

fait de bonne heure, saillie en dehors du thorax et présente des claquements ou des souffles simple ou double *siégeant vers le 2^e espace intercostal droit*.

Le pouls est affaibli et retardé d'une façon égale dans toutes les artères, il n'y a donc pas d'inégalité entre les deux pouls.

Si la tumeur s'étend jusqu'à l'origine du tronc brachio-céphalique, le *pouls radial droit pourra retarder* sur celui du côté gauche. Elle peut rester longtemps stationnaire, et lorsque la *rupture* se produit c'est surtout dans le *péricarde, la veine cave supérieure, l'artère pulmonaire, le cœur droit, les plèvres*, ou encore à l'extérieur, que l'anévrysme se fait jour.

b. L'anévrysme du tronc brachio-céphalique se distinguera par son siège du côté droit et sa tendance à gagner le creux sus-sternal. La *compression* qu'il exerce *porte sur le côté droit* et intéresse : le pneumogastrique, le tronc veineux brachio-céphalique droit et la veine cave supérieure. Il en résulte que le malade présente de l'*œdème unilatéral* ainsi que de la *cyanose, limités au côté droit* ainsi que de la parésie du membre supérieur du même côté, de plus, le *pouls radial est plus faible du côté droit* que celui du côté gauche.

c. Dans l'anévrysme de la *croise de l'aorte*, les signes de compression sont très accentués :

1^o Dans les tumeurs de la *convexité*, la compression s'exerce sur la trachée, les bronches, les pneumogastriques et spécialement sur le nerf récurrent gauche d'où des troubles de la voix très importants. Les *signes physiques* de la tumeur (battements, mouvements d'expansion, bruits de claquements et souffles), se rencontrent au maximum, à la *partie supérieure du sternum, au niveau du manche de cet os*. Le pouls est retardé dans l'*artère radiale et dans la carotide du côté gauche*.

La *marche* est en général assez rapide, et la mort survient le plus souvent par *rupture* dans le médiastin, la trachée, les bronches, suivie dans ce dernier cas d'hémoptysie foudroyante ou qui se répète à plusieurs reprises.

2^o Les tumeurs de la *concavité* sont beaucoup plus graves, à cause des phénomènes de compression qu'elles exercent, toujours difficiles à diagnostiquer : trachée, bronche et récurrent gauches, œsophage. Les phénomènes d'auscultation présentent leur maximum sous le sternum et *niveau du deuxième espace intercostal gauche*; ces tumeurs ne donnent lieu à aucun retard entre les deux pouls.

c. L'anévrysme de l'*aorte descendante*, qui a une *tendance* marquée à s'étendre en arrière vers la colonne vertébrale, exerce peu de compression sur la trachée, les bronches et les gros troncs veineux, et par suite reste longtemps méconnu en général. Il se manifeste cependant par des *douleurs térébrantes* profondes, tenaces, entre les épaules, par des

irradiations à forme névralgique sur les *nerfs intercostaux*, par de la dilatation des veines thoraciques superficielles, du *cornage*, dont la signification diagnostique est grande; plus tard par des signes de compression rachidienne : douleurs avec parésie dans les membres inférieurs, etc.

Plus tard encore, la tumeur a de la tendance à faire une saillie à gauche de la colonne vertébrale entre la septième et la dixième côte; dans le thorax, le cœur rejeté vers le côté droit, peut être le siège d'une *double secousse saccadée*.

e. Enfin, l'anévrysme de l'*aorte abdominale* plus rare que les précédents s'accuse pendant longtemps par des douleurs lombaires tenaces, avec irradiations vers les membres inférieurs qu'on prend souvent pour du lumbago, des névralgies lombo-abdominales, de la sciatique, etc. La tumeur siège au *niveau du tronc cœliaque*, et ne présente qu'un *seul battement* et un *souffle unique*, disparaissant parfois quand le malade est debout. Le *pouls des artères fémorales* retarde sensiblement sur celui des artères radiales.

Cette tumeur pulsatile devra être distinguée des *battements brusques* mais non expansifs qu'on perçoit chez certains névropathes sur le trajet de l'aorte, au *niveau de l'épigastre*, qui ne s'accompagnent d'aucun retard dans le pouls fémoral ni d'aucun trouble dans la santé.

Il faudra aussi la différencier des *soulevements pulsatiles de l'aorte* transmis par une tumeur abdominale solide : néoplasmes de l'estomac, du foie, du pancréas, du péritoine, etc., qui se manifestent toujours par des troubles graves de l'état général et surtout des voies digestives.

