

## XVII. — CARDIOPATHIES ET ÉTAT NERVEUX

- I. CARDIOPATHIES ET ÉTAT NERVEUX. — Hémiplégie hystérique, polypnée, syncopes, palpitations; hystérie cardiaque et épilepsie cardiaque?  
II. SOUFFLES ANORGANIKES.

La marque suprême d'un bon médecin est de connaître la tendance des maladies, disait Borsieri. De fait, on pardonne plus volontiers à un médecin une erreur de diagnostic, difficile à juger avec compétence, qu'une erreur de pronostic appréciable pour tout le monde. Plus qu'à toute autre affection peut-être, cet aphorisme est applicable aux affections du cœur, ou plus exactement à celles qui peuvent les simuler. Rappelons, à ce sujet, quelques faits montrant la réserve qu'il faut avoir dans les cas de ce genre.

### I. — Cardiopathies et état nerveux.

Une femme, atteinte d'un rétrécissement mitral avec léger degré d'insuffisance aortique, présentait de temps en temps une tendance à la syncope dont elle s'effrayait beaucoup et qui s'accompagnait d'une anxiété des plus pénibles. Elle s'améliora cependant et put quitter l'hôpital, sans que cet état m'eût jamais préoccupé au point de vue du pronostic. Car, ainsi que je le répète souvent, la syncope est un symptôme cardiaque, mais non un symptôme d'affection cardiaque.

Une autre malade, atteinte d'un rétrécissement mitral, avait eu un an auparavant une attaque d'hystérie, suivie d'un état mental de forme particulière qui aurait pu faire penser facilement à des phénomènes cérébraux d'origine cardiaque. Récemment, on a constaté chez elle une légère

hémiparésie gauche avec hémianesthésie sensorielle et sensitive qui, si elle n'avait été précédée d'autres accidents hystériques, aurait pu rendre le pronostic très incertain; car on sait que l'embolie cérébrale est relativement fréquente dans le rétrécissement mitral.

J'ai été consulté par un médecin dont le fils, à la suite d'un rhumatisme, avait gardé un souffle d'insuffisance mitrale et avait présenté des syncopes à plusieurs reprises et sans cause apparente. Ces syncopes réitérées chez ce jeune sujet éveillèrent mon attention du côté de l'hystérie, et, de fait, il en présentait de nombreux stigmates; l'insuffisance mitrale existait, mais elle n'était pour rien dans les syncopes, et c'était l'hystérie qui était la cause des accidents nerveux sans importance pronostique.

Ainsi, un cardiaque avéré qui a des syncopes, des palpitations violentes, une polypnée intense, des phénomènes angineux spontanés sans les caractères véritables de la coronarite, doit être considéré avant tout comme suspect d'hystérie, et on ne peut se prononcer sur le pronostic qu'après l'avoir examiné attentivement à ce point de vue. L'hystérie peut donc se montrer dans les cardiopathies organiques, et c'est alors qu'elle peut être l'occasion d'erreurs graves de pronostic.

Ces associations de symptômes hystériques avec les cardiopathies leur donnent ainsi une fausse apparence de gravité; elles sont assez fréquentes, mais il ne s'agit pas, comme on l'a dit, d'un rapport de cause à effet entre le rétrécissement mitral et l'hystérie. Le plus souvent, il s'agit d'une association *fortuite* (1), qui a surtout de l'importance en raison des erreurs qu'elle fait commettre. Il n'y a pas, à proprement parler, « d'hystérie, d'épilepsie ou de chorée cardiaques » produites ou entretenues par une maladie du cœur, mais il y a l'hystérie, l'épilepsie, la chorée chez les cardiaques. Pourtant, faut-il excepter le pouls lent perma-

(1) Voy. à ce sujet la thèse de mon élève, M. Huc: *Maladies du cœur et névroses*, 1890, et *Journal des Praticiens*, 1891.



ment avec attaques épileptiformes, qui est une maladie spéciale cardio-bulbaire, et de plus quelques aortiques qui sont prédisposés, par le fait de leur affection valvulaire, à l'hystérie et surtout à la neurasthénie. En effet, certaines insuffisances aortiques tendent à créer chez quelques sujets un état de faiblesse irritable du système nerveux, et il ne s'agit plus ici d'une association fortuite, comme je le disais tout à l'heure, mais d'une relation de cause à effet.

