

certitude, que le muscle cardiaque est ou simplement hypertrophié ou parsemé de callosités myocarditiques. L'arythmie du pouls peut exister en l'absence de toute callosité du cœur et faire défaut, nonobstant la présence de callosités étendues. Assez souvent la nécropsie viendra confirmer la supposition qu'on avait émise d'une myocardite, en se basant sur les éléments étiologiques, sur l'état athéromateux des artères périphériques, sur l'existence de l'insuffisance cardiaque et sur certains symptômes caractéristiques (accès de sténocardie, mort subite). Mais tout aussi fréquemment, malgré la vaste expérience clinique et anatomo-pathologique qu'on possède, on est réduit à confesser des erreurs de diagnostic et la faute qu'on a commise en assimilant à la myocardite chronique l'hypertrophie commune du cœur.

**Traitement.** Les règles fondamentales du traitement des hypertrophies idiopathiques sont exactement semblables à celles qui s'appliquent aux lésions valvulaires et à la myocardite. Pour ce qui concerne les détails nous pouvons donc renvoyer aux deux chapitres qui précèdent ainsi qu'aux remarques relatives au traitement mécanique des troubles circulatoires qui figurent à la suite du prochain chapitre.

## CHAPITRE CINQUIÈME.

### CŒUR GRAISSEUX.

(Cor adiposum. Dégénérescence graisseuse du cœur.)

**Étiologie et anatomie pathologique.** Aujourd'hui encore on désigne souvent sous le nom de « cœur gras » deux états complètement différents, l'un qui est constitué par une *accumulation anormale de graisse autour du cœur*, l'autre par la *dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de la substance cardiaque*. Le premier état n'est le plus souvent qu'une partie intégrante de l'obésité générale poussée à un haut degré. On trouve parfois à l'autopsie de personnes très obèses le cœur entièrement enveloppé d'une épaisse couche de graisse. Ce dépôt de tissu graisseux a lieu principalement à l'extérieur du péricarde et au-dessous du feuillet viscéral de cette membrane. Il est particulièrement abondant le long des gros vaisseaux, ainsi que dans les sillons qui parcourent le cœur. Cependant, dans les cas les plus prononcés, la graisse imprègne également la substance musculuse. Quant au cœur lui-même, il est tantôt dans son état normal et tantôt il est simultanément atteint d'hypertrophie ou de dilatation. Parfois il y a en même temps de la sclérose des artères coronaires et des callosités myocarditiques.

Nous avons déjà fait mention de la *dégénérescence adipeuse du muscle cardiaque* comme étant souvent la conséquence des lésions valvulaires. La myocardite également et l'hypertrophie idiopathique du cœur, de même que l'hypertrophie consécutive à la néphrite chronique et à l'emphysème pulmonaire, se compliquent de transformation graisseuse. En outre, on la rencontre souvent associée à la dégénérescence graisseuse d'autres organes, dans les maladies infectieuses aiguës graves, dans l'empoisonnement phosphoré et dans toutes les anémies profondes, qu'elles soient primitives ou secondaires. Vues au microscope les fibres musculaires sont criblées de gouttelettes de graisse, parfois si nombreuses qu'elles cachent complètement les noyaux et la striation transversale des faisceaux. À côté des globules de graisse, on voit fréquemment des grains d'albumine (*trouble albumineux du muscle cardiaque*) qui disparaissent par l'addition d'acide acétique. Si l'adipose est très prononcée, on la reconnaît facilement à l'œil nu. Au-dessous de l'endocarde, surtout aux colonnes charnues et aux cordes tendineuses, on aperçoit de petits points et de fines stries jaunes très élégamment disposés. Quand la dégénérescence est encore plus avancée (dans l'intoxication phosphorée, l'anémie pernicieuse) le muscle cardiaque tout entier présente une teinte jaune manifeste et est de plus relâché et mou. Il est à présumer qu'une profonde dégénérescence graisseuse prédispose à la rupture du cœur.