On ne la confondra pas davantage avec le *pouls veineux hépatique*, symptomatique de l'insuffisance tricuspidiennne, qui coïncide exactement avec la systole ventriculaire, et d'autre part est accompagné du *pouls veineux vrai des jugulaires*.

La terminaison par rupture a été notée fréquemment dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le péritoine, ou encore dans la veine cave inférieure constituant alors un *anévrysme artério-veineux* dont nous avons donné les caractères.

Pronostic. — Les anévrysmes de l'aorte présentent un pronostic de la plus haute gravité; d'une façon générale la terminaison fatale est d'autant plus à redouter que la tumeur comprime plus intimement les organes intra-thoraciques, et par suite fait moins de saillie au dehors; c'est ainsi que les *anévrysmes de la croise* semblent particulièrement redoutables; parmi ceux-ci, ceux de la *convexité*, qui peuvent saillir au-dessus de la poignée du sternum, présentent une gravité relative moindre que ceux de la concavité.

Nous avons vu que dans quelques cas heureux, mais très exceptionnels,

L'anévrysme de l'aorte est susceptible de *guérison*, soit spontanée, soit à la suite d'interventions thérapeutiques variables, sur lesquelles nous allons insister maintenant.

Traitement.

A. — Le *traitement* des anévrysmes de l'aorte est le plus souvent *palliatif* c'est-à-dire qu'il se borne à combattre les symptômes principaux ainsi que les accidents graves qui surviennent dans le cours de la maladie.

La douleur locale sera calmée par l'opium, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, les liniments calmants, les applications de glace. Les hémorrhagies sont parfois si soudaines, qu'elles ne laissent pas le temps d'intervenir, quelques-unes cependant n'entraînent point la mort immédiate ; c'est alors que le repos absolu, la compression locale (ouate, plaques métalliques) la diète lactée peuvent retarder l'issue fatale de quelques jours.

B. — Le *traitement curatif* a pour but d'imiter ce qui survient dans les cas, très rares d'ailleurs, de guérison spontanée de l'anévrysme, c'est-à-dire la formation de caillots dans la poche anévrysmale, amenant son oblitération plus ou moins complète.

La *méthode d'Albertini et de Valsalva*, proposée au commencement du XVIII^e siècle, avait pour but (par un régime très sévère, le séjour prolongé au lit, une large saignée répétée une fois ou deux) de ralentir la circulation et par suite de provoquer la coagulation de la fibrine.

Cette méthode, qui ne permettait au malade que 125 grammes d'aliments et 250 grammes d'eau, par jour, « juste autant qu'il en faut pour soutenir la vie » donna un succès complet à Valsalva, et plus tard également à Corvisart, Chomel, Laënnec et Bouillaud. Cependant les saignées copieuses, loin de ralentir la circulation ne faisaient que l'accélérer, et d'autre part ce traitement rigoureux, qualifié de *barbare* par Grisolle, qui ne pense pas « qu'il ait jamais guéri personne » mais que « souvent il a hâté la mort » a fini par tomber dans un juste oubli (Peter), malgré les adoucissements relatifs apportés à sa sévérité primitive.

Plus tard, Stokes, toujours dans le but de précipiter la fibrine dans la cavité du sac anévrysmal, conseilla d'augmenter la *plasticité* du sang par une alimentation tonique et réparatrice, et permettait même le vin à ses malades.

Tufnell a proposé une méthode de traitement qui a été admise par la plupart des praticiens anglais : elle consiste dans le *repos absolu* au lit durant trois mois au moins avec réduction du régime alimentaire et des boissons : pain et beurre, pommes de terre, 90 grammes de viande et 8 onces de liquide (240 gr.) consistant en lait, thé, eau, et vin de Bordeaux léger. Douglas Powell (1889) adopta ce traitement, mais insistant sur l'avantage des substances grasses qui jouiraient de propriétés co-

gulantes, il porte la dose d'aliments solides à 300 grammes. Simpson, dans l'application de ce traitement, proscrit le vin et le remplace par le lait.

En dehors de ces traitements qui consistent, en définitive, dans le repos prolongé et dans un régime alimentaire approprié, on a proposé toute une série nombreuse de médications employées, les unes à l'intérieur, les autres à l'extérieur, comme agents locaux.