## II. — Souffles anorganiques.

A côté de ces faits, il convient de donner une place à ceux dans lesquels c'est un souffle extracardiaque qui est la cause d'une erreur de pronostic. Ces souffles, qui méritent plutôt le nom de *cardio-pulmonaires*, ont des caractères assez nets permettant de les reconnaître facilement. Toutefois, il est des cas où la distinction est extrêmement difficile. J'ai cité un exemple curieux observé chez une femme albuminurique ; le souffle, qui paraissait bien diastolique, était d'une si grande intensité qu'on put croire à une rupture valvulaire, et le diagnostic porté également dans d'autres services avait été celui d'insuffisance aortique. Cependant, cette malade étant morte brusquement d'une hémorragie cérébrale, l'autopsie montra qu'il n'existait chez elle aucune lésion valvulaire. Il s'agissait d'un souffle extracardiaque.

Néanmoins, les cas de ce genre sont exceptionnels, et les caractères de ces souffles, signalés tout d'abord par Laënnec, sont en général suffisants pour les reconnaître, quand l'attention est attirée sur ce point.

Ces bruits se produisent dans le poumon et sont déterminés par l'expulsion brusque de l'air contenu dans la lamelle pulmonaire en rapport avec le cœur, expulsion d'autant plus bruyante que le cœur se contracte avec plus de vivacité, comme chez les nerveux.

Laënnec, qui a découvert les bruits de souffle anorganiques du cœur, leur a assigné leur vraie interprétation

pathogénique, avec leur siège pulmonaire et leurs caractères cliniques, au point de n'avoir presque plus rien laissé à dire de réellement nouveau à ce sujet. C'est pourquoi il importe de reproduire l'un des passages, un peu trop oubliés, où le célèbre auteur de l'auscultation a appelé l'attention sur les souffles « constatés chez des personnes qui n'ont aucune lésion de ces organes (cœur et artères) et qui sont atteintes d'affections très diverses ».

« Chez quelques sujets — dit Laënnec — les plèvres et les bords antérieurs des poumons se prolongent au-devant du cœur et le recouvrent presque entièrement. Si l'on explore un pareil sujet au moment où il éprouve des battements du cœur un peu énergiques, la diastole du cœur, comprimant ces portions de poumon et en exprimant l'air, altère le bruit de la respiration de manière qu'il imite plus ou moins bien celui d'un soufflet ou celui d'une râpe à bois douce. Mais, avec un peu d'habitude, il est très facile de distinguer ce bruit du bruit de soufflet donné par le cœur lui-même. Il est plus superficiel. On entend au-dessous le bruit naturel du cœur, et en recommandant au malade de retenir pendant quelques instants sa respiration, il diminue beaucoup ou cesse presque entièrement. La pression exercée par la diastole du cœur sur le poumon peut encore déterminer une crépitation dans le cas d'emphysème pulmonaire interlobulaire et souvent une variété du râle muqueux fort, analogue au *cri de cuir*, quand il y a peu de mucosité dans les bronches. »

Ainsi, Laënnec, en spécifiant que ces bruits de souffle apparaissent surtout lorsque les battements du cœur sont un peu énergiques, a par là démontré encore qu'ils sont d'autant plus fréquents que le cœur est plus irritable. C'est pour cette raison qu'on les rencontre surtout chez les nerveux, dans le goitre exophtalmique, dans certains états fébriles, la fièvre typhoïde en particulier, chez les saturnins et les tuberculeux, dans l'endocardite rhumatismale où, contrairement à l'opinion commune, ils n'indiquent en



aucune façon le début de l'endocardite aiguë; car l'endocardite s'annonce d'abord par des modifications de timbre et d'intensité des bruits valvulaires, qui deviennent « voilés, enrourés, sourds, un peu éteints » et ressemblent, comme le disait Bouillaud, au bruit du tambour recouvert d'un crêpe.

Une des malades de notre service, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, est un exemple de ce genre. Dès le premier jour, nous avons constaté un bruit de souffle n'accompagnant pas franchement la systole, mais la suivant (*souffle post-systolique*). Endocardite, pensiez-vous? Nullement; et j'ai dit que l'apparition d'un souffle, tout à fait au début, était la preuve qu'il ne s'agissait pas d'endocardite, mais bien d'un souffle cardio-pulmonaire. Celui-ci, provoqué par un peu d'excitation cardiaque, a disparu après quarante-huit heures, sans être accompagné de modifications dans le timbre et l'intensité des bruits valvulaires, ce qui démontrait son origine anorganique.