Dans la transformation graisseuse du muscle cardiaque, la graisse résulte de la désagrégation de l'albumine dans les fibres musculuses elles-mêmes. Il est probable que la cause en réside toujours dans un apport insuffisant d'oxygène, lequel est dû à une influence générale (anémie, empoisonnement phosphoré) ou à un désordre local (trouble de la circulation dans l'épaisseur du cœur même, à la suite d'affections cardiaques). Pour plus de détails nous renvoyons au chapitre de l'anémie (v. Tome II).

**Symptômes cliniques.** La *dégénérescence graisseuse* du cœur ne s'affirme guère par des symptômes cliniques particuliers. On peut soupçonner son existence pendant la vie, en présence de ces différents états où l'expérience nous apprend qu'elle se rencontre quelquefois, mais cela ne suffit pas pour en porter le diagnostic. Il importe d'observer notamment que l'opinion communément admise, d'après laquelle la dégénérescence cardiaque serait la cause de l'affaiblissement général du cœur, n'est pas toujours exacte. C'est ainsi que dans l'anémie pernicieuse, malgré l'adipose cardiaque la plus avancée, le pouls conserve parfois jusqu'à la fin une vigueur relative et une régularité parfaite.

En ce qui concerne les symptômes cliniques de la *surcharge graisseuse du cœur*, nous ne pouvons rien avancer de bien certain. En tout cas, « la

graisse au cœur » joue de par le monde un rôle beaucoup plus grand qu'il ne lui convient en réalité. Quoi qu'il en soit, il est de fait que les gens obèses éprouvent très souvent une gêne du côté du centre circulatoire et de la respiration. L'examen du cœur, qui chez eux est d'ailleurs d'une difficulté réelle par l'épaisseur du pannicule adipeux, permet quelquefois de constater l'élargissement de la matité, la petitesse, parfois l'irrégularité du pouls, l'obscurcissement des tons cardiaques qui sont demeurés purs. Ces malaises peuvent s'aggraver d'une façon considérable, des accès d'angine de poitrine et d'asthme cardiaque se déclarent et la mort arrive par les progrès de la dyspnée et de l'hydropisie générale.

Si l'on a l'occasion de faire l'autopsie en ces circonstances, on ne découvre jamais l'altération anatomique univoque rendant compte des désordres cardiaques, mais des hypertrophies idiopathiques (v. le chap. précédent) ou des lésions dites myocarditiques, avec sclérose des artères coronaires, etc. Il va sans dire qu'autour du cœur même on trouve très souvent une forte accumulation de graisse. Cependant on peut se demander si cette graisse, comme telle, peut réellement entraver le fonctionnement de l'organe. Il est de fait que nous avons souvent vu de ces cœurs fortement gras qui n'avaient pendant la vie donné lieu à aucun symptôme cardiaque particulier. Il faudrait plutôt songer à l'influence nocive résultant de l'imprégnation grasseuse du muscle cardiaque. Seulement dans ces conditions, il s'agit le plus souvent d'un état atrophique simultané de ce muscle même.

Il résulte de là que la désignation « cœur gras » ne correspond nullement à un concept *clinique* univoque. Mieux vaudrait peut-être employer le terme de « cœur des personnes grasses » qui comprendrait tous les nombreux malaises auxquels le cœur des gens obèses est exposé.

**Traitement.** La gêne respiratoire chez les personnes obèses ne dépend pas toujours de la faiblesse du cœur, mais tient aussi à l'obésité proprement dite. La masse épaisse du corps et la difficulté que les muscles respiratoires éprouvent à fonctionner, sont des éléments dont il faut tenir grandement compte. Par conséquent le traitement de la dyspnée doit s'adresser à l'obésité elle-même ; de cette façon on réussit à donner plus d'aisance au jeu du cœur. Nous traiterons dans le chapitre consacré à l'obésité en général, des *cures diététiques* à suivre en ces cas.

Pour ce qui concerne le traitement des *symptômes cardiaques* en particulier, il ne s'écarte pas des règles et des indications applicables aux autres affections du cœur.

