor par artérite coro-

(1) LANCEREAUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 juillet 1899.

naire ? Si les « séquelles » de l'artérite aiguë causée par la maladie infectieuse peuvent être le point de départ de lésions chroniques des parois du vaisseau et de rétrécissement ultérieur de son calibre, il semble plus probable que c'est surtout en produisant des lésions inflammatoires des nerfs du plexus cardiaque que l'infection détermine des accidents angineux pendant l'évolution aiguë de la maladie : grippe (H. Huchard, Fraenkel, de Batz⁽¹⁾), pleurésie (Rauzier⁽²⁾), diphtérie (J. Moore), etc.

Les lésions valvulaires aortiques, invoquées parfois comme cause, ne représentent en réalité qu'une lésion concomitante de la sténose coronaire, manifestation, comme elle, d'un processus morbide identique. Cependant G. Sée veut y voir la cause possible d'un trouble circulatoire et d'une ischémie fonctionnelle du myocarde.

Nous avons vu que cette ischémie fonctionnelle peut dépendre de l'intoxication nicotique ; peut-être, d'ailleurs, doit-on penser, avec H. Huchard, que le tabagisme, dans certains cas, agit en déterminant à la longue l'artério-sclérose et la sténose coronaire organique.

Sans revenir sur le mécanisme de cette forme d'angor, rappelons que la cause déterminante de l'accès consiste dans tout effort, toute impression morale capables d'augmenter le travail du myocarde et d'entraîner sa « claudication intermittente ». La course, la marche rapide, surtout contre le vent, et plus encore par un temps froid, l'ascension d'un escalier, un effort musculaire principalement des bras, le coït, la défécation, etc., ont pu faire naître les crises ; il en est de même de la colère, d'une peur subite, d'une émotion violente, et même d'une douleur vive, ou de l'ingestion des aliments, surtout si elle détermine des troubles digestifs. Sans doute, dans ces deux derniers cas, s'ajoutent des phénomènes nerveux réflexes qui jouent un rôle adjuvant plus ou moins marqué.

Bien plus rare se montre la *névrite* cardiaque, presque toujours accompagnée, lorsqu'elle existe, des altérations aortiques et coronaires ; cependant elle paraît avoir servi de cause directe à l'angor dans quelques cas de péricardite, d'anévrysme aortique sans relations avec les coronaires, de phlegmasies ou de tumeurs du médiastin.

Nous avons vu que les maladies infectieuses aiguës, en particulier l'influenza, semblent pouvoir être, à bon droit, incriminées comme causes de cette névrite du plexus cardiaque et des accidents angineux qui en sont la conséquence. Enfin, d'après Miron Ségalea⁽³⁾ l'infection palustre pourrait agir de même façon, et déterminer des accès angineux d'origine névralgique justiciables de la quinine.

Quant aux dégénérescences du myocarde, à la dilatation cardiaque, lorsqu'elles ne constituent pas des lésions secondaires aux troubles de la nutrition du myocarde, ou même des lésions simplement coïncidentes, elles jouent un rôle tout différent de celui des causes qui précèdent. Nous y reviendrons à propos des angines d'origine réflexe.

Ajoutons que parmi les causes prédisposantes de l'angine de poitrine, peut-être par l'intermédiaire de la goutte ou de l'arthritisme, on a signalé (Leflaive) les professions libérales : prêtres, médecins, avocats, écrivains, etc., semblent

(1) DE BATZ. *Grippe cardiaque*. Thèse inaug., Bordeaux, 1896.

(2) RAUZIER. *IV^e Congrès de méd. int.*, Montpellier, 1898.

(3) MIRON SÉGALEA. *Soc. de thérap.*, avril 1895.

payer un plus lourd tribut à la mort subite de l'angor que les manœuvres ou les paysans.

2^o *Angines de poitrine nerveuses*. — C'est la forme ordinairement légère, ou du moins bénigne, qui a pour cause une névrose, ou quelque affection des centres nerveux.

Elle a été signalée, dès 1812, dans l'*hystérie* par Millot, et depuis cette époque par de nombreux observateurs, Bouchut, Charcot, Marie, Bernheim, Liégeois⁽¹⁾, Hurd⁽²⁾, H. Huchard, Landouzy, Byrom-Bramwell⁽³⁾, etc. ; l'angor hystérique a été étudié plus récemment par Leclerc dans un travail d'ensemble⁽⁴⁾.

