

maintient un certain degré de tonicité de la fibre cardiaque, mais les hautes doses du remède sont complètement interdites. Il ne faut jamais exciter fortement un organe que des conditions physiologiques incurables empêchent de relever tout à fait.

Jadis et sous l'influence des idées de M. Potain, on avait décrit une *asystolie d'origine gastrique*. Si la maladie existe, nous ne l'avons jamais vue. Il nous est arrivé de traiter maintes fois en ville des malades classés sous cette rubrique. C'étaient des asystoliques qui digéraient mal ; mais ils digéraient mal du fait de leur asystolie qui congestionnait leur foie et amoindrissait leur fonctionnement gastrique. Ou encore, c'étaient tout simplement des sujets atteints d'un embarras gastrique, suite d'un écart de régime. Après deux ou trois jours de régime alimentaire sévère et d'un laxatif quotidien, aidé de poudres absorbantes, le tube digestif se remettait. Mais le cœur restait malade, et le traitement cardiaque ou cardio-rénal s'imposait. L'asystolie d'origine gastrique a été plus qu'une erreur doctrinale. Elle a engendré une erreur thérapeutique. Nous avons vu des médecins s'acharner à faire disparaître une dyspnée à l'aide de poudres absorbantes dirigées contre les troubles gastriques. Ceux-ci cédaient d'ordinaire très vite, avec l'institution du régime lacté, ou si le lait n'est pas supporté, ce qui arrive parfois, par l'emploi d'une alimentation où les bouillies, les pâtes, les purées, les œufs, tiennent la première place. Quant à la théobromine et à la digitaline, nous les avons vues constamment bien supportées en pareil cas. Il suffisait de trois à quatre jours de régime préalable pour les faire tolérer sans peine.

Rejetons donc l'asystolie d'origine gastrique du cadre des causes morbides. Les erreurs doctrinales ne tirent pas forcément à conséquence ; mais quand elles aboutissent à

des erreurs thérapeutiques, il faut les extirper sans hésitation et quelle que soit l'autorité du nom qui les a imposées au public médical.

En résumé, trois grandes causes d'asystolie : 1° Les *asystolies d'origine nerveuse*. Le traitement consiste dans l'emploi des toni-cardiaques à action rapide : caféine à faible dose, huile camphrée, spartéine, strychnine, parfois digitaline ; 2° les *asystolies d'origine cardiaque*. Dans les *cardiopathies valvulaires* non arrivées à la dernière période, on emploiera la digitaline à hautes doses. En plus la saignée, les purgatifs, le régime lacté. Les cardiopathies artérielles se trouveront au contraire bien de la digitaline à très faibles doses et de la théobromine. Régime lacté et lacto-végétarien déchloruré dans les deux cas ; 3° les *asystolies d'origine périphérique*. Il faut lever l'obstacle : œdème dur, obésité. L'asystolie d'origine gastrique semble ne pas exister.

## II

### Le traitement des tachycardies.

Nous ne séparerons pas les tachycardies des palpitations. Les premières ne sont pas toujours perçues par le malade ; il s'agit d'une accélération des battements cardiaques. Dans les cas de palpitations, cette accélération des battements est péniblement ressentie par le malade. Cette constatation subjective crée une différence ; néanmoins elle ne nous semble pas de nature à justifier la description isolée de ces deux états morbides. Trop de redites risqueraient d'encombrer leur histoire écrite séparément.

Que la tachycardie soit ou non l'objet d'une impression angoissante ou d'une souffrance, nous ne consacrerons