## APPENDICE.

## Remarques sur le traitement dit mécanique des troubles de la circulation.

Dans ces derniers temps, surtout depuis les travaux d'OERTEL, on a tellement traité et discuté la question du traitement mécanique des troubles circulatoires qui accompagnent les *lésions cardiaques*, l'obésité et les *altérations du réseau pulmonaire* (emphysème, cyphoscoliose, etc.), qu'il nous semble nécessaire, afin de guider le lecteur, d'exposer succinctement les principales considérations que cette matière comporte.

Il est indéniable que dans tous les états pathologiques susdits, le désordre de la circulation du sang est une des causes principales des phénomènes morbides. Il suit de là qu'on voit constamment les symptômes dépendant de la stase veineuse se reproduire à peu près de la même manière dans toute cette catégorie d'affections (v. la description de ces symptômes p. 438). Or, attendu que ce désordre de la circulation peut en définitive être attribué à des causes mécaniques — principalement à la réduction de la différence qui existe entre la tension artérielle et la tension veineuse et au ralentissement de la vitesse du sang ainsi qu'à la distribution anormale de la masse sanguine qui en sont les conséquences — il est parfaitement légitime de chercher à rétablir la circulation par des moyens d'ordre mécanique, si tant est que cette tentative est réalisable. Ces considérations se résument dans les points suivants :

1. *Réduire le poids du corps surchargé de graisse.* Nous étudierons dans le 2<sup>e</sup> volume l'influence nuisible qu'exerce l'obésité sur la circulation. Toutes les mesures donc qui ont pour effet de conduire à l'amaigrissement et que nous décrirons en détail dans la suite, peuvent, en des circonstances appropriées, être d'une grande utilité dans le traitement des désordres circulatoires.
2. *Diminuer la masse des liquides de l'économie (déshydratation).* C'est là le point auquel OERTEL attache le plus d'importance. Il prétend qu'en soustrayant du liquide à l'économie, on diminue la masse du sang, que de cette manière le cœur fonctionne avec plus d'aisance et que par suite la circulation rentre dans ses conditions normales. C'est sur cette vue de l'esprit qu'on se base pour interdire les boissons prises trop largement et restreindre tous les aliments fluides, etc. (soupe). Avouons cependant que ce point de doctrine est très difficile à apprécier et soulève des doutes. Il est acquis par de nombreuses expériences physiologiques que l'organisme est enchaîné par une loi fixe à une proportion déterminée de sang, et que par une multitude de moyens dont il dispose (sécrétion et diffusion des

liquides du corps) il est en son pouvoir d'équilibrer promptement les fluctuations qui résultent des quantités variables d'eau absorbée. Il n'est d'ailleurs pas démontré que la masse totale du sang est accrue chez les malades atteints de troubles circulatoires, et quand il y a un véritable excédent de liquide dans le corps (comme c'est certainement le cas dans l'hydropisie commençante), ce liquide ne s'accumule pas dans les vaisseaux, mais dans les mailles du tissu interstitiel, peut-être même dans les *cellules* proprement dites du *parenchyme*. Quant à la masse totale d'eau que renferme le corps, elle est sujette à de grandes oscillations. Mais la suractivité du cœur n'est pourtant mise en jeu que lorsque de grandes masses de liquide sont introduites dans le sang en un temps relativement court, de manière à produire une pléthore hydrémique réelle, quoique de très courte durée. Si ce fait se renouvelle fréquemment, il devient certainement l'origine d'un embarras permanent de la circulation. Cependant cette circonstance n'entre positivement en ligne de compte que chez les grands buveurs de bière et on comprend aisément que chez cette catégorie de malades la défense de boire a une valeur considérable, puisqu'on les prive ainsi non seulement d'eau, mais qu'on les soustrait par là même à l'influence malsaine des excès en bière, en vin, etc. L'interdiction de boire a une valeur pratique d'autant plus considérable que les malades qui n'osent pas boire en mangeant, mangent moins de cette façon, et puis que, n'osant boire qu'après avoir mangé, ils boivent de nouveau moins à raison de cela ! Le caractère pour ainsi dire psychologique de la fameuse prescription de la déshydratation, ne saurait donc être mis en doute, et c'est en cela, qu'à notre avis, consiste son principal mérite. Chez les cardiaques maigres qui se tiennent dans les bornes de la modération, l'ingestion de liquides ne réclame pas spécialement l'attention du médecin.