On l'observe encore dans la *neurasthénie* ; dans la *névropathie cérébro-cardiaque* de Krishaber, qui a signalé l'angine de poitrine parmi les accidents possibles de cette névrose⁽⁵⁾ ; dans la *maladie de Basedow*, où elle a été mentionnée par Trousseau, et observée depuis lors par Liégeois et par Marie⁽⁶⁾.

Dans l'*épilepsie*, Trousseau la considérait comme une manifestation de la forme larvée de la névrose, une modalité de l'épilepsie hyperesthésique ; cette opinion n'est pas, du reste, acceptée par tous les auteurs, les uns admettant que l'angine trouve dans l'épilepsie une cause déterminante mais n'en est pas une manifestation directe, les autres la rapportant non à l'épilepsie mais à des altérations organiques d'où dépendent également des accès convulsifs épileptiformes.

Cette variété d'angor, signalée par Landois dans la *névrose vaso-motrice*, a été étudiée en Allemagne par Nothnagel, Eulenburg, Eichwald, et bien décrite par Rosenthal ; mais si, pour ces auteurs, le spasme vaso-moteur périphérique est l'élément initial, il ne serait pour Grasset⁽⁷⁾ que la conséquence de l'irradiation sur l'ensemble du territoire du sympathique de la névralgie du plexus cardiaque qui constitue essentiellement l'angine de poitrine.

Dans l'*ataxie locomotrice*, les observations d'angine de poitrine semblent comporter, comme l'a montré H. Huchard, deux interprétations : tantôt il s'agit d'erreurs de diagnostic, et l'on a décrit sous le nom d'angor pectoris des accidents douloureux thoraciques qui n'ont qu'une ressemblance plus ou moins éloignée avec la crise d'angor : l'analyse minutieuse du syndrome permettra d'éviter cette confusion ; tantôt on a affaire à l'angine de poitrine par ischémie du myocarde, résultant des lésions cardio-aortiques dont la grande fréquence au cours de l'ataxie a été mise en lumière par O. Berger et Rosenbach, Grasset, Letulle, Raymond.

La constatation d'une névrose suffit-elle, en pareil cas, pour permettre d'affirmer l'angor névrosique, et rendre incontestable sa pathogénie ? en aucune façon ; et l'on doit penser, par exemple, que plus d'une fois les accidents angineux observés chez un neurasthénique, un hypocondriaque, ou au cours de la maladie de Basedow, relevaient de troubles gastro-intestinaux (angines réflexes), ou de manifestations directes de la diathèse arthritique, si fréquemment associée à la

(1) LIÉGEOIS. *Revue méd. de l'Est*, 1882-1885.

(2) HURD. *The New-York med. Record*, 1885.

(3) BYROM-BRAMWELL. *Diseases of Heart and thoracic Aorta*. Edimb., 1886.

(4) LECLERC. Thèse de Paris, 1887.

(5) KRISHABER. *De la névropathie cérébro-cardiaque*, 1875.

(6) MARIE. Thèse inaug., Paris, 1885.

(7) GRASSET. *Traité des maladies du système nerveux*, 1886.

névropathie (angines diathésiques) : une angine chez une hystérique n'est pas forcément une angine de nature hystérique. Par contre, Landouzy a montré l'apparition possible d'une angine manifestement névrosique chez un sujet porteur d'altérations de l'aorte.

La fréquence de cette variété d'angor est plus grande chez la femme, par suite de sa prédisposition plus marquée aux diverses manifestations de la névropathie.

3° *Angines de poitrine réflexes.* — Le point de départ du réflexe est, comme nous l'avons vu, fort variable. C'est ainsi que l'on trouve signalés, dans les observations de Capelle et de Caizergues, des névromes du bras gauche; des névralgies, des traumatismes du bras ou du thorax dans les faits de Cahen, Blackwall, Jurine, etc. L'influence prépondérante des lésions nerveuses du bras gauche, consécutives parfois à l'amputation du membre, a d'ailleurs été mise en lumière par Potain (1), et par Lassègue (2). Dans un cas, cité par H. Huchard, les accès ont été provoqués deux fois, chez un artério-scléreux, par l'application de cautères sur le côté gauche du thorax.

Les excitations des nerfs périphériques ont été incriminées par Thurn (3) chez les soldats soumis à des marches forcées. Peut-être, d'ailleurs, faut-il tenir compte, dans les cas de ce genre, du surmenage cardiaque, du tabagisme, etc.