qu'un seul chapitre aux indications thérapeutiques qu'elle commande. Celles-ci sont nombreuses et diverses. Il est parfois difficile de les démêler. L'âge des sujets permet une première orientation. Les impressions nerveuses sont plus vives dans la jeunesse : elles retentissent volontiers sur les centres d'innervation cardiaque. De là une première classe de tachycardies d'origine névropathique, ou réflexe. Ajoutons les maladies infectieuses plus fréquentes ; nous aurons en plus les tachycardies fébriles de la convalescence. Les affections du cœur tiennent leur place à côté des autres causes de tachycardies. Seulement elles ne comptent guère que pour un chiffre assez réduit. A la consultation de l'hôpital Necker la moitié seulement des sujets qui viennent consulter pour des palpitations cardiaques sont atteints d'une affection cardiaque. Au-dessus de quarante ans, il faut se méfier davantage. Les réactions nerveuses sont moins promptes ; pour les mettre en branle il faut souvent des causes plus sérieuses, une altération lésionale prononcée. M. Huchard conseille de se méfier de la tachycardie de la cinquantaine. Elle peut constituer le premier signe d'une cardio-sclérose qui s'annonce.

Nous diviserons donc notre étude en deux chapitres : 1° les tachycardies de la jeunesse ; 2° les tachycardies de l'âge mûr.

1° *Tachycardies de la jeunesse.* — Une jeune fille se présente atteinte de tachycardies. Elle est pâle, s'opresse aux montées, se sent faible. Trois appareils doivent être examinés avec le plus grand soin : le tube digestif, le cœur, le poumon. Il existe des troubles dyspeptiques, la bouche pâteuse, de la constipation. C'est le régime alimentaire approprié, l'emploi des laxatifs, des amers qui remettront peu à peu les choses en état. Dans l'alimen-

tation, il faut surtout interdire le pain, les condiments, les crudités, les graisses. Des pâtes, des œufs, des purées, des viandes grillées seront conseillés ; en plus au coucher, une poudre laxative :

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| Magnésie calcinée. . . . . | 30 grammes. |
| Crème de tartre. . . . .   | 20 —        |
| Essence de menthe. . . . . | V gouttes.  |

Une cuillerée à café au coucher.

Ou bien une infusion de séné (1<sup>er</sup>, 50 de feuilles) qui réussit assez bien et sera prise au coucher.

Dix minutes avant les repas, quelques gouttes amères (V à X gouttes de teinture de noix vomique) dans 1/2 verre d'Eau de Vichy (Célestins).

S'il existe des vers intestinaux, on donnera les parasitocides requis.

Même si la jeune fille est *pâle et anémique*, elle commencera toujours par le traitement des troubles dyspeptiques. Les ferrugineux ne seront administrés que par la suite. Quand on recourt à des préparations ferrugineuses, il est toujours prudent de continuer concurremment l'emploi des laxatifs. Une préparation ferrugineuse aux repas, le laxatif au coucher ; rien de plus efficace pour remonter rapidement l'état général.

Le traitement hydrothérapique fera du bien : le plus simple consiste dans l'application des compresses froides et l'usage des bains. Le soir, couvrir la région cardiaque d'un mouchoir trempé dans l'eau fraîche et exprimé. Entourer de taffetas gommé et de coton et garder 1 à 2 heures. Quant aux bains, nous recommandons volontiers les bains de 23° à 22° de trois minutes de durée ; marcher 1/2 heure avant le bain, 1/4 d'heure après. Un bain tous les jours pendant 40 jours. Les douches pourront être utili-

sées en ville ; nous avons retiré d'aussi bons effets de l'emploi des bains.

L'examen du cœur sera fait avec soin. La tachycardie peut accompagner toutes les affections cardiaques. Souvent elle indique un état nerveux greffé sur la maladie de l'organe. C'est ainsi que l'*insuffisance aortique* se complique souvent d'un état neurasthénique qui est la cause de la tachycardie constatée. Cet état neurasthénique lui-même est susceptible d'engendrer des troubles dyspeptiques. Traitons la neurasthénie par des injections sous-cutanées de lécilhine, de spermine, de sérum salés, faisons revenir les malades, rassurons-les. Il s'agit de les convaincre que leur faiblesse dépend non seulement de la maladie de cœur qu'ils savent incurable, mais d'un épuisement nerveux surajouté et qui passera certainement.