Ces bruits cardio-pulmonaires sont en général instables; mais ils peuvent être aussi persistants, et cela quelquefois pendant très longtemps. Je connais un sujet qui, depuis dix ans, présente un souffle extracardiaque sans aucune modification.

Nous reviendrons sur cette question, ne serait-ce que pour prémunir les praticiens contre l'étrange abus commis sur la fréquence des souffles anorganiques. Les nier, ce serait une faute; les voir trop souvent, c'est une erreur presque aussi grave.

## XVIII. — CŒUR ALCOOLIQUE

- I. MYOCARDITE ALCOOLIQUE : par stéatose myocardique; par dissociation segmentaire du myocarde. Vago-névrite? Atteinte de trois organes (cœur, foie, rein) sans artériosclérose.
- II. HYPERTROPHIE PLÉTHORO-ALCOOLIQUE. Cœur de bière. Imminence de dilatation cardiaque, d'asystolie aiguë.
- III. TRAITEMENT.

### I. — Myocardite alcoolique.

On rencontre parfois à l'autopsie de malades parvenus à un âge peu avancé (trente à cinquante ans) des cœurs flasques, mous, plus dilatés qu'hypertrophiés, avec élargissement des orifices auriculo-ventriculaires, et lésion à peine appréciable des appareils valvulaires.

Pendant la vie, on avait constaté les principaux signes d'une insuffisance mitrale (d'origine fonctionnelle), avec souffle systolique à la pointe, se propageant à la fois en dedans vers l'appendice xiphoïde et en dehors vers la région axillaire, avec une sorte d'*hésitation arythmique* de la systole, pouvant en imposer pour un rétrécissement mitral. Mais, ce qui avait frappé l'attention, c'était l'existence d'une tachy-arythmie très accusée survenant par accès, avec abaissement plus ou moins considérable de la tension artérielle, s'accompagnant à peine d'œdème des membres inférieurs; les urines étaient devenues promptement albumineuses, et le foie, congestionné et douloureux au début, avait fini par subir assez promptement un mouvement de rétraction, avec production d'un léger épanchement abdominal.

Dans ces conditions, la mort subite s'observe quelquefois, et l'on ne trouve rien pour l'expliquer: aucune altération aortique, aucune lésion coronarienne, sauf peut-être la



*névrine alcoolique du pneumogastrique*, qui n'a pas été suffisamment recherchée — car il s'agit, dans ce cas, le plus souvent d'éthyliques — et une légère dégénérescence diffuse, avec état granuleux de la fibre myocardique et dissociation segmentaire, qui a été constatée d'abord par J. Renaut (de Lyon) et son élève Mollard, puis par Aufrecht dans la « myocardite alcoolique ». L'adipose péricardique a été aussi assez souvent constatée.

Comme trois organes sont simultanément atteints — cœur, foie et rein, — on a une tendance à établir le diagnostic d'artériosclérose, alors qu'il s'agit d'une forme particulière de *myocardite alcoolique*, encore incomplètement étudiée au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique. J'ai observé, chez les grands buveurs, une dizaine de faits semblables, dont quatre terminés par la mort subite, et on ne peut les faire rentrer dans l'histoire clinique de la cardiosclérose ou des diverses myocardites scléreuses étudiées par les auteurs. Du reste, d'après l'opinion peut-être trop exclusive de Lancereaux et de son élève Duclos, l'alcoolisme produit plus souvent sur le système artériel, la stéatose que la sclérose. Mais cette stéatose, à la fois myocardique et coronarienne, est suffisante pour nous expliquer la fréquence de la dilatation cardiaque chez les alcooliques, alors que la sclérose vasculaire aboutit plus souvent à l'hypertrophie ventriculaire par le fait du rétrécissement du système artériel.

Cette myocardite alcoolique se rapproche beaucoup de celle qui a été signalée par Aufrecht (1), dans laquelle le début est annoncé par des troubles cardiaques; puis, la maladie suivant son cours, le foie se prend ultérieurement et cette participation est considérée comme une hypertrophie idiopathique ou une cirrhose commençante de l'organe; enfin, la lésion rénale est interprétée comme une néphrite primitive, avec participation secondaire du cœur.

(1) *Therap. Monatschrift*, 1875.