Armaingaud (4) a publié deux cas d'angor réflexe d'origine utérine à la suite d'accouchements récents.

Dès longtemps les affections gastriques (Heberden, Parry), la dyspepsie (Beau), l'hypertrophie du foie (Brera, Averardi), diverses maladies des viscères abdominaux (Ullersperger), étaient considérées comme possédant une action pathogénique manifeste à l'égard des accès d'angine de poitrine; le mécanisme de cette variété d'angor a été nettement établi par Potain et Barié, qui ont montré le retentissement sur le cœur, par l'intermédiaire du pneumogastrique et du sympathique, d'un certain nombre d'affections gastro-intestinales ou hépatiques. Il s'agit, en pareil cas (voy. *Dilatation cardiaque*, p. 92), d'un spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires amenant l'augmentation de tension dans l'artère pulmonaire et la dilatation rapide du cœur droit. Pour peu que la cause première persiste, « cet état de souffrance ne tarde pas à réagir sur le cœur gauche lui-même » (Barié), et c'est dans cette distension myocardique que paraît résider la cause prochaine des crises pseudo-angineuses. Potain (5) admet d'ailleurs qu'il suffit que la dilatation du cœur droit soit très prononcée pour qu'apparaissent les phénomènes d'angor réflexe.

La dilatation cardiaque rapide, secondaire à l'excès de tension artérielle, a été également incriminée (6) par Lander Brunton, Mitchell Bruce, Douglas Powel; mais ici le mécanisme est tout différent et l'on est en droit de penser qu'il s'agit en pareil cas de lésions d'artério-sclérose cardiaque dont l'hypertension artérielle est une manifestation constante. Pour H. Huchard (7) il existe une forme d'angor vaso-motrice résultant d'une augmentation de la pression arté-

(1) POTAIN. *Congrès de la Rochelle*, 1882.

(2) LASSÈGUE. Thèse de Paris, 1885.

(3) THURN. *Deutsch. milit. Zeitsch.*, 1875.

(4) ARMAINGAUD. Paris, 1877.

(5) POTAIN. *Clin. de la Charité*, 1894.

(6) DISCUSSION sur l'angine de poitrine. *Soc. méd. de Lond.*, 1891.

(7) H. HUCHARD. *Traité des malad. du cœur et de l'aorte*, 5^e édit., 1899.

rielle et d'une dilatation cardiaque consécutive, dont la cause réside dans un angio-spasme généralisé : ici c'est le « cœur périphérique » qui commence.

Les troubles gastro-hépatiques peuvent encore retentir plus directement sur le cœur, et l'on est autorisé à rapporter, avec H. Huchard, les crises angineuses aux synergies morbides du pneumogastrique : l'irritation des filets gastro-hépatiques du vague se répercutant dans le territoire de ses rameaux cardiaques. Il est bon d'ajouter que le rôle du grand sympathique, trop négligé, d'après Grasset (1), saurait peut-être donner la clef d'un certain nombre des phénomènes observés dans des cas semblables.

4° *Angines de poitrine diathésiques.* — Ce sont, avant tout, les angines de poitrine du rhumatisme, de la goutte et du diabète.

Il faut, d'ailleurs, faire des réserves au sujet des lésions coronaires qui peuvent exister chez les goutteux, les rhumatisants et les diabétiques du fait même de la diathèse arthritique : il s'agit en pareil cas d'angor par sténocardie et ischémie cardiaque.

Mais, en l'absence de toute lésion artérielle, on observe parfois chez des goutteux des crises angineuses offrant les allures cliniques de l'angine de poitrine névralgique (Potain), et qui traduisent la localisation directe de la goutte sur les plexus cardiaques (Grasset, Baudon). Cette localisation de la goutte sur le territoire du pneumogastrique, sans déplacement métastatique, ainsi que l'angine qui en est la conséquence auraient été observées par Mabboux (2) exclusivement chez la femme. Peut-être l'hystérie a-t-elle eu quelque part dans la pathogénie de ces accès? On a signalé, parfois, l'alternance des crises d'angor et des manifestations goutteuses (Lécorché).

Les recherches de Peter, Viguier, Letulle, Martinet ont montré que le rhumatisme peut se localiser sur les nerfs du cœur, et donner lieu à l'angine de poitrine rhumatismale. L'impression du froid sur la région antérieure du thorax, en particulier chez les femmes portant des corsages décollés, a été signalée parfois comme la cause déterminante des accès.

