

Chez les artério-scléreux dyspeptiques, comme dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux compliqué de dyspepsie, les palpitations prennent parfois une intensité extrême, parce que le cœur gauche et le cœur droit ont à lutter contre les deux hypertensions, artérielle et pulmonaire, créées par la maladie artérielle d'une part, par l'état dyspeptique d'autre part. Le traitement de ces palpitations par double hypertension s'inspire de ces deux indications; il sera exposé plus tard.

Existe-t-il des palpitations directement goutteuses ou rhumatismales? Scudamore l'établissait pour la goutte, et quelques auteurs ont été jusqu'à admettre l'influence toxique de l'acide urique en excès sur le cœur. Le fait n'est pas prouvé, l'acide urique agissant surtout sur les vaisseaux, à titre de substance vaso-constrictive. Du reste, les goutteux ont bien d'autres causes pour éprouver des palpitations : état gastrique ou nerveux, anémie, etc. Quant aux palpitations rhumatismales par action du rhumatisme sur les nerfs du cœur ou sur le myocarde, elles sont très contestables. En tous cas, le *traitement anti-goutteux ou anti-rhumatismal* est sans action sur ces palpitations. Il existe (chez les nerveux, les anémiques, les chlorotiques, les uricémiques, les goutteux) des palpitations *par vaso-constriction périphérique* (1), cette vaso-constriction pouvant être purement nerveuse chez les uns, d'origine toxique chez les autres, et dans ce dernier cas, l'excès d'acide urique doit être incriminé. Alors, il faut s'adresser plutôt à la médication vaso-dilatatrice : massage et frictions des extrémités, solution de trinitrine au centième (trois gouttes répétées trois à quatre fois par jour dans un peu d'eau sucrée), alimentation lacto-végétarienne, etc.

Cette question du traitement des palpitations est loin d'être épuisée. Nous y reviendrons sans doute plus tard.

(1) *Journal des Praticiens*, 1897, n° 10, et *Traité de thérapeutique appliquée* (fasc. XI, 1897).

XIV. — TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE ET SON TRAITEMENT

I. CARACTÈRES CLINIQUES.

II. TRAITEMENT.

I. — Caractères cliniques

Voici une maladie nouvelle, bien connue depuis seulement dix ans. Elle est caractérisée par des accès de tachycardie qui surviennent de temps en temps et qui sont marqués par une accélération parfois extrême des battements cardiaques pouvant atteindre 150 et même 300 par minute. L'accès survient tout à coup, le plus souvent sans cause, et disparaît avec la même rapidité. Cette affection est « essentielle », en ce sens qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une affection organique des valvules ou du muscle cardiaques, ou encore d'une maladie d'un organe plus ou moins éloigné, et qu'elle doit être attribuée à une perturbation fonctionnelle de l'innervation motrice du cœur; elle est « paroxystique » et se distingue ainsi des tachycardies permanentes que l'on observe dans différentes affections. Cette maladie n'est pas sans gravité, puisque Bouveret (1), qui cite deux observations personnelles, a noté la mort subite parmi ses terminaisons.

La durée des paroxysmes est variable; elle peut n'être que de quelques minutes, quelques heures, plusieurs jours. Lorsqu'elle atteint quelques semaines, la dilatation du cœur est à craindre avec l'asystolie aiguë, et la maladie devient grave.

La nature exacte de cette affection n'est pas encore élucidée, et quelques auteurs sont partagés sur la question de

(1) *Revue de médecine*, 1889.

savoir s'il s'agit d'une paralysie transitoire du pneumogastrique, ou d'une excitation des nerfs accélérateurs du sympathique. Mais, il est certain que cette dernière cause serait incapable de produire une tachycardie aussi prononcée, seule possible avec une vago-parésie.

Si j'en juge par un assez grand nombre de cas que j'ai déjà vus, et dont l'un, datant de 1889, est relatif à une femme que j'ai eu l'occasion d'observer avec le Dr Droin (d'Auxerre), il est permis de supposer l'existence d'un état paralytique du centre bulbaire. — Dans la grippe, qui affecte si profondément le système nerveux, on observe, d'une façon permanente ou paroxystique, les symptômes de la paralysie du nerf vague, symptômes parmi lesquels on peut distinguer une sorte de tachycardie.

Voici les modes de traitement qui ont été imaginés contre cette affection nouvelle : la tachycardie essentielle paroxystique.