La tachycardie, au lieu de dépendre de l'état nerveux concomitant, peut être commandée par la maladie de cœur elle-même. Elle signifie fréquemment alors *état hyposystolique*, ou encore et exceptionnellement *compression du pneumogastrique*, comme dans certains cas de tachycardie paroxystique qui accompagnent l'insuffisance aortique. L'état hyposystolique est le plus ordinairement en cause. On le reconnaît à la déviation de la pointe du cœur en dehors du mamelon, fait qui signifie dilatation des cavités cardiaques. On le reconnaît encore et plus aisément à l'examen du foie. Dans les états hyposystoliques, le foie s'hypertrophie, devient douloureux. Il peut même à ce point absorber l'attention du clinicien que l'altération cardiaque qui lui donne naissance passe inaperçue, faute d'une auscultation suffisante. Le foie grossi peut s'accompagner d'ascite. On songe à une péritonite tuberculeuse. Un examen attentif du cœur aurait permis d'éviter l'erreur.

Un souffle d'insuffisance mitrale, un roulement de rétrécissement mitral peuvent être perçus en pareil cas.

Sans doute, dans les cas d'hyposystolie, c'est ordinairement non de la tachycardie pure, mais de la tachy-arythmie qui est observée. Les battements du cœur sont rapides et irréguliers. Dans certains exemples et quand les cavités cardiaques sont nettement dilatées, il semble toutefois que la tachycardie simple puisse être observée, les battements conservant la régularité de leur rythme. C'est là un fait pratique trop peu connu. On a trop tendance à faire de l'arythmie une conséquence obligée de l'hyposystolie. L'arythmie peut faire défaut et la tachycardie se poursuivre seule.

Il existe une affection cardiaque fort grave dont la tachycardie est le symptôme dominant et parfois unique. C'est la *symphyse cardiaque*. Il y faut songer lorsque les antécédents signalent l'existence d'une péricardite ou encore dans les cas d'absence de souffles orificiels. Le foie est d'ordinaire très hypertrophié. L'origine de la maladie peut être rhumatismale ; mais la tuberculose est assez souvent en jeu. On se trouve alors en face de la *cirrhose cardio-tuberculeuse*. A remarquer, comme nous l'avons fait, que le pronostic dans cette maladie ne doit pas être trop poussé au noir. Les malades à foie très gros peuvent survivre très longtemps. Leur hypertrophie hépatique constitue une sorte de soupape de sûreté qui emmagasine le sang veineux et diminue le travail du cœur. La coexistence de la tachycardie et d'une hypertrophie hépatique ne doit pas toujours faire conclure à un foie d'origine cardiaque. Il peut fort bien s'agir d'une cirrhose hépatique accompagnée à sa période terminale d'accidents de paralysie des centres d'innervation cardiaque. La notion des

antécédents et de l'évolution, la coexistence d'une grosse rate dans la cirrhose, l'insuccès de la digitaline feront pencher vers une cirrhose. Il ne s'agit pas de se tromper ; car le pronostic dans la cirrhose est fort grave.

Dans les cas d'hyposystolie on connaît le traitement à opposer : repos, régime lacté, digitaline donnée systématiquement : 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée 4 jours de suite, à recommencer toutes les quinzaines ; ou bien des doses de 1/10 de milligramme continues 10 jours, interrompues 10 jours, reprises 10 jours et cela presque indéfiniment.

Les fonctions digestives et le cœur sont normaux. Il n'existe pas d'état nerveux susceptible d'expliquer la tachycardie. D'ailleurs celle-ci est permanente et dans les états nerveux elle cesse volontiers, est coupée de rémissions plus ou moins prolongées. Il faut songer à la *tuberculose*. Cette maladie au début s'accompagne souvent de tachycardie. Prenons avec soin la température du soir ; si elle s'élève aux environs de 37°,8 ou 38°, faisons quelques réserves, toutefois sans avertir les familles d'une façon trop explicite. On n'est jamais sûr qu'il s'agit certainement d'une tuberculose et si l'on se trompait ! Le mot de tuberculose n'est jamais accueilli favorablement. Il faut se garder de jeter la terreur dans les familles. Le médecin qui soupçonnera la tuberculose, conseillera le repos, l'alimentation, les injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Il fera prendre la température matin et soir, surveillera son malade de près.