Le diabète, d'après Vergely (3), serait dans certains cas une cause d'angine de poitrine; mais il semble qu'en pareille circonstance c'est à l'arthritisme que l'on doit rapporter la pathogénie des accidents, lorsqu'ils ne relèvent pas directement d'altérations coronaires (Ebstein), ou de troubles dyspeptiques (angor réflexe). Dans un travail récent, Brunat (4) admet, avec Vergely, l'angor diabétique qu'il rattache à trois ordres de causes : l'artério-sclérose avec ischémie myocardique; les névrose ou névralgie du plexus cardiaque; enfin une dyscrasie sanguine entraînant l'altération dynamique ou organique des nerfs de ce plexus. Chez les rhumatisants et les goutteux, on devra faire également la part des désordres gastriques ou intestinaux dans la pathogénie d'un certain nombre d'accès d'angine de poitrine.

5° *Angines de poitrine toxiques.* — Le tabagisme est peut-être la seule cause toxique bien démontrée; elle a été signalée par Graves, Beau, Eulenburg, Decaisne, Vallin, et nombre d'observateurs. Gelineau a rapporté le fait d'une sorte d'épidémie d'angor tabagique observée par lui à bord de l'*Embuscade*.

Les marins composant l'équipage de ce navire, et dont 14 furent successive-

(1) GRASSET. *Loc. cit.*

(2) MABBOUX. Névrose goutteuse du pneumogastrique. *Revue de méd.*, août 1894.

(3) VERGELY. *Acad. de méd.*, 1881, et *Gaz. heb.*, 1885.

(4) E. BRUNAT. *De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète*. Thèse inaug., Paris, 1900.

ment atteints, présentaient d'ailleurs des conditions de débilitation et de surmenage qui sont reconnues comme favorisant l'action toxique de la nicotine.

Le tabac agit-il en déterminant le spasme des coronaires, ou produit-il une excitation des plexus nerveux (Potain)? Les deux modes pathogéniques semblent pouvoir être admis. Dans d'autres cas, il paraît n'avoir qu'une action indirecte par l'intermédiaire des troubles dyspeptiques si communs chez les fumeurs. D'après H. Huchard, il pourrait même amener à la longue des altérations de sclérose artérielle. Cette opinion a été confirmée par les recherches de Schott⁽¹⁾. Quoi qu'il en soit, le fait même de l'angor tabagique ne saurait être contestable.

La réalité de l'angine de poitrine par abus du thé, du café, et dans l'intoxication oxy-carbonée, n'est pas jusqu'ici suffisamment établie.

Il est intéressant de signaler, à propos des trois dernières variétés d'angine de poitrine, l'importance de l'hérédité fonctionnelle, mise en lumière par Potain : ce mode héréditaire consiste dans la prédisposition toute spéciale aux manifestations angineuses des individus issus de parents atteints d'angor pectoris par lésions artérielles. Les ascendants paraissent avoir transmis, en pareil cas, non pas une forme particulière, invariable, de l'angine de poitrine, mais une susceptibilité spéciale à l'égard du syndrome, celui-ci pouvant se manifester, chez leurs descendants, sous une forme différente. Ce serait là, d'ailleurs, un cas particulier d'une loi plus générale.

Symptomatologie. — Si le tableau symptomatique de l'angine de poitrine peut présenter quelques variations en rapport avec le mode pathogénique des accès, il offre cependant dans ses traits essentiels une constance qui permet d'en donner une description d'ensemble : c'est la crise d'angor typique, correspondant à la maladie de Rougnon-Heberden, à l'angine vraie par ischémie cardiaque.

Affection essentiellement paroxystique, l'angine de poitrine est caractérisée par des accès douloureux, survenant brusquement au milieu d'un état de santé normal en apparence, et séparés par des intervalles d'une durée variable, souvent fort longue.

L'accès éclate d'ordinaire d'une façon subite à l'occasion d'un effort, d'une marche rapide contre le vent ou sur un terrain ascendant, d'un mouvement violent des bras, d'une émotion vive; le malade est saisi, immobilisé dans la position qu'il occupait, par une douleur atroce localisée à la région cardiaque vers le bord gauche ou la base du sternum et s'irradiant vers l'épaule et le bras gauche, douleur accompagnée d'une sensation d'angoisse inexprimable, terrifiante. Il éprouve l'impression d'une mort imminente, d'une « pause universelle des opérations de la nature »; sa face pâlit et ses traits expriment la souffrance et l'effroi qui le torturent. Au bout d'un temps qui varie de quelques secondes à quelques minutes, la douleur cesse brusquement et presque toujours d'une façon complète; mais cette délivrance physique laisse subsister une anxiété morale pénible, entretenue par la crainte du retour de crises semblables, et la conviction, trop légitime, que la mort serait la conséquence fatale d'un accès tant soit peu plus intense ou plus prolongé.