1. *Médication interne.* — Les substances employées sont assez nombreuses : on a préconisé l'*acétate de plomb* (Dupuytren, J. Frank, Laënnec) à la dose de 15 centigrammes à 1 gramme, l'*alun*, à la dose de 1 à 2 grammes, le *tannin*, le *perchlorure de fer*, l'*ergotine*. La *digitale* qui ralentit la circulation, mais d'autre part accroît l'énergie contractile du myocarde, élève la tension artérielle et pourrait favoriser ainsi la rupture de la poche, c'est pourquoi, Mohamed (1878) a proposé à sa place, l'*aconitine*, et aussi la *veratrine* dans le cas où il y aurait lieu de diminuer l'énergie des battements du cœur.

Si l'anévrysme paraît se rapporter à une *infection syphilitique*, le *traitement hydrargyrique*, les frictions mercurielles, sirop de Gibert, injections sous-cutanées de biiodure de mercure, etc., seront mis en œuvre.

À côté des médicaments divers et sans effet ou tout au moins dont l'action reste douteuse, une place toute particulière doit être faite à l'*iodure de potassium* proposé d'abord par Bouillaud (1859) et employé principalement et avec un réel succès, par Chuckerbutty (1862), médecin de l'hôpital du collège de Calcutta. Cette médication excellente a été, depuis cette époque, appliquée par la plupart des cliniciens et spécialement par Balfour (d'Edimbourg) B. Bramwell (1878), Philipson; et en France par Potain, Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, etc., qui ont rapporté des faits assez nombreux, soit de guérison totale, soit d'amélioration considérable à la suite de l'emploi de l'iodure à doses assez élevées et longtemps prolongées.

L'*heureuse action de l'iodure de potassium* dans le traitement des anévrysmes n'est plus à démontrer, mais la façon dont il agit prête encore à la discussion. La majorité des auteurs anglais s'appuyant sur ce fait qu'un grand nombre d'anévrysmes sont de nature syphilitique, attribuent à l'action spécifique de l'iodure, tous les succès constatés en clinique. D'autres ont prétendu, avec Anderson, que l'iodure agit en abaissant la tension artérielle dans la poche anévrysmale et en diminuant la rapidité du courant sanguin. Balfour, dans un cas, ne trouva pas le sac oblitéré par des caillots, mais par le fait de la rétraction considérable de la poche artérielle ; l'amélioration par l'iodure, dit-il, se produit par « l'épaississement et la contraction des parois du sac », quant à la coagulation qui se produit dans l'intérieur de la poche anévrysmale, « elle ne joue qu'un rôle secondaire et sans

importance. » Il semble donc que l'iodure de potassium n'agit pas sur le contenu, mais sur la paroi de la poche anévrysmale. Simpson, Potain, Dujardin-Beaumetz et d'autres auteurs, admettent cette manière de voir, encore que ce dernier regarde l'action de l'iodure plus particulièrement heureuse dans l'aortite chronique avec dilatation simple, cylindroïde du vaisseau, que dans les ectasies avec poche véritable.

On a l'habitude, fréquente aujourd'hui, de substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium pour des raisons que nous n'avons pas à rappeler ici ; quoi qu'il en soit, il ne paraît pas nécessaire le plus souvent, de prescrire d'emblée les doses massives de 4 à 6 grammes conseillées par quelques-uns ; ces doses élevées produisent souvent de l'intolérance (iodisme) et les doses moyennes et longuement prolongées donnent des résultats meilleurs (Potain).

La dose quotidienne sera donc de 0,75 à 1 gramme d'iodure par jour, continuée pendant très longtemps, et même encore durant une longue période après la rétrocession de l'ectasie aortique, car le malade a besoin d'être surveillé de très près à ce sujet.

La digitale qu'il est préférable de rejeter durant la période d'état, pourra rendre quelque service à la période d'asthénie cardio-vasculaire de la même façon qu'elle trouve son emploi dans les cardiopathies valvulaires à la période asystolique.

2. *Médication externe.* — L'application locale de la glace proposée par Goupil n'a donné que des résultats médiocres ; Peter pense qu'elle peut être employée avec un certain avantage dans l'intervalle des séances d'électrolyse.

L'électrolyse a été proposée pour les anévrysmes sacciformes à collet étroit. Dujardin-Beaumetz sur 24 cas traités, n'a vu aucune guérison ; bien plus, de Renzi déclare qu'elle produit la rupture du sac dans la proportion de 88 sur 100.