Aucune des causes précédentes ne peut être invoquée. Le pouls est fréquent, le cœur, l'estomac, le poumon paraissent normaux. Faut-il songer à une *tachycardie physiologique* ? Celles-ci sont fort rares en dehors de la

première enfance ; on les rencontre dans les mois qui suivent l'atteinte d'une *maladie infectieuse* grave, telle que la fièvre typhoïde. Nombre de sujets présentent à ce moment un pouls qui oscille entre 90 et 100 pulsations ; généralement les troubles cèdent peu à peu. Il n'y a pas de traitement spécial. En parlant des dyspepsies, nous avons eu l'occasion de signaler les *états anémiques* comme cause de tachycardies. On institue le traitement ferrugineux quand la dyspepsie est guérie.

Dans les *états névropathiques*, tels que l'hystérie, on usera des bains frais ou froids, comme nous avons dit. L'hystérie supporte en général bien l'eau froide, au contraire de la neurasthénie, qui s'en accommode fort mal. On peut donner à l'hystérique des douches froides de quelques secondes de durée, ou des bains froids très courts (une demie à 1 minute). Aux palpitations des *neurasthéniques* on conseillera plutôt les douches tièdes de 2 à 3 minutes, ou encore les bains frais à 30°, de 4 à 5 minutes. Douches ou bains quotidiens. A continuer 6 semaines environ. Exceptionnellement on songera à l'épilepsie. On peut observer dans cette maladie de véritables accès cardiaques avec tachycardie. C'est le régime alimentaire, l'hygiène morale, le bromure de potassium qui doivent être conseillés. La *maladie de Basedow* est plus fréquente à partir de la quarantième année ; nous en parlerons tout à l'heure. Autrement répandues chez les jeunes gens sont les *tachycardies toxiques* liées à l'abus du tabac, de l'alcool et du café. La cause de la maladie implique le traitement. Il faut supprimer le poison. Citons pour mémoire les tachycardies par intoxication médicamenteuse : digitale ou atropine. La première surtout de ces intoxications est fréquente. Il ne s'agit pas de prescrire la digitaline à

doses élevées et continues ; le remède s'accumule, il produit des nausées, des phénomènes délirants éclatent, le cœur bat avec rapidité. Continuer le remède est s'exposer à des accidents graves. En le prescrivant aux doses de 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée 4 jours de suite, et en interrompant ensuite quelques jours, il n'y a aucun danger. Les doses de 1/10 de milligramme, surtout quand le malade se donne quelque exercice, peuvent être continuées presque indéfiniment ; la suspension de quelques jours que nous recommandons tous les dix ou quinze jours, est surtout prescrite en vue de ménager l'action thérapeutique et de ne pas l'épuiser par l'accoutumance. Parfois même la tolérance est très grande. A la consultation de Necker, nous avons vu un malade atteint d'une lésion mitrale avec hyposystolie et gros foie. Le soulagement qu'il éprouvait des prises de digitaline n'était que temporaire. De lui-même, il se mit à absorber le remède aux doses de 1/4 de milligramme pendant plus de deux mois de suite. Il revint à l'hôpital guéri.

Signalons encore, pour marquer leur gravité, les *tachycardies bulbaires et neuro-centrales*, celles qui surviennent dans le cours des maladies du bulbe, du cerveau, des méninges. Cherchons toujours dans ce cas l'origine syphilitique possible, et instituons le traitement intensif en cas de doute. Les tachycardies par *compression du pneumo-gastrique* sont parfois justiciables d'une intervention chirurgicale, quand elles succèdent à des abcès ou des tumeurs de la région cervicale ; quand la compression existe au niveau du médiastin, il faut traiter la maladie causale (anévrisme, adénopathie). S'il s'agit d'une tumeur maligne, on reste désarmé. Les résultats opératoires sont

détestables<sup>1</sup>. Néanmoins pour d'autres tumeurs — kystes dermoïdes — nombre de succès ont justifié la tentative opératoire.

