

pour la première fois la respiration est entreprise et qu'un œdème léger se montre aux malléoles, etc., le malade parvient encore à se débarrasser de ces manifestations, pourvu qu'il se soigne convenablement. Il n'y a pas jusqu'aux troubles considérables de la compensation et jusqu'à l'hydropisie intense et généralisée, accompagnés d'une action cardiaque faiblissante et irrégulière, qui ne puissent disparaître encore après plusieurs semaines de durée et faire place à un bien-être relatif. La maladie peut présenter des alternatives d'aggravation et d'amendement. A la fin pourtant l'amélioration ne se maintient plus. L'œdème persiste, il se manifeste d'autres conséquences de la stase veineuse qui croît sans cesse, les malaises, surtout la dyspnée, deviennent de plus en plus graves, jusqu'à ce que les malades succombent après de longues et pénibles souffrances. Peu de temps avant la mort il se produit parfois chez les cardiaques certaines irrégularités dans l'innervation du cœur et de la respiration, parmi lesquelles il faut signaler surtout le *phénomène de Cheyne-Stokes*. Ce dernier consiste en oscillations périodiques particulières des mouvements respiratoires, de sorte qu'à un arrêt complet de la respiration (apnée) succèdent des inspirations faibles d'abord, puis de plus en plus fortes et profondes, qui de nouveau diminuent graduellement et finissent par faire place à une nouvelle pause respiratoire. Tant que dure cet arrêt, les malades sont d'ordinaire dans une profonde hébétude, leurs pupilles se rétrécissent; pendant la phase dyspnéique, ils reviennent un peu à eux-mêmes et leurs pupilles se dilatent. La cause principale de ces mouvements périodiques réside certainement dans une dépression considérable de l'excitabilité du centre respiratoire. C'est seulement après que le sang s'est de nouveau chargé, pendant la période d'apnée, d'une quantité considérable d'acide carbonique, que l'excitation produite par celui-ci remet le centre respiratoire en action.

En ce qui concerne les lésions valvulaires en particulier, l'*insuffisance aortique* est celle qui autorise le pronostic le plus favorable, en ce sens que pendant des années elle peut être complètement compensée. Mais en revanche, c'est précisément dans cette affection que la rupture de compensation, une fois qu'elle se déclare, est de très mauvais augure, attendu qu'en règle générale il n'y a plus moyen d'y porter remède. L'*insuffisance mitrale* est également une affection cardiaque d'une bénignité relative et susceptible d'être compensée pendant longtemps. Le *rétrécissement mitral* est d'un pronostic beaucoup plus fâcheux et s'accompagne de plus grands malaises. Cependant, dans toutes les lésions mitrales, les états les plus graves ont parfois pu être conjurés plusieurs fois de suite. Le *rétrécissement aortique* trouve aussi son correctif dans une bonne compensation et est même à cet égard

moins à redouter que le rétrécissement mitral. Mais il provoque souvent des symptômes cérébraux opiniâtres dépendant de l'anémie cérébrale (céphalalgie, vertiges, etc.).

La question de savoir si des lésions valvulaires formellement constituées sont *curables*, ne saurait être tranchée dans un sens absolument négatif. La plupart du temps, il est vrai, la lésion valvulaire par elle-même n'est pas susceptible de guérison. Il n'y a que les conséquences qu'elle entraîne qu'on peut jusqu'à un certain point prévenir ou corriger. Toutefois chez les enfants et les jeunes gens, comme nous avons eu l'occasion de l'observer nous-même, on cite des cas qui présentent les signes les plus évidents d'une maladie du cœur et qui se remettent complètement après un temps indéterminé. Il est difficile de décider si effectivement on a assisté en cette occurrence à la guérison d'une lésion valvulaire, car les simples dilatations du cœur, l'insuffisance relative des valvules, les souffles de l'anémie, etc., peuvent facilement en imposer pour des lésions valvulaires véritables.

