

XVI. — TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

La tachycardie paroxystique est caractérisée par des accès de battements très rapides du cœur, survenant brusquement, disparaissant de même, et séparés par des intervalles de santé parfaite.

Bouveret¹, le premier, a isolé du groupe des tachycardies la forme paroxystique *essentielle*, indépendante de toute lésion appréciable, et relevant d'une simple perturbation fonctionnelle de l'innervation motrice du cœur. A ce titre, la tachycardie essentielle paroxystique mérite bien le nom de *maladie de Bouveret* qu'on lui a donné. En fait, il est parfois difficile de ne pas assimiler à la forme essentielle les formes secondaires que l'observation a relevées. En particulier, on a cité un certain nombre de cas de tachycardie paroxystique associée à des affections cardiaques, dont la symptomatologie rappelle trait pour trait celle des accès essentiels. Et si on réfléchit à la fréquence des cardiopathies, à l'extrême rareté des accès de tachycardie, tels que les a décrits Bouveret, on est amené à se demander si la distinction très légitime faite par cet auteur au point de vue étiologique, doit être maintenue d'une façon absolue, lors même que les autres caractères du syndrome se superposent étroitement dans les deux groupes de cas. Une épilepsie liée à une cicatrice vicieuse, à une lésion d'un nerf périphérique, s'émancipe parfaitement de sa cause et lui survit, lorsque celle-ci a été supprimée. Qu'une affection cardiaque soit la cause occasionnelle du développement d'une névrose bulbaire, celle-ci troublera le jeu du cœur malade de la même façon que s'il était sain, et la perturbation provoquée est si spécifique, qu'elle ne rappelle en rien les troubles fonctionnels classiques dont se plaignent les cardiopathes. C'est le grand mérite de Bouveret d'avoir présenté la note si originale de la tachycardie paroxystique, que, essentielle ou symptomatique, elle se distingue aisément de la dyspnée d'effort, des palpitations banales, des crises de petite ou de grande asystolie; par contre, elle se ressemble à elle-même dans tous les cas.

Bouveret cite lui-même un cas de tachycardie avec dilatation hypertrophique du cœur. Il est vrai qu'il considère cette lésion comme secondaire à la névrose. On ne peut donner la même interprétation aux trois cas mentionnés par Herringham, avec dégénérescence ou sclérose du myocarde. Le même auteur a observé chez l'enfant un cas de tachycardie essentielle, mais il admet cependant ou des adhérences du péricarde, ou une myocardite. Si on voulait s'en tenir strictement au terme essentiel proposé par Bouveret, il faudrait éliminer un grand nombre de cas publiés sous ce vocable. Nous croyons que, pour dissiper toute équivoque, il faut élargir la tachycardie paroxystique et ne pas la négliger, même quand elle se présente sous forme d'une névrose associée.

Étiologie. — La tachycardie paroxystique est rare chez l'enfant. Un certain nombre de tachycardiens adultes font remonter le début de leurs

(¹) BOUVERET. *Revue de méd.*, 1389.

premiers accès à l'enfance ou à la jeunesse; souvent, ils parlent de longues périodes de palpitations, d'essoufflement, qu'ils auraient présentées dans l'enfance, avant d'avoir le premier accès franc qui a fait son apparition à la fin de la jeunesse ou plus tard. Il est même remarquable de voir combien les patients eux-mêmes font bien la distinction entre la tachycardie proprement dite et les palpitations banales. Ils rappellent bien le migraineux qui ne confond jamais l'hémicranie avec une céphalée vulgaire, et c'est là une nouvelle confirmation de l'opinion que nous soutenions précédemment de la valeur propre du syndrome de Bouveret, qui ne doit pas être subordonné à une association pathologique contingente. Les accès de tachycardie paroxystique, pour rares qu'ils soient dans l'enfance, ont cependant été observés avec tous leurs caractères.

Tantôt ce sont des malades adultes qui font remonter à la période infantile leurs premiers accès. Alfred Merklen² cite un certain nombre de faits de ce genre publiés par Chauffard, Bristowe, Hochhaus, Nothnagel, Cettinger, Simon, Strauss, Kredel, Laache, Leroux, Pierre Merklen, Brieger, Kelly. Nous empruntons à cet auteur le résumé des cas de Brieger et de Kelly. Dans le premier, il s'agit d'une femme de 33 ans qui depuis l'âge de 9 ans présentait des accès violents de battements de cœur durant de 1 à 9 jours, se reproduisant toutes les 6 ou 8 semaines. Dans le second cas, c'est une femme de 26 ans qui a eu des accès durant seulement 5 à 10 minutes depuis l'âge de 14 ans. Plus tard les accès s'allongèrent. A 26 ans, elle en présenta un de 15 heures de durée. Le cœur était normal en dehors des accès.

