

Cette formule est certainement plus active que celle des pilules suivantes, auxquelles j'ai encore recours :

Extrait de convallaria.....	} ã 3 grammes.
— stigmates de maïs.....	
Carbonate de lithine.....	
Benzoate de soude.....	

Pour 60 pilules. Six à huit pilules par jour.

Il y a des médicaments qui agissent principalement sur les troubles fonctionnels du cœur, et qui peuvent être utilisés dans le traitement des palpitations. A ce titre, le *Cactus* (mieux appelé *Cereus*) *grandiflora* que j'emploie depuis plusieurs années peut rendre quelques services, d'autant plus que son action toxique est peu accusée. En France, Boinet et Boy-Teissier (1891) ont indiqué les doses quotidiennes de LXXX à CXX gouttes de teinture, et ces doses, continuées pendant des semaines, n'ont eu aucun inconvénient accumulatif ou autre, comme j'ai pu le confirmer. La posologie est la suivante : XX à XXX gouttes d'extrait fluide, ou XXX à LX gouttes de teinture, 2 à 4 pilules d'extrait aqueux à 5 centigrammes (1).

Je recommande également la teinture de *crategus oxyacantha*, qui n'est autre chose que la teinture de fleurs d'aubépine dont l'action sédative sur les troubles fonctionnels du cœur me paraît réelle. On peut l'employer pendant plusieurs semaines, même davantage, à la dose de X à XX gouttes, trois fois par jour. Son action toxique est nulle, et, en raison de ses propriétés légèrement sédatives sur le système nerveux, ce médicament qui ne figure pas dans notre pharmacopée et qui mérite d'être connu, peut rendre quelques services dans tous les cas où l'on emploie d'une façon un peu banale le valérianate d'ammoniaque, dont la saveur n'est pas précisément agréable.

(1) L'action thérapeutique du *Cereus* (ou *Cactus*) *grandiflora* a été étudiée dans la thèse d'un de mes élèves : E. RENOULT, Contribution à l'étude du *Cereus grandiflora* (Thèse de Paris, 1902).

XX. — TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE ; SON TRAITEMENT

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Caractères cliniques de la tachycardie paroxystique : apparition et disparition souvent soudaines des accès ; contraste entre la violence des battements cardiaques et la faiblesse des pulsations artérielles ; pouls instable, hypotension vasculaire et embryocardie ; tachycardie orthostatique ; fausse angine de poitrine et angine coronarienne ; ischémie artérielle ; arythmie angoissante paroxystique. — Tachycardie paroxystique au cours du goitre exophtalmique et des affections valvulaires du cœur. — Tachycardie à accès prolongés ou continus : dilatation du cœur droit, battements veineux du cou ; observations. — Dilatation de toutes les cavités du cœur avec thrombose cardiaque et embolies ; embolie cérébrale avec hémiplegie et aphasie ; embolie de l'humérale avec gangrène de la main et de l'avant-bras. Terminaison par asystolie dans les cardiopathies valvulaires compliquées de tachycardie paroxystique essentielle.
- II. DIAGNOSTIC. — Myocardite, palpitations ; tachycardies des cardiopathies de l'hystérie, de la neurasthénie, des maladies infectieuses, de l'adénopathie trachéo-bronchique, du tabes, de la ménopause, de la tuberculose pulmonaire. Angine de poitrine. Tachycardie par excitation du nerf sympathique ou paralysie du nerf pneumogastrique.
- III. PATHOGÉNIE ; ÉTIOLOGIE. — Origine bulbaire. Paralysie du pneumogastrique à sa terminaison. Origine thyroïdienne. Dilatation primitive du cœur. Rapports de la tachycardie paroxystique avec le goitre exophtalmique et les diverses cardiopathies. Hérité direct et indirecte.
- IV. TRAITEMENT. — Indications thérapeutiques. Repos, digitale, quinine, sérum artificiel, extrait surrénal, compression à la région cervicale, électricité, pulvérisations de chlorure de méthyle sur la colonne vertébrale, galvanisation des nerfs vagues, hydrothérapie, organothérapie. — Traitement hydrominéral à Bourbon-Lancy.