Parmi les *accidents dangereux* qui viennent se greffer sur les affections valvulaires, rappelons en premier lieu les *processus emboliques* qui se déclarent subitement et sans s'annoncer. Nous avons mentionné plus haut les diverses formes d'embolies, de même que l'*hémorragie cérébrale*, qui se déclarent au cours des affections cardiaques. Les *affections aiguës* intercurrentes (typhus, pneumonie) prennent parfois pendant les maladies cardiaques une tournure grave et dangereuse, à raison de la plus grande somme de travail que le cœur est obligé de fournir.

Traitement des affections valvulaires (1).

1. *Prophylaxie*. Les moyens dont nous disposons pour prévenir les affections valvulaires sont peu nombreux. Nous ne sommes pas même en état, au moyen de la méthode salicylée actuellement en vigueur contre le rhumatisme aigu, d'empêcher l'endocardite de compliquer le rhumatisme articulaire. Ce n'est que pour autant que la durée totale de la maladie se laisse réduire par l'acide salicylique, que l'éventualité de l'endocardite complicante devient moins probable.

La médecine préventive est également désarmée vis-à-vis des affections cardiaques qui d'emblée se développent chroniquement, parce que les causes de ces affections échappent le plus souvent. Les influences nuisibles

1. On trouvera comme appendice au cinquième chapitre de cette partie du livre, un exposé critique succinct de la *méthode mécanique de traitement* des troubles circulatoires (la cure dite de *Ertel*).

qui sont le plus à redouter, sont celles qui président à l'athérome artériel et consécutivement aux lésions chroniques des valvules. L'usage immodéré de l'alcool, l'abus du tabac à fumer, une vie désordonnée et luxurieuse entrent surtout en ligne de compte. Cependant, le rôle que jouent ces facteurs dans la formation des *lésions valvulaires* véritables est en tout cas moins puissant que celui qu'ils exercent sur le développement de certains troubles fonctionnels et nerveux du cœur (v. le chapitre suivant).

2. *Traitement des affections cardiaques compensées.* Si l'on est appelé à traiter une maladie du cœur déjà établie, mais à l'heure où elle est entièrement compensée, on doit se borner à instituer un traitement *dîététique*. Sans lui donner une frayeur inutile, on peut avouer au malade qu'il porte une affection cardiaque. Il faut qu'on lui dise que son bien-être futur dépend en grande partie de sa propre manière d'agir, de sa conduite intelligente et attentive. Il devra éviter tout ce qui peut surexciter les fonctions du cœur et exercer sur cet organe une influence directement nuisible. Tout exercice fatigant, une trop forte tension d'esprit, puis tout excès de table, de boisson, de tabac, etc., doivent être défendus. Quoique les prescriptions médicales soient parfois en conflit avec les exigences professionnelles, de même qu'avec les caprices et les habitudes du malade, le médecin n'en doit pas moins insister *de tout son pouvoir* sur leur accomplissement.

Le traitement médicamenteux est le plus souvent inutile dans les affections cardiaques compensées. Nous ne connaissons aucun remède qui ait une action directement favorable sur les processus endocarditiques. On a conseillé l'usage prolongé de l'*iodure de potassium*, de la *solution de Fowler*, de l'*arséniate d'antimoine* « granules antimoniales », du *nitrate d'argent*, etc. L'efficacité de ces remèdes n'est aucunement démontrée. On peut, en tout état de choses, quand de légers malaises rendent quelque petite ordonnance désirable et que d'autres moyens ne soient pas particulièrement indiqués, en faire l'essai. Autrement on se contente d'ordinaire d'améliorer l'appétit et la nutrition du malade par les *préparations de fer et de quina*, par des *amers*, etc. Soupçonne-t-on quelque relation de la maladie du cœur avec une syphilis antécédente, on pourra tenter la médication antisiphilitique (iodure de potassium). Mais on ne fondera pas grand espoir sur la réussite.