Bien plus démonstratifs sont les cas dans lesquels l'accès de tachycardie a été observé chez l'enfant lui-même. Voici les quelques faits que nous avons pu rassembler.

Herringham³ : fille âgée de 11 ans; a présenté 7 attaques de tachycardie de septembre 1895 à juin 1896; depuis 5 ans, sujette à des accès semblables. Les attaques étaient typiques; elles commençaient soudainement en pleine santé. Le début n'a jamais été observé par l'auteur. La durée des paroxysmes variait de 36 heures à 15 jours. Leur fin survenait pendant le sommeil. Pendant l'attaque le pouls était très petit, mou, incomptable. Le cœur un peu dilaté battait vigoureusement 240 à 260 fois à la minute. Il se produisait un peu d'inquiétude précordiale qui n'allait pas jusqu'à la douleur aiguë. La respiration était légèrement accélérée. Parfois un peu de cyanose, mais pas d'œdème pulmonaire, ni des jambes. Urine rare pendant l'accès. Sommeil inquiet. On n'a jamais observé l'instant précis où l'accès prenait fin, de sorte qu'on ne peut dire si la cessation des battements était brusque ou graduelle. Le pouls qui la veille était à 240 tombait à 90 et l'enfant se trouvait tout à fait bien.

Fritz³ : jeune homme; palpitations pendant l'enfance, premier accès franc à 18 ans.

(¹) A. MERKLEN. Contribution à l'étude de l'étiologie de la tachycardie paroxystique. *Thèse de Paris*, 1902.

(²) HERRINGHAM. *Clinic. Soc. of London*, 8 janvier 1897.

(³) FRITZ. *Thèse de Zurich*, 1894, cité par d'Espine et Picot.

Rosenstein¹ : jeune garçon ; accès de tachycardie paroxystique avec dilatation du cœur. L'auteur a vu deux crises à 250 pulsations ; 8 jours après la dernière, hémiplegie subite sans perte de connaissance.

Pierre Merklen² : fille de 15 ans ; accès de tachycardie prolongée ; à partir du 5^e jour, dyspnée, congestion du foie, crachats sanglants ; hyperesthésie douloureuse de la partie inférieure du thorax et de l'épigastre ; durée 8 jours. A présenté antérieurement 2 crises de 48 heures et de 12 heures de durée. Après l'attaque, retour du cœur à l'état normal.

Draper³ : fille de 15 ans ; accès de tachycardie, 212 à 256 à la minute, pendant 4 jours. A ce moment, apparition des premières règles.

Buckland⁴ : fille de 11 ans ; sujette aux palpitations de cœur. Dans le cours d'une rougeole a eu un pouls à 215. Depuis, à plusieurs reprises, crises de tachycardie survenant sans cause appréciable avec 200 battements cardiaques.

P. Merklen cite encore des cas de Koplik, de Schmitt, de Nunnely, de Lœwit qui sont trop discutables pour les faire entrer en ligne de compte.

Causes prédisposantes. — L'hérédité similaire signalée par Faisans⁵ chez l'adulte se retrouve aussi dans l'enfance. Un malade de Chauffard⁶, qui eut son premier accès à 12 ans, avait une mère atteinte de tachycardie paroxystique depuis l'enfance. Ettinger⁷ relate l'observation d'une femme de 29 ans atteinte depuis plusieurs années d'accès de tachycardie, dont le père, la grand-mère et l'arrière-grand-mère avaient présenté des phénomènes semblables.

L'hérédité nerveuse a été moins souvent constatée chez l'enfant que chez l'adulte, en raison sans doute de la rareté de la tachycardie dans l'enfance. Le père de l'enfant de Buckland était paralytique général, sa grand-mère était folle. La jeune fille observée par P. Merklen avait une mère sujette à des accès d'asthme, un frère ayant de l'asthme infantile, une sœur atteinte d'asthme de foie.

