

sécrétion intense, nous sommes peu renseignés sur ce sujet. Que si la tachycardie paroxystique est suivie d'asystolie, c'est un repos de longs mois qui deviendra indispensable.

Ce que nous avons dit montre que la tachycardie paroxystique est essentiellement différente de la tachycardie de la *maladie de Basedow*. Dans cette dernière affection, le rythme nodal n'existe pas. C'est pourquoi le coeur bat moins vite: 120 à 140 pulsations à la minute, et pourquoi aussi l'asystolie y est bien plus rare. Il est inutile en général de faire coucher les basedowiens. Le traitement par la faradisation, l'hémo--thyroïdine, la poudre d'hypophyse suffisent à assurer des guérisons définitives.

Il nous reste à parler de deux maladies particulièrement angoissantes, le pouls lent permanent et l'anévrysme, et d'une autre à la fois douloureuse et angoissante, l'angine de poitrine.

Le *pouls lent permanent* est une de ces affections où les malades gravissent un calvaire tragique. Nous traitions, il y a quatre ans, en ville, un artério-scléreux, âgé de 68 ans. Son pouls donnait de 12 à 18 battements par minutes. A chaque battement, il se demandait si le suivant se produirait encore. Des crises syncopales, épileptiformes, survenaient à tout instant. La digitaline à très faibles doses (1-10 de milligr. 3 à 4 jours de suite, interrompre autant et reprendre) fit remonter le pouls à 36, à 40. Un mieux se manifesta; les crises cessèrent. Le lit fut gardé quatre mois; puis le malade commença à se lever. Il succomba brusquement, un jour qu'il rentrait en voiture du bois.

Sans doute un séjour plus prolongé au lit serait désirable. Au lieu de quatre mois, huit mois, un an et davantage. Les malades implorent grâce et se désolent. Et puis lorsque quatre mois d'immobilité absolue n'ont amené aucun mieux, un an donnerait-il davantage? On évite la syncope, dites-vous. Pas toujours. Celle-ci surgit au moment où l'on y pense le moins, quand le malade se réveille, se retourne dans son lit.

Faisons rester couchés les malades le plus longtemps possible; nous verrons ensuite.

Nous ne parlons, bien entendu, que des pouls lents permanents à origine intra-cardiaque et qui sont liés à des lésions intéressant les fibres neuro-musculaires de Gaskell-His. L'excitation de ces fibres donne naissance au niveau du nœud de Tawara, au rythme nodal de Mackenzie. La destruction de ces fibres produit les pouls lents permanents. Mais ces pouls lents eux-mêmes ont été divisés en deux classes. Dans la première variété, la transmission auriculo-ventriculaire n'est plus possible, un trouble de conductibilité du myocarde est en jeu; les ventricules sont livrés à leur automatisme propre. C'est dans cette forme la plus grave qu'un séjour de plusieurs mois au lit est indispensable.

Dans la seconde forme que Potain appelait la bradycardie asystolique, ce serait l'excitabilité du myocarde qui serait touchée. Il se forme de ce fait des contractions

prématurées de l'oreillette, si affaiblies, si lointaines, que M. Huchard les a dénommées *bruits en écho*. Les tracés qui enregistrent les battements des jugulaires, l'existence même de ces bruits en écho assurent le diagnostic. Les syncopes et mouvements épileptiformes font défaut ou sont très atténués. La cause du trouble est l'affaiblissement du pouvoir contractile du coeur. Mais les lésions occupent le faisceau de Gaskell comme le pouls lent lié à un trouble de conductibilité. Il faut du repos dans cette forme comme dans la précédente, moins prolongé toutefois, parce que souvent l'amélioration apparaît plus rapide.

En effet donnons — au contraire de ce que disent les auteurs — de très faibles doses de digitaline (1-10 de milligr. trois à quatre jours de suite, interrompre autant et reprendre), le pouls remontera parfois au chiffre normal de pulsations: de 40 à 60 pulsations.

D'autres fois, au contraire, le chiffre des pulsations augmente très peu: de 20 à 30 par exemple et c'est tout. Ces formes très fréquentes semblent indiquer que la division entre les deux variétés de pouls lent permanent, n'est pas aussi tranchée que les auteurs le voudraient faire croire. Il existe de nombreux cas intermédiaires où les extrasystoles existent en même temps que les troubles de conductibilité. Prescrivez de la digitale; les extrasystoles se transforment en contraction complètes; le pouls augmente de fréquence. Mais les troubles de conductibilité persistent. Le pouls demeure lent.

Quant aux *pouls lents extracardiaques*, à ceux qui font suite à des intoxications, des maladies infectieuses, des affection gastriques, des états neurasthéniques, des irritations ou des compressions du nerf vague, le repos n'y est guère nécessaire. Seulement comment distinguer ces formes des pouls lents intracardiaques? L'injection d'atropine, comme l'a démontré Hering, aux doses de 1 milligramme, fait disparaître le faux pouls lent et n'agit pas sur le vrai. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est point toujours exempt d'inconvénients. Sur les sujets sensibles, une intoxication est possible. Un milligramme d'atropine, la dose est considérable. Nous préférons, pour notre part, nous en tenir à l'examen clinique, à l'étude des antécédents. Dernièrement encore, nous soignons en ville un malade âgé de 65 ans, dont le coeur après la grippe était descendu à 40 battements. Nous ordonnons un peu de caféine; les choses se remettent tout de suite. Dans ces pouls lents post-infectieux, la caféine à pouvoir de faire remonter le pouls. N'en ordonnons toutefois pas à des neurasthéniques; ils en ressentiraient une excitation trop vive.

Venons maintenant à l'anévrysme.

Il y a quelques années, nous voyions en ville avec M. Huchard, un colonel péruvien. Atteint d'un anévrysme de l'aorte qui avait détruit la paroi costale et bombait sous la peau; il passait son temps dans son fauteuil à contempler les battements de la poche bleuâtre et amincie qui menaçait de se rompre.

Quand se fera l'ouverture? la minute présente ou celle qui suivra? Inutile de dépeindre l'état anxieux du