Toutes les causes précédentes ne trouvent point jour. Le sujet présente une tachycardie qui revient par accès. Celle-ci se traduit par une accélération parfois extrême des battements cardiaques qui peuvent atteindre 150, 200 et même 300 par minute. Il s'agit d'une *tachycardie paroxystique*<sup>2</sup>. Cette maladie représente un syndrome qui dépend de causes diverses. Une maladie infectieuse peut être en cause ; l'un de nous a signalé la tachycardie paroxystique dans la fièvre puerpérale<sup>3</sup>, c'est d'autres fois, une affection du cœur ou du cerveau qui est retrouvée à l'origine : une insuffisance mitrale, une insuffisance aortique, une plaque de péricardite qui englobe le pneumo-gastrique<sup>4</sup>, la compression du pneumo-gastrique par ganglions tuberculeux, une méningite chronique, une tumeur cérébrale gliomateuse<sup>5</sup> ont pu encore être invoquées. Toutes ces tachycardies paroxystiques sont dans l'occurrence symptomatiques. A côté d'elles, prend place la tachycardie essentielle, indépendante de toute lésion concomitante. Quelle en est la cause réelle : une parésie du centre bulbaire, une origine thyroïdienne ? Il est difficile de se prononcer. La maladie existe dans l'enfance et aussi chez les sujets plus âgés. Toutes les bizarreries se rencontrent dans ses manifestations. L'un de nos malades arrêtait sa tachycardie en courant après une automobile ; le même fut un jour atteint d'œdème aigu du poumon ; la tachycardie, qui était *permanente*,

<sup>1</sup> Auvray. *La Chirurgie du médiastin*, J.-B. Baillière, 1904.

<sup>2</sup> Huchard. *Consult. Méd.*, 4<sup>e</sup> édit.

<sup>3</sup> *Gaz Méd. de Paris*, 1892.

<sup>4</sup> Apert. *Soc. Méd. Hôp.*, 1902.

<sup>5</sup> Reinhold. *Zeits. f. klin. Med.*, 59, Baud. 1906.

fut suspendue complètement pendant la crise pulmonaire. Il existe, en effet, deux formes de tachycardie paroxystique ; l'une d'elles se traduit par des accès courts, de quelques minutes à quelques jours ; l'autre est caractérisée par des accès longs. Pendant des mois, le sujet présente sa tachycardie, qui ne cède que de temps à autre pour quelques heures, et parfois pas du tout. Des accidents asystoliques ne tardent pas à se montrer et le malade finit souvent par succomber.

Dans la tachycardie symptomatique, on cherchera à agir sur l'élément causal : élimination des toxines dans les maladies infectieuses par la stimulation apportée à l'élément nerveux (injections sous-cutanées de caféine, d'huile camphrée, etc.). Le bromure, les opiacés, pourront réussir dans certaines tachycardies qui accompagnent les lésions cardiaques. Contre les compressions tuberculeuses du pneumogastrique on usera du traitement arsenical, etc.

Dans la tachycardie essentielle, le traitement tant que le cœur ne fléchit pas, est avant tout un traitement moral. Il faut sortir le malade de son milieu, le rassurer, le persuader de la guérison. Ces sujets sont des nerveux ; la suggestion a prise sur eux. Est-ce à la faveur de la suggestion qu'agit l'électricité ? En appliquant à la tachycardie paroxystique le traitement que nous employons contre le goitre exophtalmique et dont nous parlerons plus loin, nous avons obtenu pour quinze jours l'arrêt d'une tachycardie qui durait sans répit depuis plusieurs mois. Un léger trouble digestif ramena subitement l'accélération des battements, et de ce jour nous n'obtenions plus que quelques heures de répit quotidien, le malade finissant par succomber deux ans plus tard aux progrès de l'asystolie.