Causes déterminantes. — On a signalé chez l'adulte la provocation d'accès à la suite d'émotions, de traumatismes, de surmenage, d'efforts. Les cas de ce genre relatifs à l'enfance sont exceptionnels. Signalons cependant l'observation de Klemperer où un traumatisme thoracique subi à l'âge de 12 ans fut le point de départ d'accès de tachycardie qui persistèrent depuis ; l'observation de Bristowe, où des palpitations se développèrent à l'âge de 8 ans, à la suite d'une course violente et prolongée, mais la tachycardie paroxystique ne parut qu'à 18 ans.

Chez le même malade, on a observé la coïncidence ou l'alternance de la tachycardie avec la migraine, l'asthme, des vertiges neurasthéniques, l'agoraphobie, l'hystérie. Une malade d'Huber eut des crises de palpitations à 5 ans

(¹) ROSENSTEIN. Congrès de méd. int., Wiesbaden, 1890.

(²) PIERRE MERKLEN. *Soc. méd. des hôp. ; Semaine méd.*, 1901.

(³) DRAPER. *Boston med. J.*, 1886.

(⁴) BUCKLAND. *Trans. of the Clin. Soc. London*, 1892.

(⁵) FAISANS. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1900.

(⁶) CHAUFFARD. *Bull. méd.*, 1896.

(⁷) ETTINGER. *Semaine méd.*, 1894, p. 422.

à la suite d'une brûlure, et présenta des phénomènes hystériques à 12 et 16 ans. Une malade d'Hayem eut dans son enfance des tendances aux manifestations convulsives. Celle de Draper (15 ans) eut une chorée à 11 ans.

Laache rapporte l'observation d'une fille de 15 ans, réglée à 11 ans, qui eut son premier accès de tachycardie à 15 ans, au moment de ses règles. La fille observée par Draper a eu son premier accès à 15 ans, au moment où s'établissait la menstruation. L'influence des infections, des intoxications sur la tachycardie a été observée exclusivement chez l'adulte.

L'association des affections valvulaires du cœur avec la tachycardie paroxystique est fréquente chez l'adulte. Sur 154 cas de cette affection rassemblés par P. Merklen, 58 avaient de l'endocardite chronique. Chez l'enfant, nous ne trouvons que peu d'observations de ce genre. Celle de P. Merklen a trait à une fille de 15 ans, atteinte d'une insuffisance mitrale et aortique consécutive à plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, prise à 14 ans de son premier accès de tachycardie paroxystique, de 5 jours de durée. Dans l'observation de Kriedel-Rieges, il s'agit d'une fille de 16 ans qui a eu 2 atteintes de rhumatisme articulaire aigu, suivies d'insuffisance mitrale. Dès la première, il s'était développé des paroxysmes tachycardiques.

P. Merklen¹ cite encore, d'après Stokes, le cas d'une fille de 11 ans, atteinte d'insuffisance mitrale et sujette de très bonne heure à des crises de tachycardie. Le même auteur a observé un malade de 58 ans porteur d'une insuffisance aortique ancienne, qui a eu son premier accès tachycardique à 8 ans, à l'occasion d'une lutte avec un camarade dans laquelle il avait eu la poitrine violemment comprimée.

Symptômes. — L'accès de tachycardie est parfois précédé chez l'adulte de constrictions à l'épigastre ou à la tête, de céphalée, de malaise vague, de pulsations fortes du cœur, se produisant isolément, d'une sensation de déclenchement du cœur. Chez l'enfant, dans les rares cas observés, on n'a pu que constater l'accès lui-même.

Celui-ci survient en général brusquement. Les battements du cœur se précipitent. Le nombre des pulsations monte à 150 (Rotenstein), 240 à 260 (Herringham). Les pulsations sont fortement frappées et contrastent avec le pouls qui est sans tension, petit, misérable, souvent incomptable. L'auscultation ne fait percevoir aucun bruit anormal. S'il en existait antérieurement, il est masqué par la rapidité des contractions cardiaques. Le rythme du cœur devient pendulaire. Le grand silence est supprimé.

En général, le sujet, tout en se rendant compte de la rapidité de son cœur, n'en souffre pas. Il présente à peine une légère anhélation, un peu d'angoisse, mais ces phénomènes sont souvent si peu développés, qu'à peine en fait-on mention. Néanmoins les sujets, adultes et enfants, ont une tendance à ménager leurs mouvements, à éviter tout effort.

