

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES MÉDECINS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD

RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARRIE, BECLÈRE, BRONCHETTI, DU CASTEL, GINGROT, Charles MAURIAC, FICQUEL, AL. KENAU, KIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — L'administration de la REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE prie instamment ses abonnés de lui adresser au plus tôt, par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1898 et d'y joindre l'une des rubriques bandes du journal. Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement s'élevant à 75 centimes par quittance.

— Le journal est mis à la poste dans la nuit du mardi et doit parvenir à domicile, dans Paris, par la première distribution du mercredi; et, dans les départements, selon les distances, dans la journée du mercredi ou dans la matinée du jeudi. Prière à nos abonnés qui éprouveraient des retards de distribution d'adresser leur réclamation au Directeur général des Postes et, en même temps, de nous en informer.

Prime à nos abonnés. — Vient de paraître le troisième volume des **Mémentos thérapeutiques des praticiens**. (Voir : page III.)

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr H. HUCHARD

Les précordialgies (1)

Une douleur de la région précordiale étant donnée, en établir la valeur diagnostique et pronostique; tel sera le sujet de cette causerie clinique. Commençons par les exemples de la forme la plus grave des précordialgies.

Au numéro 19 de la Salle Bazin est couché un malade atteint de rétrécissement aortique d'origine rhumatismale. Vous avez pu voir aussi à notre consultation du jeudi, une femme atteinte de rétrécissement aortique d'origine scléreuse. Ces deux affections, différentes en apparence, se rapprochent par un symptôme commun, par des crises d'angine de poitrine vraie, crises diurnes et nocturnes chez l'un et l'autre de ces malades. Je profiterai de ce rapprochement pour étudier avec vous les caractères des douleurs précordiales, symptôme qui souvent permet à lui seul de faire le diagnostic d'une affection, et d'en établir le pronostic.

Les douleurs de l'angine de poitrine offrent des caractères spéciaux, que j'ai déjà souvent étudiés avec vous et sur lesquels je ne m'étendrai pas. Vous savez que les crises diurnes diffèrent essentiellement des crises nocturnes et qu'elles sont toujours provoquées par un effort. Celles de la nuit, au contraire, sont remarquables : 1° par leur intensité; 2° par leur longue durée; 3° par leur spontanéité.

Les douleurs de l'angine vraie ne sont jamais constantes; de plus, elles ne sont pas provoquées par la pression. Ces caractères sont si vrais, qu'ils nous per-

mettent de faire le diagnostic à distance, car vous pouvez poser en loi que dès qu'une douleur est permanente dans la région précordiale, ce n'est pas une douleur d'angor, ce n'est pas une douleur coronarienne. Je sais bien que nombre d'auteurs sont d'avis contraire, entre autres les partisans de la théorie de la névrite cardiaque, s'il en reste encore. Mais, depuis 1883, époque à laquelle j'ai étudié cette affection, je ne me suis, pour ainsi dire, jamais trompé sur plus de 600 cas soumis à mon observation, et toujours les caractères cliniques de la précordialgie angineuse m'ont permis d'établir le diagnostic et le pronostic de l'affection. La névrite cardiaque peut exister, mais seulement à titre de complication.

Partant de ces caractères cliniques, on peut établir la séméiologie des précordialgies.

Je mentionnerai d'abord les affections dans lesquelles la douleur ressemble le plus à celle de l'angor, affections très rares, que vous n'avez même jamais eu l'occasion d'observer. Ce sont :

1° Les *ruptures de l'aorte*, dont on a rapporté quelques observations. Le diagnostic difficile, sinon impossible en pareil cas, n'a pas grande importance : la mort survient, subite ou du moins très rapide.

2° Les *ruptures du cœur*, un peu plus fréquentes, dont pour ma part j'ai observé deux cas. La rupture du cœur est le résultat de la dégénérescence cardiaque; elle se manifeste par une douleur vive, subite, intense, en arrière du sternum. Elle s'accompagne d'une dyspnée pénible, symptomatique, d'après moi, des infarctus cardiaques. Le diagnostic peut être établi quand on a observé auparavant tous les signes d'une dégénérescence cardiaque. J'ajouterai qu'il se fait rarement et que la mort peut être subite, rapide ou relativement lente, c'est-à-dire ne survenir qu'au bout de deux ou trois jours.