II. — Traitement

Pendant l'accès — et c'est à ce moment là seulement que la médication a été appliquée — les malades recherchent l'immobilité, le décubitus dorsal, de préférence au décubitus latéral droit ou gauche qui exaspère les accidents ; ils redoutent d'instinct les émotions, les mouvements un peu brusques, et il est inutile d'ajouter que pendant la période paroxystique ou dans les stades intercalaires, il faut proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants, etc. D'après Bouveret, la digitale n'exerce aucune action modératrice sur cette tachycardie et cela prouverait que ce médicament n'a pas une action très accusée sur le nerf vague. On a été même jusqu'à dire que la digitale n'est pas un médicament directement cardiaque, dans le sens que l'on doit attacher à ce mot, et qu'elle agit plutôt indirectement sur le cœur, à la périphérie du système circulatoire. Pour ma part, j'ai obtenu parfois de bons effets avec la digitale.

Pour modérer cette tachycardie, le traitement qui jusqu'ici aurait donné les meilleurs résultats, est celui que Czermack en 1858, et Quincke (1) en 1875, ont imaginé : il consiste dans la compression de la région cervicale exercée vers le trajet des carotides et surtout celui de la carotide gauche. Cette compression, pratiquée à la hauteur du cartilage thyroïde, pour éviter la compression du vaisseau, agit en excitant mécaniquement le tronc du nerf pneumogastrique ; elle serait assez promptement suivie du ralentissement des battements du cœur.

Voici encore un autre moyen indiqué par Nothnagel, et qui a été employé avec succès par Bouveret :

Le malade peut arrêter un accès et en retarder l'explosion, lorsqu'il suspend ses mouvements respiratoires en inspiration profonde. « Une grande inspiration exerce des tiraillements sur les filets pulmonaires du pneumogastrique. Il en résulte une forte excitation de ces filets nerveux, et il est probable que cette excitation, transmise au bulbe rachidien, y réveille l'action défaillante des centres modérateurs. »

Je donne l'explication pour ce qu'elle vaut. Mais, puisque le traitement a pour but de « réveiller l'action défaillante des centres modérateurs », je me demande pourquoi on n'a pas cherché à agir directement sur ces centres nerveux, plutôt que d'une façon indirecte et par le mécanisme des actes réflexes. Il y aurait donc lieu de chercher à agir plus directement et plus près du centre bulbaire, en appliquant des pointes de feu au niveau de la nuque ou encore des courants électriques à ce niveau.

A la *Société de thérapeutique*, j'ai insisté sur les bons effets des pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet de la colonne vertébrale dans l'irritation spinale et la chorée, et j'ajoutais que je les avais utilisées dans le traitement des névroses bulbaires parmi lesquelles le goître exophthalmique tient une place prépondé-

(1) *Berl. Klin. Woch.*, 1875.

rante. C'est ainsi que j'ai réussi à calmer les accès de la tachycardie si fréquents et si douloureux de cette affection. Or, Duchaussoy (1) a cité, sans connaître nos recherches à ce sujet, un cas très favorable à ce mode de traitement.

Un homme de 38 ans, épileptique depuis quelques années seulement, était tourmenté par une tachycardie permanente (120 à 130 pulsations par minute). L'existence d'un tremblement spécial avait fait penser qu'il s'agissait peut-être, en l'absence d'exophtalmie, d'hypertrophie du cœur et de la thyroïde, d'un de ces cas frustes de goître exophtalmique, dont les exemples se multiplient tous les jours. Contre cette tachycardie, toutes les médications avaient échoué. C'est alors qu'on eut l'idée de « styper » la nuque du malade. Or, sous l'influence de pulvérisations de chlorure de méthyle, d'applications de coton imbibé de chlorure de méthyle (stypage) sur la nuque, les battements cardiaques arrivèrent assez rapidement de 120 à 86 par minute. Il faut en conclure que cette révulsion, en déterminant l'excitation des extrémités nerveuses cutanées, modifie, par action réflexe, la circulation bulbaire et relève ainsi l'action des nerfs vagues.

Sans doute, ce fait ne rentre pas dans les exemples de tachycardie *essentielle* et *paroxystique* auxquels j'ai fait allusion plus haut. Mais on peut, thérapeutiquement, conclure de l'un aux autres. On doit même élargir le cadre des applications thérapeutiques du chlorure de méthyle au niveau de la région cervicale postérieure correspondant au centre bulbaire.