Les troubles fonctionnels varient d'ailleurs suivant la durée de l'accès. On peut distinguer avec Bouveret, chez l'enfant comme chez l'adulte, des accès courts et des accès longs. La fillette de 11 ans, observée par Her-

(¹) P. MERKLEN. *Traité de méd. et thér. de Brouardel et Gilbert*, t. VI.

ringham, avait des accès dont la durée variait de 56 heures à 15 jours. Ils se terminaient généralement pendant la période de sommeil.

La malade de Merklen, âgée de 15 ans, avait eu 2 accès de 48 heures et de 12 heures de durée. Le 3^e dura 8 jours. L'enfant présenta, à partir du 5^e jour, de la dyspnée, de la suffocation, des crachats sanglants, de la congestion du foie, en même temps qu'une hyperesthésie douloureuse excessive de la partie inférieure du thorax et de l'épigastre. On pensa à une phlegmasie pleuro-péricardique avec myocardite, et ce n'est qu'à la suite de la disparition des accidents que la nature véritable de la maladie fut reconnue.

Faut-il avec Merklen admettre que la dilatation cardiaque, cause des phénomènes d'asystolie, est due à la longueur de l'accès? Cela peut être vrai dans quelques cas, mais le fait n'est pas constant. Herringham, dont le sujet a présenté des accès qui ont duré jusqu'à 15 jours, ne parle que d'un peu d'angoisse précordiale, de respiration accélérée, de légère cyanose, sans anasarque ni œdème pulmonaire.

Quant au jeune garçon de Rosenstein, il ne semble pas avoir présenté des accès bien longs, et cependant on nota chez lui une dilatation du cœur, manifeste surtout à droite du sternum, et probablement la formation d'une thrombose cardiaque, car, huit jours après le dernier accès, il présenta une hémiplégie subite que l'auteur attribue à une embolie.

Quelles que soient la durée de l'accès et ses conséquences sur la circulation, il cesse brusquement. Nous n'avons, dans les rares cas de tachycardie essentielle observés chez l'enfant, trouvé aucune mention de différentes particularités observées chez l'adulte, l'annonce de la fin de l'accès par une sensation de ressaut, les troubles de la sécrétion urinaire, oligurie suivie de polyurie, d'azoturie, de glycosurie, d'albuminurie temporaires, les modifications pupillaires, mydriase ou myosis, la fièvre observée par Debove. On n'a pas davantage signalé la mort subite ou la mort par asystolie progressive. Dans l'observation d'Herringham, il est parlé d'oligurie pendant l'accès. La fin de l'accès ayant toujours eu lieu pendant le sommeil, on n'a jamais pu vérifier si la crise cessait brusquement ou graduellement. Il ne semble cependant pas qu'il y ait dans l'ensemble de grandes différences à établir entre les accès considérés aux différents âges. En particulier, le cœur, malgré les conditions favorables du jeune âge, se laisse dilater aussi bien que chez l'adulte. L'accès fini, tout rentre dans l'ordre, et il ne reste rien de la crise, si ce n'est une augmentation de volume du cœur, dont on ne peut dire si elle sera durable ou passagère, si elle doit être attribuée à l'accès ou à une lésion lentement progressive du myocarde.

Marche. — A en juger par les quelques récits d'adultes qui ont souffert dans leur enfance d'accès de tachycardie, les premiers accès ont été moins sévères que ceux qui ont paru ultérieurement. Il est parlé d'accès de palpitations, de dyspnée survenant à l'occasion d'un grand effort, dans des conditions telles que le diagnostic a dû rester en suspens jusqu'à l'apparition d'un accès grave survenu à 18 ans (Fritz) ou plus tard. Il y aurait donc une forme fruste de la tachycardie correspondant à la période infantile et se rapprochant symptomatiquement des palpitations dues à une affection

cardiaque ou à celles qu'on a rapportées à la croissance. Quant aux accès francs qui se montrent dès l'enfance, ils ont une marche analogue à ceux de l'adulte, espacés ou rapprochés suivant les cas, de durée longue ou brève. Herringham a noté chez un malade 7 accès de tachycardie de septembre 1895 à juin 1896.

La terminaison de la tachycardie paroxystique essentielle n'est pas connue chez l'enfant. On n'a pas cité de cas de mort chez l'enfant, ce qui tient sans doute à ce que l'enfance ne donne pas à la maladie un temps suffisant pour épuiser la résistance du cœur ou de l'innervation cardiaque. On n'a pas cité de cas de guérison, pour une raison analogue. Ce qu'on peut dire de moins incertain, c'est que la puberté ne semble pas amener de modification favorable à l'évolution de l'affection. Celle-ci s'accroît, se précise et tend dans la plupart des cas à se perpétuer.