L'usage des *bains* en tant que remède contre les affections cardiaques, mérite une mention spéciale. De nombreuses expériences tendent à prouver que non seulement ils sont bien tolérés par les cardiaques, mais qu'ils exercent une influence bienfaisante et tonique particulière sur le jeu du cœur. Ce sont les eaux thermales sodiques chargées de Co^2 , principalement

celles de *Nauheim*, qui à ce point de vue jouissent de la meilleure réputation. Il n'y a pas jusqu'aux désordres de la compensation qui, à leur début, ne soient souvent notablement améliorés par l'usage de ces bains ou d'autres analogues. Du reste on peut également faire prendre aux malades des bains simples ou mieux des bains salins de 26° à 27° R. à domicile. — Il est évident qu'un *changement de climat* est parfois avantageux en cas de maladie du cœur. Il est particulièrement utile que les malades ayant des tendances aux catarrhes bronchiques et aux affections rhumatismales, passent l'hiver dans le midi.

3. *Traitement des troubles de la compensation.* Aussitôt que l'énergie compensatrice commence à fléchir dans une maladie valvulaire et qu'apparaissent une dyspnée intense et de l'œdème, nous devons presque toujours prendre notre premier recours au remède cardiaque par excellence. Ce remède c'est la *digitale*. La digitale a pour effet, quand elle est employée à *petite dose*, de ralentir la fréquence du pouls et en même temps de renforcer les battements du cœur, tout en augmentant par là même la tension du sang. La digitale est indiquée dans toute maladie du cœur quand se déclarent des troubles de compensation et que le pouls devient excessivement petit, que sa tension a considérablement faibli, qu'il a pris une grande fréquence et de l'irrégularité. L'effet qu'on attend de la digitale, c'est par conséquent de rendre le pouls plus lent, plus régulier et d'une tension plus forte. Sous l'influence de l'augmentation de la tension artérielle obtenue de la sorte, les troubles de la compensation disparaissent souvent d'une manière étonnante : en premier lieu la diurèse devient plus abondante, l'urine cesse d'être rare, haute en couleur et concentrée comme dans la stase rénale, la quantité émise journallement augmente ; dès lors elle devient claire et d'une pesanteur spécifique moindre. En même temps les œdèmes disparaissent, la dyspnée s'apaise, la tête se dégage, l'état général s'améliore, bref, il peut s'établir de nouveau une compensation totale de la maladie du cœur. Cette révolution s'accomplit parfois en un temps relativement court, en peu de jours ou de semaines.

La *dose à laquelle la digitale se prescrit* ne peut être exactement fixée, attendu que la richesse de la plante en principes actifs n'est pas partout la même. C'est ce qui explique en partie la différence des doses auxquelles on l'emploie. En règle générale on commencera par de minimes quantités. D'ordinaire on prescrit une *infusion de feuilles de digitale* de la force de 1,0 à 1,5 sur 150,0 d'eau distillée, dont on donnera une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures. L'addition d'un sirop fait que la médecine se décompose plus aisément et cela n'a aucune utilité. De même les

remèdes diurétiques qu'on y ajoute volontiers (la liqueur d'acétate de potasse 30,0 ou le tartre boraté 4,0 à 8,0 dans l'infusion) rendent la préparation moins stable. L'administration de la digitale sous forme de *poudre* est aussi très convenable, parce qu'elle permet de doser le médicament plus exactement. On prescrit la poudre à la dose de 0,05 à 0,1 avec du sucre 0,4 et on fait prendre un paquet semblable toutes les heures ou toutes les deux heures (on peut également la donner en cachets ou suspendue dans du liquide). Les autres préparations de digitale, le *vinaigre de digitale* et la *teinture* sont moins actives. On prescrit cette dernière quand des malades atteints de troubles de la compensation, modérés mais persistants, doivent pendant longtemps employer la digitale à petites doses. On n'a pas encore réussi à isoler sous une forme stable le principe actif de la digitale. Les préparations de *digitaline* introduites dans le commerce sont incertaines dans leur action et ne se prescrivent à bon droit qu'exceptionnellement.