I. — Exposé clinique.

Voici une maladie bien connue depuis seulement une vingtaine d'années, quoiqu'elle ait été décrite pour la première fois par Payne Cotton en 1867 et signalée ensuite vers la même époque par Broadbent et Bowles (1). Elle est caractérisée par des accès de tachycardie qui surviennent de

(1) *Brit. med.*, 1867.

temps en temps d'une façon paroxystique, et qui sont marqués par une accélération parfois extrême des battements cardiaques pouvant atteindre 150, 200 et même 300 par minute. Cette affection est « essentielle », en ce sens qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une affection organique des valvules ou du muscle cardiaque, ou encore de la 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.

L'accès survient tout à coup, le plus souvent sans cause, et disparaît avec la même rapidité. Cette *soudaineté* dans le début et la disparition des crises est un signe caractéristique de haute valeur. Cependant, une malade pouvait annoncer l'imminence des accès par les symptômes prémonitoires suivants : légère oppression et sensation vague d'angoisse précordiale, de constriction épigastrique, aphonie incomplète, pâleur du visage, abattement et prostration des forces, difficulté de se tenir debout (1). Souvent, la violence des battements cardiaques contraste avec la faiblesse des pulsations artérielles. Dans le même accès, il peut y avoir de grandes variations dans le degré de la tachycardie, le cœur battant 120 à 150 fois par exemple pendant quelques minutes, pour battre ensuite 180 à 200 fois les minutes suivantes. C'est là le phénomène du *pouls instable* à son maximum, indiquant une hypotension artérielle très accusée et souvent prémonitoire du *rythme embryocardique* que l'on observe fréquemment au cours des accès. Cette instabilité dans les fonctions circulatoires se manifeste spontanément, ou encore sous l'influence d'une cause presque inappréciable, d'un mouvement, d'un changement de position, d'une légère émotion. On sait qu'à l'état normal le nombre des battements cardiaques diminue de sept à huit pulsations dans la

(1) H. HUGHARD, Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, t. III, Paris, 1904.

station horizontale, en même temps que la tension artérielle s'élève légèrement. Ce phénomène s'accuse chez ces tachycardiques, qui souvent restent instinctivement couchés pendant leurs crises, et qui voient celles-ci se reproduire dans toute leur intensité dès qu'ils reprennent trop tôt et trop vite la position verticale. Il s'agit là d'une sorte de *tachycardie orthostatique* que j'ai signalée et dont Thomayer (de Prague) a fourni ensuite quelques exemples.

Pendant le cours ou vers la fin de l'accès, certains malades éprouvent une sensation de tension ou de constriction précordiale, pouvant s'étendre jusqu'à l'épigastre avec engourdissement douloureux et lourdeur du bras gauche, qu'ils soulèvent parfois avec une certaine difficulté. Il ne s'agit là que d'une *fausse angine de poitrine* déterminée par la distension du cœur, et non d'une angine coronarienne, à moins cependant que la tachycardie paroxystique évolue sur un sujet atteint d'aortite chronique, comme j'en ai observé quatre cas.

Des crises de tachycardie paroxystique peuvent précéder pendant plusieurs mois tous les symptômes du goitre exophtalmique, comme j'en ai vu plusieurs exemples; mais elles se montrent plus souvent dans le cours de cette maladie. Je l'ai vue encore une vingtaine de fois coïncider avec des affections valvulaires, sans qu'il paraisse y avoir entre ces deux états morbides une relation de cause à effet, et des cas semblables ont été signalés par West et Fraenkel (1).

Il existe une forme de tachycardie paroxystique à laquelle on peut donner le nom de *continue*, qui n'a pas été encore bien décrite et dont j'ai observé quatre cas des plus nets, dont trois terminés par la guérison. Voici ce qui se passe dans ces cas.