Anatomie pathologique. — Pathogénie. — Les faits relatés chez l'enfant ne peuvent contribuer à élucider la nature du trouble qui détermine la maladie de Bouveret. On ne peut que rappeler brièvement la dilatation hypertrophique du cœur (Bouveret), l'aortite avec lésions des pneumo-gastriques (Chauffard). Herringham cite 5 cas avec dégénérescence du myocarde. Je puis ajouter à ces faits une observation personnelle relative à un homme de 40 ans, dont l'autopsie révéla un rétrécissement mitral serré et une tumeur volumineuse du cervelet. Récemment Schlesinger a rapporté un cas de tachycardie avec mort subite et altérations scléreuses du pneumogastrique comprimé dans sa partie thoracique par des ganglions tuberculeux (*Semaine médicale*, 1905, p. 420). Nous avons déjà mentionné les faits dans lesquels il y avait coexistence de la tachycardie paroxystique avec une affection valvulaire du cœur. Il est possible que les cardiopathies chroniques avec endocardite, de même qu'elles sont capables de provoquer l'épilepsie (Potain, Lemoine), arrivent à créer la névrose tachycardique. Celle-ci paraît dépendre, en effet, d'un trouble de l'innervation cardiaque, dont le siège a été localisé d'une façon variable par les auteurs. Bouveret admet un état d'inhibition du pneumo-gastrique; Tunker, une excitation du grand sympathique; Debove, un trouble bulbo-spinal, qui rend mieux compte de l'ensemble des phénomènes : polyurie, albuminurie, azoturie, modifications pupillaires, fièvre, etc. Cette opinion est corroborée par l'observation que j'ai citée de tachycardie avec tumeur cérébelleuse, capable de comprimer la région bulbaire. La névrose tachycardique évolue comme l'asthme avec lequel elle alterne quelquefois, comme la migraine. Talamon et Taylor l'ont même rapprochée de l'épilepsie, mais les faits publiés jusqu'ici ne permettent pas une pareille assimilation.

Diagnostic. — La tachycardie paroxystique se caractérise suffisamment par des accès de battements rapides du cœur, d'une durée assez longue, survenant brusquement, disparaissant de même et séparés par de longs intervalles de santé complète.

Les *palpitations vulgaires du cœur* se distinguent de l'accès tachycardique, en ce que *le cœur bat d'une façon sensible* pour le malade, douloureuse ou angoissante. Elles n'atteignent pas le chiffre noté dans les crises

tachycardiques. Elles naissent et se reproduisent sous l'influence de conditions appréciables : efforts, courses, travail digestif, émotions, etc. Il n'y aurait pas lieu d'insister sur ces différences, si, dans le passé de certains tachycardiques avérés, on ne relevait la mention d'accès de palpitations, avec dyspnée, précédant de longtemps l'apparition de la tachycardie paroxystique proprement dite. Il semble bien que si dans de nombreux cas, la névrose s'installe d'emblée avec ses caractères définitifs, parfois elle est préparée progressivement par une série de troubles fonctionnels cardiaques qui n'en sont qu'une ébauche grossière. Il y aurait là comme l'esquisse d'une petite névrose tachycardique par opposition à la grande névrose décrite par Bouveret.

L'accès tachycardique se distingue aisément des *palpitations de l'adolescence* liées à la prétendue hypertrophie de croissance, de la tachycardie basedowienne ou des crises d'accélération du cœur liées à des altérations du pneumo-gastrique, telles qu'en ont citées Letulle, Merklen, etc.

La tachycardie paroxystique arrivée à la phase de la dilatation cardiaque avec œdèmes périphériques et congestions viscérales peut être confondue avec une asystolie ordinaire. On tiendra compte, pour établir le diagnostic, des accès antérieurs, de l'inefficacité relative de la médication cardiotonique, de l'accélération énorme des battements, de la cessation brusque des phénomènes.

Il n'y a pas lieu de séparer la tachycardie paroxystique dans les affections valvulaires du cœur de la tachycardie essentielle. Leur pronostic est certainement plus grave, la dilatation cardiaque plus aisée, mais, dans l'intervalle des accès, le patient retombe dans les conditions classiques d'une affection valvulaire.