La *digitale n'est pas un remède inoffensif*, puisque à un moment donné elle peut devenir nuisible. Alors le pouls descend au-dessous de la normale, faiblit, devient irrégulier et intermittent, après avoir jusqu'alors présenté de la régularité. L'état général du malade devient mauvais, il se déclare des nausées et des vomissements et un état voisin du collapsus peut se manifester. C'est pourquoi il faut poser en principe *de ne jamais prescrire la digitale à grandes doses, quand on ne peut constamment avoir l'œil sur le malade*. Dès que les premiers indices de l'action défavorable de la digitale se montrent, il faut à l'instant suspendre le remède. On donne alors, pour prévenir un collapsus plus profond, un peu de vin généreux, du fort café noir, etc. Comme la digitale appartient à la classe des remèdes dits à *effet cumulatif*, les symptômes d'intoxication peuvent se déclarer assez rapidement et sans qu'on s'y attende. On fait bien par conséquent de suspendre le remède dès que l'effet utile visé par l'administration de la digitale a été atteint, que le pouls est devenu plus calme et plus régulier et que la diurèse s'est rétablie. On a l'habitude de laisser prendre la digitale pendant 2 à 4 jours environ et puis de s'arrêter. Son action se continue néanmoins plusieurs jours encore. Parfois aussi l'emploi de 1,0 à 1,5 gram. de digitale suffisent pour provoquer des nausées et des vomissements. En ce cas on suspend le remède et malgré cela on constate quelquefois, dès le lendemain déjà, l'effet manifestement avantageux du médicament. Après qu'on l'a laissée, on prescrit d'ordinaire un *diurétique* (l'acétate de potasse, la scille, le tartre boraté, les espèces diurétiques, etc.). Si le pouls devient de nouveau plus rapide et moins régulier, on rend immédiatement la digitale. Dans les cas où les malades ont à diverses reprises été soumis à l'influence du

remède, on doit augmenter progressivement la dose. Comme cela a lieu avec tant d'autres substances, il ne tarde pas à se déclarer de l'accoutumance. Il n'y a pas de dose maxima ; et, dans chaque cas particulier, on doit aller jusqu'au bout de la dose requise. Beaucoup de malades finissent par devenir de vrais « digitalophages » et ne savent plus vivre à moins d'user de doses massives de digitale (jusqu'à cinq grammes de poudre par jour et davantage). Malheureusement, dans beaucoup de cas, l'efficacité d'action de la digitale, nonobstant les grosses doses, cesse à la fin. Le remède n'est plus « toléré » du tout et on doit le délaisser complètement. Mais aussi à ce moment la maladie est entrée dans sa période terminale.

Si l'on a affaire à des maladies du cœur avec des symptômes de stase et où le pouls ne se présente pas avec un caractère de petitesse, de fréquence et d'irrégularité particulières, la digitale n'est pas indiquée, ou bien elle ne doit être employée qu'avec beaucoup de prudence et à faible dose. La question de savoir si dans l'*insuffisance aortique* on doit donner la digitale ou s'en abstenir, est parfois épineuse. Dans cette maladie il existe encore, malgré les désordres de compensation les plus prononcés, un pouls très fort, régulier, mais le plus souvent d'une fréquence anormale. N'oublions pas toutefois qu'en ce cas, malgré l'amplitude du pouls, la tension *moyenne* de l'artère n'en a pas moins baissé, et par conséquent chez la plupart des malades atteints d'insuffisance aortique, on peut parfaitement bien commencer par employer la digitale. Le résultat est souvent très avantageux. Toutefois le remède semble en tout cas être un peu moins efficace dans les lésions aortiques que dans les affections mitrales.

Dans des circonstances heureusement assez rares, la digitale n'est pas agréée dès le principe et provoque d'emblée une *répugnance* invincible et des *vomissements*. Au surplus, l'influence que la digitale exerce accessoirement sur l'estomac est une propriété qui contrarie son action. Si elle n'est pas tolérée sous une forme, on cherchera à la faire accepter sous une autre. Au lieu de l'infusion, on donnera la poudre et réciproquement, ou bien on tentera une autre préparation (teinture de digitale, etc.). Parfois on atteint l'effet de la digitale en l'administrant en lavement (par ex. une infusion de 1 sur 100).