La douleur, considérée par Jurine comme la caractéristique de l'angine de

(1) SCHOTT. *Wien. med. Woch.*, mai 1898.

poitrine, constitue tout au moins, pour la plupart des auteurs, un phénomène capital; cependant l'importance de ce symptôme paraît avoir été exagérée, si l'on s'en rapporte à certaines observations d'angine fruste (Bernheim) dans lesquelles la douleur fait défaut ou se montre très atténuée. L'angoisse serait, par contre, le phénomène essentiel, prédominant (*syncopa angens*: Parry) et semble, dans bon nombre de cas, l'emporter de beaucoup en importance sur la douleur. « Il y a des angines de poitrine non douloureuses, il n'y en a pas qui laissent au malade sa pleine et entière sécurité » (E. Brissaud). Cette sensation d'angoisse dans l'angine de poitrine ne serait pas toujours, d'après Ed. Brissaud⁽¹⁾, rapportée par les malades (abstraction faite de la douleur) à l'imminence d'une syncope circulatoire, mais d'une syncope respiratoire, et il a relaté des faits dans lesquels, alternant ou coexistant avec les autres phénomènes de l'angor pectoris, s'est montrée de l'angoisse laryngée, sans spasme glottique, ayant amené parfois la terminaison fatale.

L'angoisse aurait une origine centrale, et son point de départ, quelle qu'en soit du reste la localisation extériorisée, devrait être cherché dans le noyau d'origine du nerf vague (E. Brissaud).

Le siège de la douleur dans l'angine de poitrine n'est pas absolument constant; son point de départ et son foyer maximum sont, d'ordinaire, au niveau de la région moyenne ou du bord gauche du sternum (*sternalgie* de Baumès); Laënnec l'a vue prédominer dans la moitié droite du thorax; parfois elle semble traverser la poitrine d'arrière en avant (Gélineau), ou dessiner une ligne transversale réunissant les deux mamelons (Fothergill). Elle a constamment un caractère constrictif, angoissant (M. Raynaud), et a été comparée à celle que produirait une griffe de fer déchirant la poitrine, un étai, une pince broyant le cœur, un garrot écrasant le thorax, etc....

La douleur reste rarement localisée dans son foyer initial; plus souvent elle s'irradie dans des directions variables : d'ordinaire, c'est vers l'épaule gauche et le bras du même côté, tantôt jusqu'au coude, tantôt jusqu'à la main, en suivant constamment le bord cubital du membre pour aboutir dans les deux derniers doigts. Parfois, elle irradie symétriquement dans les deux épaules et même dans les deux bras, mais s'arrête alors presque toujours au niveau des coudes, qui semblent broyés par un lien circulaire. Dans quelques cas exceptionnels, l'irradiation a été bornée au bras droit; Lépine⁽²⁾ en a rapporté une observation des plus intéressantes avec contrôle nécroscopique : angor avec pause respiratoire et douleur du côté droit du thorax, irradiée dans le bras droit; mort subite; aortite en plaques gélatiniformes, sténose de la coronaire antérieure et légère atrophie myocardique; nerfs de la région pectorale sains.

On a noté encore la propagation aux parties latérales du cou, à la mâchoire, surtout à gauche; en arrière, entre les deux épaules; en bas, vers l'hypogastre (Blackwall), le cordon ou le testicule (Laënnec, Gélineau); ou encore le long du trajet du phrénique (Heine, Peter, Martinet).

Ces douleurs irradiées sont en général moins cruelles que celle de la région cardio-thoracique; parfois même elles se bornent à une pénible sensation de constriction avec engourdissement et fourmillements, surtout pour celles qui atteignent l'avant-bras et les doigts.

(1) ED. BRISSAUD. *Angor pectoris et angoisse laryngée. Tribune méd.*, 1890.

(2) LÉPINE. *Congrès de l'Ass. pour l'avanc. des sc.*; Besançon, août 1895.