L'adrénaline à l'intérieur a parfois procuré du soula-

gement : V gouttes matin et soir de la solution à 1/1000. Nous ne parlons pas des autres médications : compression de la région cervicale, suspension des mouvements respiratoires en inspiration profonde, sulfate de quinine, antipyrine à l'intérieur, sac de glace à la partie antérieure du cou, opothérapie par l'extrait de thymus, etc., tout cela peut réussir. L'hypophysine aurait peut-être chance de succès. D'après de Cyon<sup>1</sup> elle produirait un notable ralentissement des battements cardiaques accompagné d'une élévation de la pression sanguine. Le remède serait précieux s'il produisait, ce que nous n'avons encore pu vérifier, pareils effets dans la tachycardie paroxystique.

Notre expérience nous a démontré le rôle puissant de la suggestion. Le médecin doit insister sur la valeur de la médication et inspirer sa confiance au malade. Souvent un mieux fera suite.

Lorsque la tachycardie paroxystique se complique d'asystolie, les médications contre la défaillance cardiaque retrouvent leur emploi. La digitaline réussit : X gouttes (1/5 de milligr.) de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000 quatre jours de suite et reprendre au bout d'une huitaine, ou bien V gouttes (1/10 de milligr.) à continuer dix, quinze jours de temps avec légère interruption de temps à autre. A côté de la digitaline, les autres cardiotoniques restent d'action précaire.

2° *Tachycardies de l'âge mûr.* — Nombre de tachycardies de la jeunesse appartiennent à l'âge mûr : tachycardies paroxystiques, tachycardies des cardiopathies valvulaires à la période hyposystolique. A la *ménopause*, chez la femme apparaissent des tachycardies liées à l'excitation

<sup>1</sup> *Les nerfs du cœur*, 1905, p. 168.

du système nerveux et à d'autres causes dont nous parlerons plus loin. En général, cette excitation nerveuse s'atténue avec l'âge, les troubles dyspeptiques donnent moins aisément naissance que dans la jeunesse à des accidents cardiaques et quand on vient nous parler des troubles asystoliques d'origine gastrique chez des sujets âgés, ne nous pressons pas d'accepter ce diagnostic. Comme nous l'avons dit précédemment nous n'avons jamais vu semblable chose. Les troubles dyspeptiques peuvent donner lieu à des intermittences ou des palpitations passagères; ils n'engendrent pas l'asystolie. L'asystolie provoque des troubles dyspeptiques ou ceux-ci peuvent coexister à côté de l'asystolie, indépendamment d'elle. C'est tout ce que la clinique nous apprend.

Les tachycardies de l'âge mûr empruntent leur caractère particulier à plusieurs sortes de maladies qui sont plutôt l'apanage de la seconde période de la vie : ce sont les tachycardies des cardiopathies artérielles, de l'obésité, et les tachycardies du goitre exophtalmique.

Il faut se méfier des tachycardies de la cinquantaine. Cherchons les troubles dyspeptiques et surtout les abus du tabac parmi les causes; parfois nous les trouverons et le traitement de la dyspepsie ou la suppression du tabac amèneront la guérison; mais songeons avant tout à une *cardiopathie artérielle* à son début. Le plus souvent nous serons sur la vraie piste. Une hypertension artérielle manifeste accompagne cette tachycardie; le cœur est hypertrophié, une tendance au galop cardiaque se révèle à l'auscultation et après que le malade aura marché rapidement par la chambre; les urines renferment des traces d'albumine. Empressons-nous de prescrire un traitement rigoureux si nous ne voulons pas voir survenir des accidents graves.

Le régime lacto-végétarien, la prescription de légères doses de théobromine (0<sup>sr</sup>,25 matin et soir), la suppression du tabac, voilà pour les grandes lignes de la médication. Localement, le massage vibratoire manuel de la région précordiale amène un ralentissement des battements qui peut aller à une diminution de 6 à 12 par minute (Cautru). Si le sujet a eu la syphilis, faut-il prescrire le traitement mercuriel? Pour autoriser semblable pratique, il faut la preuve évidente d'accidents spécifiques en cours. Faute de quoi, le traitement risque de faire beaucoup de mal. Il ne guérit pas la syphilis, parce que celle-ci n'est plus en jeu, mais il lèse le rein; ce qu'il faut toujours redouter. Plus tard, à des périodes bien plus avancées, la tachycardie accompagne non plus l'hypertension, mais l'hypotension artérielle. Le cœur fléchit; il faut recourir aux cardio-toniques et à la digitaline à très faibles doses, suivant la méthode que nous avons indiquée.