Parmi les substances préconisées en ces derniers temps comme succédanées de la digitale, la *caféine* mérite une mention particulière (LÉPINE, RIEGEL, etc.). Donnée à petites doses répétées (en tout 1,0 à 1,5 gramme par jour), elle a pour effet de ralentir, de régulariser, et de fortifier l'action cardiaque en renforçant en même temps la tension artérielle. On emploie de préférence le *salicylate de soude et de caféine* (poudres de 0,2 à 0,3) et le

citro-benzoate de caféine (à la même dose ou à une dose un peu moindre en injection sous-cutanée). Après la caféine citons encore l'*adonis vernalis*, la *convallaria majalis* et le *sulfate de spartéine* (v. recettes dans l'appendice). Cependant tous ces remèdes semblent être moins sûrs que la *digitale*. Dans les états d'affaiblissement cardiaque la *teinture de strophantus* (10 gouttes plusieurs fois par jour) a parfois un effet manifestement utile.

4. *Traitement symptomatique.* Plusieurs symptômes qui se rencontrent dans les maladies du cœur demandent encore une description spéciale.

L'*hydropisie* est un signe de stase veineuse qui, dès que la compensation s'est rétablie, disparaît soit d'elle-même, soit sous l'influence de la digitale. Comme moyen adjuvant pour combattre l'hydropisie on aura recours en premier lieu au *repos complet au lit* et à la *position élevée* des parties œdématisées. En outre les hydropiques changeront fréquemment et au plus au mieux, de position au lit, pour qu'aux parties déclives du corps ne s'opèrent pas d'infiltrations trop considérables. Il est avantageux de rouler des bandes de flanelle autour des bras et des jambes gonflées, en exerçant une douce pression. Un léger massage des parties infiltrées peut quelquefois être avantageux. Autant que possible on devra réduire les liquides dans l'alimentation. — Parmi les *remèdes internes* il y a, outre la digitale et ses succédanés, les *diurétiques* proprement dits (l'acétate de potasse entre autres) qui sont à considérer. On les prescrit tantôt associés à la digitale, tantôt isolément, surtout quand la digitale n'est pas tolérée ou n'est plus indiquée. Un médicament qui montre quelquefois une efficacité particulière contre les hydropisies cardiaques, c'est le *calomel*, sur l'action diurétique duquel JENDRASSIK surtout vient de nouveau d'appeler l'attention. On le donnera en poudre à la dose 0,2, 3 à 5 fois par jour. Quelquefois après 1 à 2 jours il se produit une forte diurèse qui fait rapidement baisser les phénomènes hydropiques. Dès que la diurèse s'établit, on suspend le remède et naturellement aussi quand se déclare de la stomatite.

Dans la période ultime des maladies du cœur, l'état du malade peut devenir extrêmement pénible par l'intensité et la généralisation de l'œdème. Alors on est autorisé à vider l'ascite ou l'hydrothorax par la *ponction* et à donner issue à la sérosité œdémateuse par des *scarifications de la peau* (mouchetures avec une fine lancette) pour procurer du soulagement aux malades. Ces scarifications offrent pourtant du danger et ne doivent pas être pratiquées à moins d'indication urgente, parce qu'elles deviennent parfois le point de départ d'inflammations érysipélateuses, etc. On recommande avec avantage de petits trocarts capillaires en argent (appelés trocarts de SOUTHEY) auxquels s'adapte un fin tuyau de caoutchouc. A

l'aide de ces trocarts on peut évacuer de grandes quantités de liquide œdémateux. Mais il faut toujours veiller à entretenir la peau dans un grand état de propreté et à la désinfecter complètement (application de jute carbolisée, d'ouate salicylée). Il n'est pas à conseiller chez les malades atteints d'affections cardiaques, de combattre l'hydropisie au moyen de la *méthode sudorale* (enveloppements chauds, pilocarpine).