## II. — Hypertrophie pléthoro-alcoolique.

Il existe encore une forme de *cœur alcoolique* signalée dès 1860 par Bauer (1), qui a rapporté une vingtaine de cas d'hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire ni myocardique, puis par Bollinger, qui l'a constatée chez les grands buveurs de Munich et lui avait donné le nom de « cœur de bière » (*Bierherz*) ou « d'hypertrophie toxi-fonctionnelle, d'hypertrophie pléthoro-alcoolique » du cœur.

Mais Krehl, reprenant cette question, avait constaté dans ces cas des lésions scléreuses évidentes, et il est juste de rappeler à ce sujet que Corvisart avait parfaitement distingué les faits où l'induration du cœur survient « à une époque quelconque d'une dilatation préexistante », de ceux où « l'induration est la première affection qui se développe », en l'absence de toute dilatation qui ne peut alors s'effectuer.

D'après Bollinger et Bauer (1893), l'hypertrophie du cœur chez les grands buveurs de Munich, qui absorbent jusqu'à 10 ou 12 litres de bière par jour, s'explique par un véritable état de pléthore vasculaire et d'hypertension consécutive à l'ingestion d'une telle quantité de liquide, et la dilatation par la perte d'élasticité du myocarde, due à l'action de l'alcool. Il s'agit donc, comme on l'a fait observer, d'un véritable état de parésie toxique du myocarde, et ce qu'il y a d'intéressant dans ces cas, c'est la production fréquente d'une véritable asystolie aiguë, survenant chez les alcooliques sous l'influence d'un travail pénible, d'un effort, du soulèvement d'un fardeau, asystolie pouvant se terminer par la mort en dix ou quinze jours, comme on en a signalé quelques exemples.

(1) *Thèse de Giessen*, 1860.



## III. — Traitement.

En résumé, le cœur alcoolique — qu'il s'agisse d'une myocardite segmentaire, d'une stéatose du myocarde avec ou sans surcharge graisseuse, d'une « hypertrophie pléthoro-alcoolique » — est un cœur surtout caractérisé par sa facile dilatation. Celle-ci survient rapidement sous l'influence de causes diverses : efforts, marches précipitées, cyclisme, surmenage. Elle peut encore être augmentée par le fait de maladies infectieuses parmi lesquelles la pneumonie occupe la première place, et c'est pour cette raison en grande partie, que la mort est fréquente dans ces cas. En France, nous observons rarement des faits analogues à ceux qui ont été signalés en Allemagne. Cependant, il m'a semblé utile de les signaler pour aider au diagnostic entre la cardiosclérose et les diverses myocardites chroniques, pour fixer les indications thérapeutiques. Celles-ci sont de quatre sortes :

- 1° Supprimer la cause, c'est-à-dire interdire tout excès alcoolique, et malheureusement il est souvent trop tard ;
- 2° Le cœur alcoolique étant très dilatable, éviter toutes les causes de surmenage ou d'excès de travail du cœur : tout effort, l'alimentation riche en toxines alimentaires, etc. ;
- 3° Surveiller et tonifier de bonne heure le cœur alcoolique dans le cours des maladies infectieuses, celles-ci pouvant par elles-mêmes produire la dilatation du cœur ;
- 4° Soutenir le cœur en imminence continuelle de dilatation et d'asystolie.

Pour remplir cette dernière indication, de petites doses de *digitale* ou de digitaline (un granule de digitaline cristallisée à un quart de milligramme pendant quatre jours, toutes les trois semaines ou tous les mois) sont ordinairement suffisantes. — On peut encore employer d'une façon continue (pendant deux mois ; cesser pendant un mois, reprendre pendant deux mois, et ainsi de suite) des pilules ainsi composées :

Extrait de convallaria..... 10 grammes.  
Sulfate de spartéine..... 1 gramme.

Pour cinquante pilules. Une pilule deux ou trois fois par jour.

Dans la myocardite segmentaire, J. Renaut (de Lyon) recommande beaucoup le *strophantus*, médicament qui assure, d'une façon ménagée et soutenue l'activité nutritive de la fibre myocardique, et qui a l'incontestable avantage de pouvoir être continué d'une façon presque indéfinie, pendant des mois et même des années. On peut prescrire la *strophantine* en solution aqueuse d'après cette formule :

Eau distillée..... 200 grammes.  
Strophantine (de Merck)..... 0<sup>gr</sup>,002

Dissolvez et filtrez. Deux cuillerées à dessert ou à soupe par jour.

Je préfère l'*extrait de strophantus*, à la dose d'un granule de 1 milligramme deux à trois fois par jour, pendant trois semaines chaque mois.