3° La *rupture d'une des valves ou des piliers du cœur*, dont Corvisart a donné, l'un des premiers, de bons exemples au commencement de ce siècle. Suite d'un traumatisme violent, d'un effort considérable, d'une endocardite ulcéreuse, elle est souvent caractérisée par l'apparition d'une douleur précordiale très vive, et par la production subite d'un souffle d'insuffisance.

Toutes ces douleurs sont absolument viscérales, elles n'augmentent pas par la pression du doigt.

D'une façon générale, je ne saurais trop répéter que tout individu qui souffre dans la région précordiale n'a pas d'affection valvulaire, et que la douleur est un symptôme, non d'une affection du cœur, mais d'une maladie de l'aorte. J'en dis autant de la syncope. Quand un malade, atteint de rétrécissement ou d'insuffisance mitrale a des syncopes, des lipothymies, on peut hardiment affirmer l'existence d'une autre affection concomitante : état nerveux, hystérie, etc., comme je l'ai démontré dans la thèse de mon élève, M. Huc (en 1890), relative à l'association des affections du cœur et des névroses. Il en est

(1) Leçon recueillie par M. Chevillot, externe du service.

de même des palpitations. Qu'un malade vienne vous consulter, soi-disant pour une maladie du cœur, qu'il se plaigne de palpitations violentes, survenant surtout après les repas ou d'une façon spontanée, vous pouvez être certains à l'avance que l'auscultation ne vous révélera aucun signe d'affection organique du cœur et que votre malade n'est qu'un dyspeptique ou un nerveux. Je ne prétends pas affirmer qu'il en soit toujours ainsi, et je ne parle pas des affections d'origine artérielle. Je veux dire seulement que ces symptômes ne sont pas ceux des affections du cœur.

4° Je ne me répéterai pas en vous énumérant les signes distinctifs entre l'angine de poitrine et les *pseudo-angines* des dyspeptiques, des névropathes, des hystériques, etc. J'insiste cependant sur la spontanéité de ces crises pseudo-angineuses, et chez les malades dont les douleurs sont spontanées, nocturnes, s'apaisant par la marche, comme cela arrive pour les dyspeptiques, le diagnostic peut être posé à coup sûr : même s'il y a une lésion aortique, il existe une névropathie concomitante.

5° Enfin, dans la *dilatation du cœur*, primitive ou consécutive à une affection valvulaire dans la symphyse cardiaque, il peut y avoir à la région précordiale une gêne particulière, que j'appelle « douleur de distension », mais c'est une sensation douloureuse plutôt qu'une douleur réelle.

*
**

Les autres précordialgies appartiennent à des affections névralgiques et sont de plusieurs sortes.

1° Ce sont d'abord les *névralgies intercostales* et *phréniques* qui peuvent le plus facilement donner le change ; les douleurs de la *pleurodynie*, de la *névralgie diaphragmatique*, les points e côté de la *péricardite*, de la *pleurésie*, de la *pneumonie*. Ces points sont faciles à diagnostiquer : ils se montrent au-dessous de la pointe du cœur et vers l'aisselle. Je vous en parle seulement pour mémoire.

2° La *pleurodynie* existe le plus souvent du côté de la scelle ; il est rare qu'elle siège dans les muscles intercostaux au niveau du cœur. Mais vous savez que la douleur augmente par les mouvements respiratoires, et vous avez là un élément suffisant de diagnostic.

3° La *névralgie intercostale*, vous ai-je dit, peut davantage prêter à la confusion : elle n'offre pas toujours, en effet, les trois points douloureux signalés par Vallex. Souvent, le point cardiaque existe seul, éventualité fréquente qui expose à de nombreuses erreurs d'interprétation et de diagnostic. En effet, si vous partagez l'opinion de certains auteurs, vous pourrez croire alors à une myocardite, puisque l'on doit, d'après eux, la soupçonner lorsqu'il existe une douleur s'exagérant à la pression dans les 4^e, 5^e ou 6^e espaces intercostaux. Rien n'est moins démontré, et je vous ai appris que les malades atteints d'une dégénérescence manifeste du myocarde, d'artériosclérose du cœur, n'ont pas de douleur au niveau de la région cardiaque, ou que, s'ils en ont une, elle se rattache toujours à un état névropathique.