La *dyspnée* est de tous les symptômes celui dont les malades demandent le plus à être soulagés. Ici encore la chose essentielle, c'est naturellement l'établissement de la compensation. Si l'on n'y réussit pas, on devra tâcher de calmer la dyspnée en la traitant symptomatiquement. La *morphine* est le remède le plus efficace à cet effet. Après la digitale, la morphine est le médicament le plus indispensable dans le traitement des graves affections du cœur. D'ordinaire elle est bien supportée et procure un grand soulagement, surtout quand elle est administrée hypodermiquement. Si la maladie est entrée dans sa dernière phase, il ne faut pas non plus être trop avare de doses élevées. Dans toute autre circonstance la prudence est de rigueur. On est souvent obligé dans la pratique de prescrire des *applications sur la poitrine*, des sinapismes, des cataplasmes chauds, puis des pédiluves chauds (avec de la farine de moutarde, de la cendre de bois, etc.) Dans les cas graves ces remèdes sont peu efficaces. Parfois, quand la dyspnée est intense, surtout quand l'œdème pulmonaire est imminent, l'*acétate de plomb* à haute dose (la poudre jusqu'à 0,1 ! toutes les deux ou trois heures, avec addition de 0,03 à 0,05 d'opium) paraît exercer une action favorable. En outre on peut fréquemment procurer au malade un soulagement marquant au moyen d'un fort *drastique* (infusion de senné composée, la gomme gutte, etc.). Les inhalations de *nitrite d'amyle* ont rarement un effet avantageux.

Les *palpitations*, qu'elles soient permanentes ou qu'elles se déclarent par accès, sont combattues par l'application de *glace* sur la région du cœur (des boîtes en fer blanc conviennent parfaitement). On recommande surtout son emploi prolongé dans l'insuffisance aortique avec surexcitation cardiaque. Les *narcotiques* sont les plus actifs parmi les médicaments internes, surtout la *morphine* qu'on ne donne naturellement que dans les cas graves. Mais si les palpitations n'atteignent qu'un faible degré, on peut donner le *bromure de potassium*, l'*eau de laurier cerise* (au besoin avec de la teinture de digitale, parties égales, 2 à 3 fois par jour, de 20 à 30 gouttes).

La *morphine* en injection sous-cutanée est encore le remède de loin le plus efficace dans les *accès sténocardiques* qui s'accompagnent de douleur et d'un sentiment d'angoisse. En outre on emploie des *irritants cutanés* externes (des cataplasmes sinapisés, etc.), la *glace* et éventuellement le *strophantus*, le *nitrite d'amyle*, etc.

Contre l'*anorexie*, pour autant que celle-ci n'est pas susceptible de s'améliorer par la régularisation de l'action cardiaque, on prescrira les *amers* (la teinture amère, celle de quinquina composée), l'*acide chlorhydrique*, etc. En outre on veillera, autant que possible, à procurer des *évacuations alvines régulières*.

Quand se déclarent des *tendances syncopales* ou des *états vertigineux*, comme dans l'anémie cérébrale propre au rétrécissement aortique, il faut prescrire le *décubitus horizontal* et des *remèdes excitants* (vin, éther, esprit de nitre doux). Quand les symptômes cérébraux tiennent à une stase veineuse, on cherche à les combattre par la glace, les sinapismes à la nuque, des dérivatifs énergiques sur l'intestin.

On traitera d'après les règles ordinaires les *incidents particuliers* et les *complications intercurrentes* (œdème pulmonaire, infarctus, apoplexie, etc.).

CHAPITRE TROISIÈME.

MYOCARDITE.

(Dégénérescence calleuse du cœur. Dégénérescence myopathique. Infarctus du cœur. Sclérose des artères coronaires.)