Nous avons opéré dernièrement une dissociation des cardiopathies artérielles; nous en avons distrait les cœurs gras. Un malade atteint de tachycardie est obèse en même temps: n'hésitons pas. Soumettons-le au régime d'amaigrissement déchloruré; à voir les résurrections qui se produisent contre tout espoir, on pourrait croire que le mot impossible doit être rayé du vocabulaire thérapeutique.

A côté des tachycardies des cardiopathies artérielles, rangeons maintenant la *tachycardie de la maladie de Basedow*. Elle se rencontre bien plus fréquemment au-dessus de quarante ans que dans la jeunesse. La triade, goitre, tachycardie et exophtalmie, est souvent constatée. Le traitement électrique est la grande médication à em-

ployer. Nous insistons d'autant plus que, parmi les médecins et les plus distingués, un grand scepticisme règne à ce sujet. Il y a trois ans, nous voyions encore une malade de Lyon qui avait passé par toutes les médications. Le traitement électrique la remit rapidement. La technique est fort simple : courant faradique d'une petite pile portable : une électrode à la nuque, l'autre sur le goitre : 6 à 10 minutes de temps. On peut compléter la séance par l'application d'un courant galvanique de 6 à 10 milliam-pères, avec la même disposition des électrodes, durée 5 minutes. Le courant galvanique nous a semblé moins actif. Sur 21 malades que nous avons suivis de la sorte, nous comptons 20 guérisons complètes ; une malade, femme de 42 ans, après être allée bien mieux, est morte subitement au bout de six mois, et l'autopsie n'a pas été faite. Les autres malades continuent d'aller bien ; nous comptons des guérisons remontant à quinze ans. L'essentiel est de continuer longtemps le traitement : tous les jours, un an de suite, espacer ensuite quelque peu.

La médication interne ordinaire réussit moins bien : l'antipyrine (1 à 3 gr.), et la quinine (0<sup>gr</sup>,75 et 1 gr. par jour) ont semblé produire de bons résultats ; une plus grande certitude est attachée au traitement opothérapique. L'hémato-éthyroïdine est une solution dans la glycérine de sang provenant de moutons qui ont subi l'ablation de la thyroïde. Après quelques jours de macération le remède est filtré sur papier, d'une façon aseptique. On en ordonne de une à quatre cuillerées à café par jour au moment des repas. Le remède doit être pris dans une certaine quantité d'eau pour éviter les troubles digestifs que nous avons vu survenir dans quelques cas.

L'hydrothérapie améliore d'une façon évidente ; mais l'a-

mélioration n'est pas toujours durable. Il y a quelques années nous avons été appelé auprès d'une dame de 56 ans, qui était agonisante. Pendant des années, elle était allée à Divonne suivre le traitement hydrothérapique ; le mieux qu'elle éprouvait ne persistait pas. L'électricité est mieux à la portée des malades ; ils peuvent suivre le traitement chez eux indéfiniment. La tachycardie ne cède pas tout de suite. Le premier effet éprouvé est le bien-être et la disparition de la fatigue ; puis le cœur se calme peu à peu.

Parfois la tachycardie persiste ; nous traitons en ce moment une vieille demoiselle atteinte de maladie de Basedow depuis cinq ans. La tachycardie résiste, mais celle-ci était en partie physiologique ; depuis l'âge de 20 ans, cette malade disait avoir des battements rapides du cœur. L'hémato-éthyroïdine a amené une amélioration nouvelle alors que l'électricité ne produisait plus aucun effet apparent.