4° Chez les nerveux vous observerez encore, non seulement de *fausses maladies de cœur*, mais de *fausses palpitations*, et vous verrez des femmes anémiques, chlorotiques, nerveuses, hystériques ou neurasthéniques, qui se plaindront à vous d'une douleur au cœur et de palpitations. Or, celles-ci n'existent pas réellement ; elles sont toutes subjectives : la paroi précordiale est hypertrophiée, et la malade, sans avoir de tachycardie, sent son cœur battre beaucoup plus fort qu'à l'ordinaire, parce qu'il

vient frapper à chaque battement contre une paroi anormalement douloureuse. Ce sont donc là de fausses palpitations, leur diagnostic en est aisé ; mais vous voyez qu'il a son importance, non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi au point de vue thérapeutique ; car, en pareil cas, il faut recourir aux antinévralgiques, non aux médicaments cardiaques.

5° Les douleurs de la *névralgie phrénique* ou de la *pleurésie diaphragmatique* ont des sièges spéciaux : il y a notamment des points douloureux entre les scalènes, à l'épaule, en dehors et le long du bord sternal et au point d'intersection de deux lignes dont l'une serait le prolongement du bord externe du sternum et l'autre de la dixième côte. (bouton diaphragmatique de Gueneau de Mussy.) Tous ces points ne se trouvent pas dans la région précordiale mais comme la douleur peut se généraliser à toute la région, il est nécessaire de connaître les points où elle s'exagère puisqu'ils permettent d'établir le diagnostic.

6° Enfin, je dois citer un cas, unique jusqu'à présent dans la science, rapporté, par Bouveret dans son remarquable travail sur la *dyspepsie hyperchlorhydrique* et qui montre que cette affection peut donner lieu à bien des confusions. Chez un artério-scléroseux goutteux atteint d'hyperchlorhydrie, il existait une douleur précordiale presque permanente, mais avec de nombreuses exacerbations, qui pouvaient faire penser à des crises d'angor. La permanence de la douleur permit de faire le diagnostic qui fut promptement justifié au moyen du traitement par le bicarbonate de soude à haute dose.

*
**

En résumé, nous pouvons diviser les précordialgies en quatre catégories :

1° Douleurs précordiales, accompagnées d'angoisse, douleurs de l'angine et des pseudo-angines de poitrine ;
2° Précordialgies ne consistant que dans l'angoisse, qui s'observent dans les maladies infectieuses et qui ne s'accompagnent pas de douleur. J'ai en maintes fois l'occasion de les rencontrer dans les formes malignes de la variole, de la grippe, de la scarlatine, etc. ;

3° Précordialgies névralgiques, caractérisées par des douleurs augmentant par la pression, sans angoisse ;

4° Enfin, on peut encore établir un quatrième groupe, en mentionnant les « algies centrales » que j'ai étudiées dans un travail récent (1), et que Bloch appelle « topoalgies ». Ces douleurs ont pour caractères de ne pas exister sur le trajet d'un nerf, de ne pas augmenter à la pression, et chez certains malades, elles se localisent à la région précordiale. Une telle douleur a un siège central et non périphérique ; elle est comparable à ces douleurs que les amputés croient éprouver dans le membre qu'on leur a enlevé.

Cette question, encore mal connue, est à l'ordre du jour, et la Société de chirurgie vient de discuter longuement sur les « grandes névralgies pelviennes ». Il ressort de cette discussion que ces névralgies sont de deux sortes : celles qui guérissent par une intervention chirurgicale, et celles auxquelles toutes les laparotomies ou hystérectomies possibles n'apportent aucun soulagement. Cela tient à ce que, topoalgie neurasthénique ou algie centrale, le mal est au système nerveux central, de même que c'est du système nerveux central que proviennent les douleurs fulgurantes du tabes.

(1) H. HUCHARD. Les neurasthénies locales (*Arch. de méd.*, décembre 1892). Voir plus loin, p. 5.