

BRADYCARDIE

Les bradycardies symptomatiques sont le plus souvent d'origine réflexe; on les observe notamment dans le cours des affections du tube digestif (ulcère, hyperchlorhydrie, constipation, vers intestinaux, etc.). Elles peuvent être d'origine toxique et provoquées par un poison alimentaire ou médicamenteux (alcool, café, tabac, plomb, opium, belladone, aconit, scille, jusquiame, digitale), par un poison formé dans l'organisme (ictère, diabète, urémie, bradycardie du cours ou de la convalescence des maladies infectieuses [fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, etc.], bradycardie du surmenage, etc.). Les lésions du myocarde paraissent parfois s'accompagner de bradycardie; celle-ci enfin peut être due à des troubles circulatoires ou des lésions du bulbe (exostoses syphilitiques du crâne, traumatisme de la région cervicale, méningite tuberculeuse, pachyméningite, hémorragie cérébrale, pendant la première période, etc.).

Le traitement de la bradycardie essentielle ou maladie de Stokes-Adams (pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes) se confond avec celui de l'artério-sclérose; il faut, de plus, employer les toniques du cœur et combattre l'ischémie bulbaire.

Parmi les toniques du cœur, il faut s'adresser à peu près exclusivement à l'infusion de café ou à la caféine :

Caféine	} aa	0 gr. 25
Benzoate de soude		

Pour 1 cachet; 3 ou 4 par jour (Huchard).

La digitale est contre-indiquée, parce qu'elle ralentit le pouls et parce qu'elle est souvent nuisible quand le cœur est graisseux.

Quant à l'anémie bulbaire, elle nécessite l'emploi des vaso-dilatateurs : *nitrite d'amyle* (en inhalations), *trinitrine* en solution alcoolique au 100° (VI à X gouttes par jour) ou en injections sous-cutanées.

Eau distillée	10 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 100°	LX gouttes.

Injecter deux ou trois demi-seringues par jour.

Les *opiacés* et la morphine en injections sous-cutanées peuvent également produire de bons résultats en déterminant un état d'hyperémie cérébrale.

Dans les syncopes prolongées on a encore conseillé les injections sous-cutanées de *sulfate neutre de strychnine*.

Dans l'intervalle des crises, le régime lacté et l'iode de potassium feront les frais du traitement.

ANGINE DE POITRINE

Les multiples contradictions que l'on relève dans les travaux relatifs à l'angor pectoris sont dues à ce que l'on a confondu, jusqu'à ces dernières années, sous la même

dénomination, des phénomènes morbides qui ont sensiblement la même expression symptomatique, mais qui diffèrent par leur pathogénie, leur pronostic et leur traitement.

Effectivement l'angine de poitrine est un syndrome et rien de plus : on l'observe le plus souvent, il est vrai, dans le cours des affections du cœur ou des vaisseaux (aortites, péricardites, myocardites et surtout artério-sclérose), des pleurésies (Rauzier), mais on peut aussi constater des accidents paroxystiques de même ordre chez de simples névropathes (hystériques, neurasthéniques, épileptiques), dans le cours des maladies dyscrasiques (goutte, Lecorché; diabète, Vergely; goitre exophtalmique, Trousseau); dans les maladies infectieuses (rhumatisme, Peter, Martinet; paludisme, Mourson; syphilis; angiocholites, lithiase biliaire, cirrhose biliaire, Gilbert et Lereboullet); dans les affections de l'appareil digestif, dans les intoxications (oxyde de carbone, thé, café, et surtout tabac).

La variété d'angine la plus fréquente, celle qui a été qualifiée d'angine vraie, par opposition aux autres appelées fausses angines, s'observe chez des individus présentant un ensemble de troubles relevant de l'artério-sclérose; on lui a assigné des signes cliniques distincts de ceux des fausses angines : ainsi l'angine vraie s'observerait à un âge relativement avancé et surtout chez l'homme; elle apparaîtrait surtout le jour et serait provoquée par la marche, et notamment la marche sur un terrain incliné et contre le vent, par un effort, une circonstance quelconque exigeant, de la part du cœur, un travail plus considérable que de coutume; la durée des accès serait très courte, mais d'une intensité extrême. Il faut avoir vu des malades frappés soudainement de cette douleur angoissante qui leur donne la sensation de mort imminente, pour comprendre la justesse de cette phrase de Sénèque : *Aliud enim quidquid ægrotare est; post est animam agere.*

Au contraire, la fausse angine est plus fréquente chez la femme et ses accès sont plutôt nocturnes; on l'observe à l'âge moyen, entre trente et quarante ans. Ses accès reviennent périodiquement et sont moins dramatiques que ceux de l'angine vraie.

Celle-ci aurait pour substratum anatomique presque constant une lésion coronarienne (Kreysig, Huchard, G. Sée, Potain, etc.) et les crises d'angor seraient dues à l'ischémie cardiaque résultant de l'oblitération des coronaires; il s'agirait donc d'une véritable claudication intermittente du cœur. Dans les cas plus rares où il n'existe pas de lésions coronariennes, une autre lésion pourrait être invoquée : la névrite du plexus cardiaque (Peter, Lancereaux).

Aucune altération du cœur ou du plexus cardiaque ne pourrait être invoquée dans les cas de fausse angine.

L'association de plusieurs facteurs étiologiques, coronarite et névrose, aortite et goutte, dyspepsie, tabagisme, donne lieu à des angines de poitrine « mixtes » dont l'interprétation, le pronostic et le traitement offrent de grandes difficultés pour le praticien.

MM. Gilbert et Garnier (*Presse médicale*, octobre 1900) ont émis une opinion qui diffère sensiblement de celles émises jusqu'ici sur la pathogénie et les lésions de l'angine de poitrine.

Pour ces auteurs, les distinctions établies entre les diverses variétés d'angor pectoris ne sont pas aussi tranchées qu'on l'a prétendu. S'il est vrai que l'angine dite « coronarienne » est provoquée par la marche contre le vent, les efforts, qu'elle survient, de préférence, le jour et ne dure que quelques instants, ces caractères peuvent s'effacer par la suite et l'on peut voir les accès ultérieurs survenir la nuit, sans cause provocatrice appréciable, et durer une à plusieurs heures (Masson, Duchenne de Boulogne); il existe même des accès subintrants constituant un état de mal angineux. En réalité, on ne doit pas distinguer de fausses angines et des angines vraies, mais des angines bénignes et des angines graves.