Résumons-nous. Dans les *tachycardies de la jeunesse*, rechercher les causes réflexes, les troubles dyspeptiques, l'état névropathique, les intoxications. Examiner le cœur avec soin. Traitement en conséquence. Dans les *tachycardies de l'âge mûr*, avoir soin de ne pas méconnaître une cardiopathie artérielle qui souvent et bien à tort est prise pour une dyspepsie initiale compliquée de troubles cardiaques secondaires. Régime lacté et lacto-végétarien déchloruré, théobromine, digitaline à très faibles doses dans les cas de cardiopathie artérielle. Par contre, ne pas méconnaître les troubles dyspeptiques chez un nerveux et ne pas voir une cardiopathie artérielle quand même et toujours, là même où elle n'existe pas. Épier les signes d'une maladie de Basedow ; faire maigrir les sujets s'ils sont gras. La tachycardie paroxystique est de tous les âges ; agir quand elle se montre, et si possible sur l'élé-



ment causal, remonter fortement le moral des sujets, prescrire les cardio-toniques si le cœur fléchit.

### III

#### Les cardiopathies de la ménopause.

A l'âge où l'écoulement menstruel de la femme commence à perdre de sa régularité, surviennent d'ordinaire des troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, rougeurs subites du visage, lourdeurs de tête, éblouissements, vertiges; de l'angoisse précordiale, des palpitations font assez souvent cortège; ces accidents demeurent sans gravité. Ils disparaissent assez vite par la prescription d'un régime alimentaire approprié (régime lacto-végétarien, pas de vin ni de café), l'emploi de laxatifs répétés (sel de Seignette, une cuillerée à café le matin à jeun dans un verre d'eau, quinze jours de suite), et des préparations de valériane.

Ce premier stade de troubles circulatoires ne se traduisant que par des troubles congestifs et des palpitations peut être dépassé. Les palpitations qui étaient passagères et ne se montraient guère qu'à l'occasion d'un effort, d'une marche, d'une digestion pénible, d'une émotion, s'installent à demeure. La malade est oppressée : son cœur s'affole; parfois il se dilate et se complique de tous les désordres d'insuffisance cardiaque.

Et ici une distinction immédiate demande à être faite.

Ou ces accidents atteignent un cœur parfaitement sain; ils sont l'effet exclusif de la ménopause et disparaissent avec elle, laissant après leur départ le cœur dans l'état normal où il était auparavant. Ce sont *les cardiopathies de la ménopause vraies*.

Ou bien ces accidents frappent un cœur déjà malade. L'organe est en moindre état de défense du fait d'une altération préalable de la fibre cardiaque ou des orifices. Le clinicien se trouve en face d'une myocardite, d'une cardio-sclérose, d'une affection valvulaire. La ménopause survient, aggrave du coup les troubles afférents à ces maladies. Ce sont *les cardiopathies aggravées par la ménopause*. M. Clément (de Lyon) dans son excellent mémoire<sup>1</sup>, avait considéré en pareil cas le pronostic comme favorable. Un tel optimisme ne saurait être nourri. Si le cœur est résistant avant l'orage de la ménopause, oui, il tiendra tête et ne sera abattu que momentanément. Est-il au contraire touché profondément, il s'effondre d'une façon définitive et la mort fera suite.

Ou bien le cœur est sain, mais les désordres d'un autre appareil survenant à l'époque de la ménopause serviront de trait d'union et provoqueront les accidents. L'obésité, les lésions utérines embrassent le plus souvent les causes qui produisent ce troisième type de cardiopathies.

Nous distinguerons donc trois types : le premier comprend les cardiopathies aggravées par la ménopause : une subdivision y entre suivant que la maladie est mortelle ou curable; le second a trait aux cardiopathies de la ménopause vraie; le troisième renferme les cardiopathies qui suivent une altération d'un autre appareil (maladies utérines, obésité) :

1° Cardiopathies aggravées par la ménopause : forme mortelle, forme curable ;

2° Cardiopathies de la ménopause vraies, avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil ;

<sup>1</sup> *Revue de Méd.*, 1885, p. 118.