Contrairement à ce qu'on observe pour les anévrysmes des membres dans le traitement desquels la compression des artères a une influence si heureuse, pour les anévrysmes de l'aorte, elle n'est applicable que si la tumeur fait saillie en dehors du thorax et s'il y a danger de rupture. Pour éviter cette redoutable complication, Pelletan soutenait la paroi artérielle avec une lame métallique de plomb, par dessus une bande de flanelle, et Broca, dans deux cas, observa une amélioration très notable à la suite d'applications répétées de couches de collodion.

3. *Traitement chirurgical.*

a. Nous passerons rapidement sur le traitement qui consiste à lier la carotide primitive gauche (Heath ; Barwell), le tronc ou les branches du tronc brachio-céphalique ; ce procédé n'a guère donné que des déceptions, car dans 38 cas traités de cette façon, 26 fois la mort survint moins d'une année après l'opération (Ortiz).

b. L'acupuncture essayée d'abord sans succès dans les anévrysmes des artères des membres (Velveau) a été appliquée par Moore d'abord (1864) et plus tard par Dewiss, de Philadelphie (1873), qui introduisirent dans les poches anévrysmales, le premier, de très minces fils de fer doux, le second, plusieurs mètres de crin. La même année, Montenovesi introduisit un ressort de montre et plus tard, Baccelli (1877) en fit la première application aux anévrysmes de l'aorte. Après avoir lavé soigneusement la peau, on introduit un ressort de montre dans l'anévrysmes, directement ou avec un fin trocart de quelques millimètres de large, dans le but de provoquer un centre de formation de caillots. Dans deux cas, les malades survécurent quelques mois à l'opération, et à l'autopsie on put constater en effet que des caillots s'étaient déposés autour des spirales.

Par le même procédé, on a introduit d'autres corps étrangers : fils d'argent, crin de Florence, etc. En 1878, dans un cas d'anévrysmes de l'aorte descendante comprimant le nerf récurrent gauche et produisant de l'aphonie, C. Paul introduisit une série de fines aiguilles japonaises en or à un centimètre de distance ; la séance dura un quart d'heure, suivie huit jours après et quatre semaines plus tard, de nouvelles séances à la suite desquelles le malade se sentant amélioré, quitta l'hôpital. Ici, ce ne fut point la formation de caillots passifs qu'on observa, mais la poche enflammée subit un épaississement progressif au point que l'introduction des aiguilles devenait chaque fois plus difficile.

Cependant, ainsi que Verneuil l'a fait remarquer, sur 34 observations connues d'acupuncture, les résultats sont restés médiocres, car 30 fois la mort survint dans le courant de l'année même de l'opération (*Acad. de Méd.* 1888).

c. Nous n'insisterons pas sur le traitement des anévrysmes, par la méthode de Macewen, consistant à planter de longues aiguilles dans la tumeur et à aller gratter de la pointe la paroi opposée : il se produirait au niveau des érosions endothéliales un travail inflammatoire ayant pour résultat la formation d'un caillot oblitérant, actif. Bignonne (*Gaz. d'Ospéd.* 1895) aurait guéri un malade de cette façon.

d. L'électropuncture, dont la première idée appartient à Alph. Guérard, et fut appliquée d'abord dans un anévrysmes de l'artère temporale par Pétrequin, a été employée pour la première fois dans les anévrysmes de l'aorte par Ciniselli de (Crémone ; 1858) et appliquée depuis par Anderson, Cliffton Allbutt, Simpson, Dreschfeld, en Angleterre ; Bowditch, en Amérique ; Fischer, en Allemagne ; Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Proust, en France. Elle se propose de produire la coagulation du sang en faisant passer un courant électrique à travers la tumeur.

L'opération modifiée par Dujardin-Beaumetz (1880) sera réglée ainsi : quatre à six petites aiguilles en acier de 7 centimètres de long sont enfoncées perpendiculairement dans la tumeur, à 1 centimètre environ de distance l'une de l'autre ; on pourrait cependant les remplacer avec avantage par des aiguilles en fer doux (pour éviter les eschares attribuées à l'action de l'acier), très fines, très pointues et revêtues, sauf à la pointe, de vernis à la laque. L'introduction se fera au moyen d'un enfonce-aiguille et d'un tire-aiguille de Gaiffe. Les piles employées sont à *courant continu* comme celles de Leclanché, de Gaiffe ou de Chardin par exemple ; la plaque humide, représentant l'*électrode négative* est appliquée sur la peau du bras ou de la cuisse, puis on met le *pôle positif* de l'appareil en rapport avec la première des aiguilles, et le circuit est fermé. Au bout de 5 minutes, alors qu'il commence à se former une petite aréole jaunâtre, on déplace le courant, et la première aiguille devenue oxydée, est mise en contact avec le pôle négatif alors que le pôle positif va être mis en communication avec l'aiguille suivante, et ainsi de suite pour toutes les aiguilles. On fait donc ainsi passer alternativement par chaque aiguille le pôle positif et le pôle négatif, en commençant toujours par le pôle positif, et d'après Ciniselli, cette double application du courant activerait la coagulation du sang.