Brusquement, le plus souvent sans cause appréciable, survient un accès de tachycardie d'une durée de quelques

(1) WEST, Soc. de méd. de Londres, 1890. — FRAENKEL, Deutsch. med. Woch., 1891.

heures ou même de quelques jours, accès suivis d'autres à intervalles inégaux pendant quelques semaines ou quelques mois. Puis, un jour, la tachycardie s'installe pendant plusieurs semaines, même pendant cinq ou six mois consécutifs, tachycardie interrompue brusquement de temps en temps (après quinze, vingt ou trente jours, ou même un ou deux mois) par une période d'accalmie très brève, d'une durée de quelques heures à quelques jours, les pulsations pouvant brusquement tomber de 150 à 60. En un mot, d'ordinaire les crises de tachycardie sont de courte durée (quelques heures à quelques jours), et les périodes d'accalmie sont de plus longue durée (quelques semaines ou plusieurs mois). Dans la forme à laquelle je fais allusion en ce moment, c'est tout à fait le contraire : périodes très courtes d'accalmie (quelques heures à quelques jours) et longue durée de la crise tachycardique (plusieurs semaines ou mois).

Deux fois j'ai observé, pendant ces paroxysmes continus de tachycardie et à leur suite, une *dilatation considérable du cœur droit avec battements veineux* très accusés de la région cervicale que l'on pouvait confondre, à un examen superficiel, avec des battements artériels. Malgré la prolongation de ces accès, on n'observe pas d'albumine dans les urines, peu de stase sanguine dans les différents organes, peu ou pas d'œdème périphérique, pas de pouls hépatique, et la dilatation du cœur droit, quoique très accusée, ne s'est pas terminée par la mort, au moins dans les cas que j'ai observés.

Il y a huit ans environ, j'ai vu avec le D^r J. Mascarel (de Châtellerauld) un homme de cinquante-quatre ans, toujours bien portant, sans antécédent pathologique, qui brusquement fut atteint de tachycardie (140 à 170 pulsations) avec arythmie de temps à autre, sans pouls veineux des jugulaires. Cet état dura plusieurs mois sans aucune rémission, et on eut recours à un grand nombre de médications, qui toutes n'eurent aucun résultat (bromures, iodures, digitale, valérianate d'ammoniaque, ventouses sèches, appli-

cations révulsives répétées). Lorsque je fus appelé auprès du malade, j'approuvai entièrement le traitement par l'hydrothérapie de la façon suivante : Tous les matins, une grosse éponge est appliquée sur toute la surface du corps en appuyant fortement sur la colonne vertébrale ; le malade est essuyé vivement avec du linge chaud, puis couché dans son lit, où il reste pendant deux heures, avec une sudation provoquée par l'enveloppement de couvertures de laine. Progressivement, on arriva à abaisser la température de l'eau jusqu'à 13°, et, après trois mois de ce traitement, la tachycardie (d'une durée de six mois) a disparu sans retour. Pendant cette maladie, il y a eu trois crises angini-formes. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, et le malade, grand chasseur, ne présente plus aucun trouble fonctionnel du côté du cœur.

J'ai encore vu trois autres faits semblables d'une durée de deux, six et huit mois, avec des périodes d'accalmie de quelques heures ou quelques jours et terminaison favorable. Le dernier fait que j'ai été appelé à voir à Boulogne-sur-Mer s'est terminé par la mort après deux ans de maladie. La tachycardie, d'abord paroxystique, est devenue continue avec quelques intermittences cardiaques, dilatation du cœur droit, battements veineux très accusés des veines jugulaires. De temps à autre, la continuité de la tachycardie (durant pendant quatre à six mois) est interrompue brusquement pendant un jour ou deux par le retour à l'état normal, avec persistance des battements veineux du cou.

En cherchant dans la littérature médicale, je n'ai trouvé qu'un cas semblable : il appartient à C. Janicot, qui le désigne même sous le nom de « tachycardie essentielle continue ». Elle est survenue chez une femme de cinquante-sept ans après un traumatisme (passage d'une voiture sur la cuisse gauche, d'où hématome). Pendant cinq mois, les pulsations ont varié de 120 à 180 avec légère arythmie, sans aucun signe anormal d'auscultation cardiaque, sans hypertrophie, ni dilatation du cœur. Puis elle a fini par

succomber à l'asystolie. L'autopsie n'a malheureusement pas été pratiquée.