Les petits accès de palpitations de courte durée, qui représentent parfois une aura épileptique, ou un phénomène associé à une crise de petit mal (Pitres), n'ont rien de commun symptomatiquement avec la tachycardie paroxystique.

Pronostic. — Le pronostic de la tachycardie paroxystique doit toujours être réservé chez l'adulte. Un certain nombre de patients ont succombé au cours d'un accès, d'autres ont vu leurs crises s'espacer de plus en plus et disparaître même d'une façon définitive.

Les cas de mort sont rares dans l'enfance.

Bristowe a vu succomber un jeune homme de 19 ans au cours d'un accès.

P. Merklen a noté la mort chez une fille de 15 à 16 ans, atteinte d'insuffisance aortique et mitrale. On comprend qu'une lésion valvulaire, si elle ne change pas la forme de l'accès, modifie cependant sa gravité.

L'asystolie par dilatation cardiaque peut se produire chez l'enfant au cours d'un accès (P. Merklen). Rosenstein a observé, 8 jours après un accès, une hémiplégié qu'il rapporte à une embolie.

Traitement. — Le traitement de la tachycardie paroxystique n'a pas encore trouvé sa formule spécifique. Le nombre des médicaments et des procédés divers employés témoigne contre leur efficacité même. Bouveret

a préconisé la digitale, mais elle est souvent impuissante et paraît surtout indiquée lorsque l'accès tachycardique se complique de dilatation du cœur. On a conseillé le veratrum viride ou la vératrine (Guyot); le bromure d'ammonium (Chapmann), le valérianate de zinc (Shakey), l'opium, la morphine, la belladone, le nitrite d'amyle. Glower a recommandé l'arsenic et la strychnine. Localement, on a employé la révulsion sous toutes ses formes : ventouses, pointes de feu, application de sangsues qui a donné un résultat heureux à Merklen, le massage par tapotement (Schott), la réfrigération (compresses froides, sac de glace, stypage, pulvérisations d'éther).

Rosenfeld a pu arrêter ou abrégé des accès en faisant faire au patient une inspiration profonde et soutenue en même temps qu'il comprime sa poitrine à l'aide des coudes, jusqu'à production de cyanose.

Dubois a vu un accès arrêté par une compression du pneumogastrique gauche. J'ai obtenu quelquefois, mais non toujours, chez le même malade, un arrêt de la crise, par une compression des deux carotides maintenue jusqu'à production de vertiges. J'ai observé le cas d'un autre malade qui arrêtait sa crise en prenant de l'ipéca et se trouvait soulagé dès que le vomissement se produisait.

On a recommandé encore la faradisation des pneumogastriques.

Chauffard a fait une injection intra-veineuse d'un litre et quart de sérum artificiel.

Pendant toute la durée de l'accès, le sujet doit rester au repos, et soumis à la diète. Le paroxysme n'entraîne d'ailleurs pas par lui-même une véritable impotence, beaucoup de sujets continuent à se déplacer et West cite l'exemple d'un policeman dont les pulsations cardiaques s'entendaient à plusieurs pieds de distance et qui continuait à monter la garde en plein exercice.

Dans l'intervalle des accès, le sujet doit s'abstenir de tout excitant cardiaque : café, thé, boissons abondantes, repas copieux, atmosphère enfumée, tabac, etc. S'il persiste de la dilatation ou de l'hypertrophie cardiaque, on traitera celle-ci par les moyens appropriés.

XVII. — POULS LENT ET ARYTHMIE

En séméiologie médicale, on a coutume de décrire dans une même catégorie les troubles du rythme cardiaque de signification et de physiologie très différentes, mais ayant néanmoins cette caractéristique commune qu'ils traduisent une modification dans ces deux éléments : rapports fixes existant entre les temps d'une révolution cardiaque et succession régulière de ces pulsations¹. C'est ainsi qu'on rassemble les *accélération*s du rythme avec ou sans modification du timbre (embryocardie, rythme fœtal, tachycardie), les *ralentissements* (bradycardies), les *intermittences* et les *arythmies*.

L'embryocardie, la tachycardie, ont été incidemment traitées à propos de la forme paroxystique de cette dernière chez l'enfant, ou n'offrent pas un grand

(¹) TRIPIER et DEVIC. *Traité de path. gén. de Bouchard*, t. IV, p. 197.