Une autre méthode est celle de Hamilton (1846) reprise par Anderson (1870) consistant à laisser le pôle négatif constamment en contact avec la périphérie (cuisse, bras, thorax) alors que le pôle positif seul est mis en rapport durant cinq minutes environ avec chacune des aiguilles.

La galvano-puncture produit des phénomènes importants à connaître : d'abord une *douleur* assez vive au passage du courant ; elle a son maximum au niveau même de l'anévrysme, mais s'irradie dans le voisinage ; elle disparaît en quelques heures et laisse après elle une sensation de gêne douloureuse diffuse. Elle réapparaît au moment de l'extraction des aiguilles oxydées et devenues un peu raboteuses. De plus, à ce moment il s'écoule toujours un peu de sang, et il se produirait une *hémorrhagie* véritable si on ne prenait la précaution d'enlever les aiguilles lentement, en ayant soin de ne pas les ébranler. L'opéré devra ensuite rester dans l'immobilité le plus longtemps possible ; cependant, quelques heures après l'opération, on note un léger état fébrile, de la céphalalgie et une anorexie passagère, la tumeur est un peu tendue et légèrement douloureuse, et on agira sagement en y tenant appliquées constamment des compresses d'eau boriquée fraîche ; en résumé ces troubles sont temporaires et cessent rapidement.

Une seule séance est parfois suffisante pour calmer la plupart des accidents de compression engendrés par la tumeur : dyspnée, cornage,

dysphonie, etc., mais souvent aussi des séances multiples sont nécessaires ; en général elles devront être espacées de quatre à cinq semaines pour permettre au caillot de se densifier.

L'*action de la galvanisation* dans le traitement des anévrysmes a été bien étudiée par Laurent Robin. (*Th.* Paris 1880) ; on paraît admettre aujourd'hui que celle-ci ne détermine point directement la coagulation du sang autour des aiguilles, car il pourrait se produire ainsi des embolies secondaires très redoutables, mais une inflammation de la paroi anévrysmale d'abord, suivie d'une coagulation consécutive.

Quoi qu'il en soit, cette méthode n'a donné sur 38 cas, que 11 cas seulement de guérison temporaire, persistant durant : 4 ans, ou seulement pendant 27, 23, 21 mois, et même dans des cas beaucoup moins favorables, durant 6, 4 ou même 1 mois seulement. Depuis Ciniselli, tous les praticiens s'accordent à reconnaître que les conditions qui rendent particulièrement favorable cette intervention sont : le début récent, le peu de volume de l'anévrysme, et sa disposition latérale avec orifice étroit, de même que l'absence de branches collatérales au niveau du sac.

L'incertitude des différentes méthodes précitées conduit à cette conclusion, que la *médication iodurée* très longtemps prolongée, associée au *repos* dans le décubitus horizontal, et à un *régime alimentaire* choisi et *restreint*, paraît encore le meilleur mode de traitement des anévrysmes.

Telle était du moins la conclusion à laquelle se ralliaient les meilleurs esprits, lorsque Lancereaux et Paulesco¹ s'appuyant sur les expériences de Dastre et Floresco (1896) qui ont montré que l'*injection* d'une solution de gélatine dans les veines d'un chien rend le sang coagulable, ont pensé à appliquer cette méthode au traitement des anévrysmes de l'aorte, et ont rapporté deux observations suivies de guérison. La solution se compose de 4 à 5 grammes de gélatine blanche dans 200 centimètres cubes d'eau salée physiologique (7 pour 1000) tenue dans un bain-marie à 37° ; puis, après avoir lavé avec soin la peau de la région où l'on veut faire l'injection (la fesse de préférence) on introduit profondément dans le tissu cellulaire une aiguille en platine iridié, reliée au matras renfermant la solution, et on injecte le liquide dans l'espace d'un quart d'heure, en se servant de la pompe foulante de l'appareil Potain ; la quantité de liquide injecté doit être environ de 250 centimètres cubes. Cette injection, d'après Lancereaux, ne serait pas douloureuse, et peut être répétée tous les 6 à 8 jours jusqu'à l'oblitération de la poche. Dans un cas il a fallu plusieurs mois de traitement et 12 à 15 injections au moins.