Sollier a publié l'observation d'un accès de tachycardie d'une durée de cinq semaines, et il est juste de rappeler que Caccianiga admet trois formes de la maladie : paroxystique, rémittente, continue (1).

Cette maladie n'est pas sans gravité, puisque Bouveret, qui cite deux observations personnelles, a noté la mort subite parmi ses terminaisons (2). Cependant la guérison est souvent constatée, comme j'ai pu m'en convaincre par l'observation d'une centaine de cas. La maladie peut persister pendant de longues années, et l'on cite le cas d'un vieillard de quatre-vingt-sept ans dont les premiers accès s'étaient produits cinquante ans auparavant. Elle peut disparaître pendant plusieurs années pour reparaitre ensuite, sans qu'il soit possible d'en connaître la cause. Il ne faut pas oublier que ce qui menace le plus les malades, c'est la *dilatation du cœur* avec thrombose cardiaque et embolie cérébrale, comme j'en ai vu un cas avec Merklen chez une jeune fille de quinze ans atteinte, depuis vingt jours, d'une longue crise tachycardique. L'hémiplégie droite et l'aphasie disparurent après quelques mois. Un accident du même genre a été signalé par Rosenstein chez un jeune homme atteint de tachycardie paroxystique et qui fut brusquement frappé d'hémiplégie avec perte de connaissance. C'est sans doute à une embolie et non à une thrombose qu'est due la complication de gangrène de la main et de l'avant-bras dans un cas de tachycardie paroxystique observé par Hayem (3).

La tachycardie paroxystique, survenant au cours des

(1) J.-C. JANICOT, Tachycardie essentielle; modalités cliniques (*Thèse de Paris*, 1891). — P. SOLLIER, *France méd.*, 1889. — CACCIANIGA, *Rivista Venet. di Sc. med.*, 1898.

(2) BOUVERET, *Revue de médecine*, 1889.

(3) H. HUCHARD, *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 3^e édit., t. III, Paris, 1904. — ROSENSTEIN, *Congrès de médecine interne de Wiesbaden*, 1900. — HAYEM, *Presse médicale*, 1898.

cardiopathies valvulaires, aggrave souvent leur pronostic en favorisant et hâtant l'apparition de l'asystolie. Celle-ci, du reste, peut être une terminaison de la névrose tachycardique.

La succession rapide des systoles cardiaques entrave la réplétion complète des ventricules, d'où les signes d'*ischémie artérielle* se traduisant par la pâleur du visage et des téguments, le refroidissement des extrémités, l'aspect cyanique de la face, etc.

Le plus souvent, la tachycardie ne s'accompagne d'aucune irrégularité du rythme cardiaque; cependant on observe quelquefois des faux pas, des intermittences, des pulsations faibles succédant à des pulsations plus fortes. Dès 1889 et dans la seconde édition de mon *Traité des maladies du cœur* en 1893, j'ai décrit une *arythmie angoissante paroxystique* qui paraît être de même nature que la tachycardie paroxystique, d'autant plus que l'on voit succéder souvent chez le même sujet ces divers accès (1).

La durée des paroxysmes est variable; elle peut n'être que de quelques minutes, quelques heures, quelques jours (accès *courts*). Lorsqu'elle dépasse cinq ou six jours, et à plus forte raison lorsqu'elle atteint quelques semaines (accès *longs*), la dilatation du cœur est à craindre avec l'asystolie aiguë, et la maladie devient grave; la mort survient alors lentement par asystolie, ou brusquement par syncope. Néanmoins, comme nous l'avons vu, la tachycardie peut rester modérée et les accès présenter une *forme continue* d'une durée de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, avec terminaison favorable.

La durée de la maladie est également variable, et j'ai en observation des malades qui en sont atteints depuis quinze, vingt et même trente ans.

(1) H. HUCHARD, *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 2^e édit., Paris, 1893, p. 275 et 373. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, 3^e édit., t. I, p. 281 et 471, t. II, p. 457. (Je précise la citation parce que dernièrement un auteur allemand a découvert de nouveau ce syndrome sans citer le nom de l'auteur français qui l'a précédé.)