Il existe certaines tachycardies essentielles, comme il y a des bradycardies dont le siège et la cause ne sont pas au cœur, mais au bulbe. Contre ces troubles fonctionnels d'origine bulbaire, la digitale et les médicaments cardiaques sont impuissants ; à maladie bulbaire, il faut opposer une

(1) *Thèse de Paris*, 1889.

médication bulbaire. Quand, le premier en France, en 1884, j'ai démontré les bons effets de l'antipyrine contre le diabète sucré et insipide, j'ai pu affirmer l'action bulbaire de ce dernier médicament. Donc, contre les accès paroxystiques de la « tachycardie » essentielle, l'antipyrine paraît indiquée. On doit y joindre la compression du pneumogastrique gauche au cou, et les pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque. Cette médication répond ainsi à la double indication : agir à la fois sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique.

XV. — CARDIOPATHIES ET ÉTAT NERVEUX

- I. RAPPORT ENTRE LES CARDIOPATHIES ET L'ÉTAT NERVEUX.
- II. SOUFFLES ANORGANIQUES.

Borsieri disait que la marque suprême d'un bon médecin est de connaître la tendance des maladies; et, 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. Je vais rappeler, à ce sujet, quelques faits montrant la réserve qu'il faut avoir dans les cas de ce genre.

I. — Rapport entre les cardiopathies et l'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

RAPPORTS ENTRE LES CARDIOPATHIES ET L'ÉTAT NERVEUX. 433
cardiaque. Récemment, elle a eu une hémiplegie, 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 répétées 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 bien, il est vrai, mais elle n'était pour rien dans les syncopes, et c'était l'hystérie qui était la cause des accidents.

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 de pronostic.

Ces associations de symptômes hystériques avec les cardiopathies leur donnent ainsi une fausse apparence de gravité; elles sont relativement 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 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) Voir 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. Dans ces cas encore, cette association *causale* d'une cardiopathie avec des accidents névropathiques divers, peut être la source de nombreuses erreurs de pronostic, s'y l'on n'y prend garde.

II. — Souffles anorganiques.

A côté de ces faits, il convient de donner une place plus importante encore à ceux dans lesquels c'est un souffle extra-cardiaque qui est la cause d'une erreur de pronostic. Ces souffles, qui méritent plutôt le nom de *cardio-pulmonaires*, ont cependant, quoi qu'on en ait dit, 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 extra-cardiaque.

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 déter-

minés 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.

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 rien laissé à dire par la suite quelque chose de réellement nouveau à ce sujet. C'est pourquoi, il importe de reproduire exactement 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 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 à ce 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 il est démontré que 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.

A ce sujet, vous avez vu cette malade couchée au n° 9 de la salle Delpech et atteinte de rhumatisme articulaire aigu. 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 je vous 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 il faut bien savoir qu'ils peuvent être aussi persistants, et cela quelquefois pendant très longtemps. Je connais un sujet qui présente un souffle extra-cardiaque depuis dix ans, lequel ne s'est nullement modifié pendant cette longue période.

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.

XVI. — LE CŒUR CHEZ LES BOSSUS

Je mets sous les yeux les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une malade, au sujet de laquelle on peut tirer des considérations très pratiques sur le cœur des bossus.

Cette femme, dont le thorax était entièrement déformé par une cypho-scoliose des plus prononcées, était cyanosée, son urine renfermait une petite quantité d'albumine; le cœur présentait un bruit de galop, et son état était des plus graves. On dut lui faire une saignée, mais celle-ci n'eut pas même le temps d'agir, et la mort survint rapidement.

A l'autopsie nous avons constaté les lésions suivantes :

Le cœur était volumineux, ce qui était bien en rapport avec la lésion des reins atteints de néphrite interstitielle; l'aorte était athéromateuse, les poumons congestionnés; toutefois, nous n'avons pas trouvé la lésion très caractéristique que l'on rencontre habituellement chez les bossus et qui consiste dans une atrophie pulmonaire considérable, atrophie qui peut faire tomber le poids du poumon de 450 grammes environ à l'état normal, à un poids inférieur à 300 grammes.

Ici, l'état hypertrophique du ventricule gauche n'était nullement sous la dépendance de la déformation dorso-thoracique, mais elle était liée à une complication incidente, qui avait été reconnue pendant la vie : la néphrite interstitielle par artério-sclérose.

C'est qu'en effet, ainsi que Cruveilhier l'a démontré il y a bien longtemps, la déformation de la colonne vertébrale porte son action beaucoup plus sur le poumon que sur le cœur. Ce dernier, qui peut se trouver déplacé en avant, n'est