1. Acad. de Médecine. Oct. 1898.

Huchard a obtenu une guérison relative par ce procédé, auquel on a fait plusieurs objections, par exemple celle d'accidents possibles dus à la migration d'un caillot formé dans la poche, etc. Stoicesco (de Bucharest), Rousseau (1900) ont obtenu avec ce traitement, des résultats satisfaisants. D'un autre côté, quelques cas défavorables, suivis de mort ont été signalés par Boinet, et par H. Barth ; il semble donc, qu'on ne puisse encore, en ce moment, être fixé définitivement sur la valeur thérapeutique de cette méthode, qu'on ne devra, en tous cas, appliquer qu'avec précaution ; il sera bon encore suivant la recommandation de Lancereaux lui-même, de n'employer que des solutions faibles (un à un demi pour cent) lorsqu'une collatérale importante s'ouvre dans la poche de l'anévrisme.

e. Traitement des complications.

Le spasme de la glotte, noté quelquefois dans le cours des anévrysmes de la concavité de la crosse, par compression du nerf récurrent gauche, a nécessité quelquefois la trachéotomie d'urgence.

Plusieurs complications sont à redouter du côté des voies respiratoires : la congestion pulmonaire aiguë, les hémoptysies, nécessiteront l'emploi de l'ergotine, des astringents et des révulsifs ; ces dernières sont d'ailleurs liées assez fréquemment à la tuberculose pulmonaire, contre laquelle on fera agir la thérapeutique complexe qui lui est propre.

Nous avons dit déjà que la digitale, à petite dose, trouve son emploi dans les accidents asystoliques ; cependant, le plus souvent les résultats seront médiocres, et la mort ne tardera pas à triompher d'une affection qui, dans sa période d'état aussi bien que dans ses complications, résiste presque toujours jusqu'ici à toute intervention thérapeutique.

DIXIÈME PARTIE

RÉSUMÉ DE THÉRAPEUTIQUE ⁽¹⁾

A. HYGIÈNE DES CARDIAQUES

Vie sociale. — Professions. — Les cardiaques doivent éviter tout effort violent : la fatigue, le travail manuel leur sont funestes ; c'est pourquoi dans le choix d'une carrière, ils devront renoncer à l'état militaire et à la marine, ou, dans une autre catégorie sociale, éviter les professions de forgeron, terrassier, charpentier, boulanger, camionneur, porteur aux halles, etc., qui réclament des efforts musculaires soutenus, ou encore celles qui nécessitent des marches prolongées : placier, facteur des postes, etc.)

Le cœur physique est doublé d'un cœur moral, disait Peter, il faut donc encore que le cardiaque évite toutes les causes d'émotion vive ou de préoccupations permanentes qui retentissent si fâcheusement sur le cœur. Les sujets atteints d'une cardiopathie organique doivent donc renoncer à la politique, aux fonctions publiques, aux affaires de bourse, à la profession médicale. Il en sera de même pour tout ce qui excite les mouvements passionnels : les malades ne se livreront pas au jeu et éviteront les abus génitaux : beaucoup de palpitations n'ont pas d'autre origine.

Résidence. — Les cardiaques supportent mal les brusques changements de température, il y a donc avantage pour eux à habiter des vallées abritées ; ils supportent assez bien la diminution de pression barométrique, c'est pourquoi si leurs affaires, les obligent à habiter des pays élevés, ils pourront résider dans des lieux d'une altitude moyenne : 500 à 600 mètres au plus.

Les cardiaques atteints de lésions mitrales sont exposés fréquemment aux bronchites ; ils devront éviter de sortir le soir ou pendant les matinées fraîches ; de même ils éviteront le brouillard humide des jours d'automne.

Aux cardiaques frileux on conseillera le séjour dans un climat tiède tel que le Midi ou le littoral de la Méditerranée.

Habitation. — Elle se composera de pièces largement aérées, et les malades

1. Voir pour plus de détails : E. Barié. — *Thérap. des maladies du cœur et de l'aorte*, 2^e édition, Paris 1898 ; ce chapitre y a fait quelques emprunts en les résumant brièvement.