3. *Renforcer le muscle cardiaque et favoriser l'hypertrophie compensatrice qui tend à s'établir.* Il est certain que l'accomplissement de ce desideratum réaliserait un grand bénéfice, et c'est pour cela qu'ORTEL attache tant de prix à ce que par des exercices corporels appropriés et particulièrement par l'*ascension méthodique des hauteurs*, le muscle cardiaque soit sollicité à se contracter plus énergiquement et de cette façon la formation de l'hypertrophie cardiaque activée autant que possible. Cette idée est parfaitement justifiée et rationnelle quand il s'agit d'un *simple affaiblissement du cœur* (chez les anémiques, les convalescents de maladies graves, parfois aussi dans certains états congénitaux), et peut-être encore de quelques *affections* purement parenchymateuses du cœur. Mais dès qu'on

l'applique aux troubles circulatoires qui supposent de véritables obstacles mécaniques au cours du sang (affections valvulaires, etc.) les choses ne sont plus tout à fait les mêmes. On pourrait croire, il est vrai, que dans cette occurrence, en imprimant une plus forte impulsion au cœur, l'obstacle serait plus aisément surmonté. Mais une objection qui nous semble avoir plus de poids, c'est que les théories qui prévalent au sujet du travail et du développement des *muscles volontaires*, ne peuvent pas s'adapter sans restriction au *muscle cardiaque*. L'activité fonctionnelle du cœur est réglée de la manière la plus délicate par des dispositions « réflexes » particulières, soustraites à notre volonté. Nous savons qu'à tout appel extraordinaire adressé à l'activité du cœur, répond la plupart du temps et sans tarder, une énergie plus vigoureuse de l'organe. En certaines circonstances même les hypertrophies cardiaques les plus considérables se produisent chez des malades qui restent constamment couchés. Nous devons donc nous demander si, dans les cas prérappelés, le surcroît de besogne imposé au cœur est réellement opportun, ou si, au contraire, il n'a pas parfois pour effet d'amener une fatigue prématurée du muscle. Quoi qu'il en soit, nous croyons, et cela d'après des expériences pratiques, qu'en prescrivant une augmentation de travail corporel (promenade sur des terrains en pente) on devra toujours procéder avec beaucoup de prudence et en tenant compte des conditions individuelles, si l'on veut s'épargner des désagréments. Nous estimons également qu'une certaine dose d'exercices corporels peut très bien convenir à des malades porteurs de lésions valvulaires ou autres semblables, moins à raison du renforcement du muscle cardiaque qui en résulte, qu'à cause de l'accélération notoire imprimée au courant veineux par les mouvements des membres et la plus grande amplitude des inspirations. (V. t. II). Cependant ce n'est que vis-à-vis des troubles circulatoires occasionnés par l'*obésité* ainsi que des états d'affaiblissement non compliqués et des dilatations légères du cœur, que les cures de terrain ont une utilité réellement grande et que rien ne remplace.

4. *Activer la circulation par le massage, les mouvements passifs et la gymnastique méthodique.* Il est incontestable que par tous ces moyens on parvient à activer la circulation, surtout celle du réseau veineux. Sans vouloir exagérer l'influence qu'exercent ces méthodes curatives sur le traitement des affections cardiaques, on peut cependant prétendre qu'elles viennent fréquemment et grandement en aide aux désordres circulatoires. Quant à l'application détaillée de ces modes de traitement, nous devons renvoyer aux traités spéciaux relatifs à ces matières.