Étiologie et anatomie pathologique. Dans ces derniers temps, on a étudié de plus près une série d'affections cardiaques qui, aussi bien que les lésions valvulaires, finissent par entraîner toutes les conséquences résultant du trouble circulatoire, sans que pendant la vie ou à l'autopsie on puisse découvrir aux valvules une modification anatomique quelconque. Il s'agit, dans ces cas, d'altérations du *muscle cardiaque* lui-même et de son appareil nerveux, lesquelles enrayent l'énergie *fonctionnelle* de l'organe et provoquent en conséquence des désordres parfaitement identiques à ceux qui succèdent à des maladies valvulaires d'ordre purement *mécanique*.

Dans une partie des cas, mais pas dans tous, comme nous le verrons au chapitre suivant, on relève des *altérations anatomiques* manifestes dans le *muscle cardiaque*. Le cœur est agrandi dans toutes ses dimensions, il est avant tout *dilaté* et le plus souvent *hypertrophié* dans ses parois (v. ci-dessous). Les *valvules* paraissent tout à fait *normales* dans les cas simples, non compliqués. Mais si l'on examine plus intimement le *muscle cardiaque*, on le trouve parsemé d'une multitude parfois très considérable de *taches calleuses*, irrégulièrement conformées et d'un *blanc luisant*. Ces taches vues au microscope sont constituées par du *tissu cellulaire* cicatriciel qui a pris la place de fibres musculaires disparues en totalité ou en majeure partie. Ces foyers

calleux siègent de préférence au *ventricule gauche*, surtout à la pointe et dans la paroi antérieure. Cependant ils peuvent aussi se montrer partout ailleurs. On les voit parfois reluire à la surface de l'endocarde ou du péricarde sous forme de places ternes et légèrement enfoncées. Les colonnes tendineuses peuvent également avoir subi à un haut degré la dégénérescence calleuse.

Les altérations du cœur que nous venons de décrire étaient considérées autrefois comme étant de nature *inflammatoire* et désignées pour ce motif du nom de *myocardite*. Mais elles dépendent pour la majeure partie, comme WEIGERT, ZIEGLER, HUBER et d'autres l'ont démontré, de *modifications des artères coronaires* et de leurs ramifications. En même temps qu'une artériosclérose générale plus ou moins prononcée (v. plus loin), on trouve ordinairement dans les cas les moins compliqués de cette soi-disant myocardite, une *dégénérescence athéromateuse* considérable des artères coronaires. Cette dégénérescence peut par ci par là donner lieu à une *oblitération thrombotique* complète d'une branche de l'artère coronaire, et conséquemment provoquer de véritables *infarctus cardiaques* en barrant le passage au sang. Ces infarctus, quand ils sont récents, présentent une coloration sanguine d'un brun jaunâtre manifeste. Les altérations histologiques intimes consistent en ce que les fibres musculaires perdent leurs noyaux et se désagrègent en un détritit grumeleux et caséeux. Le tissu cellulaire de nouvelle formation finit par constituer la vraie callosité cardiaque, qui doit par conséquent être envisagée comme la cicatrice de l'infarctus.

Dans beaucoup de cas de dégénérescence calleuse, on ne découvre pas d'occlusion thrombotique complète des rameaux artériels coronaires. Il ne s'agit alors que d'un *rétrécissement du canal artériel par un processus artérioscléreux* et conséquemment d'une *diminution* de l'afflux du sang artériel au muscle cardiaque. Partout où la diminution de l'apport sanguin a atteint un degré considérable, il en résulte une destruction *progressive* des fibres musculaires auxquelles du tissu cellulaire vient se substituer. Là où l'irrigation artérielle est encore suffisante, soit directement soit par voie collatérale, le tissu musculaire demeure intact. C'est ce qui explique comment on rencontre parfois de la sclérose des artères coronaires sans accompagnement de myocardite calleuse.

Si nous exceptons les cas de myocardite non compliquée dont nous avons parlé jusqu'ici, ces mêmes altérations calleuses du tissu cardiaque sont parfois *combinées avec des affections des valvules*. En ce cas, les callosités cardiaques doivent être attribuées à la coexistence d'une sclérose des artères coronaires, à moins qu'elles ne soient sous la dépendance immédiate du pro-