

D'abord période latente : quelques douleurs précordiales, troubles respiratoires légers.

Puis période d'état : cœur gros, arythmie avec salves de battements précipités, absence de souffle, tendance aux bronchites et aux congestions pulmonaires.

3°. Le cœur sénile correspond à des *altérations complexes*. La sclérose du myocarde se rencontre presque toujours associée à l'athérome artériel et à celui des coronaires, ainsi qu'avec des lésions d'endocardite chronique. On trouve aussi de l'atrophie simple du muscle, par *déchéance sénile progressive*.

Traitement.

a. *Prophylaxie* : Eloigner d'abord toutes les causes toxiques ou infectieuses qui favorisent le développement de la sclérose du myocarde.

Défendus : tabac, alcool, repas copieux.

Alimentation carnée riche en toxines (charcuterie, gibiers), etc.

Recommandés : régime lacté absolu par périodes successives; ensuite, laitages, légumes verts, œufs, fruits.

Antisepsie gastro-intestinale : bicarbonate de soude, sous-nitrate de bismuth, naphтол, salol, etc.

Vie calme, régulière, éviter les efforts musculaires, fatigues, émotions.

Éviter le froid humide à cause de la gravité des complications broncho-pulmonaires.

b. *Agents médicamenteux* :

Surtout la *médication iodurée* :

Durant de longues années et par périodes successives, suivies de rémissions.

L'érythisme cardiaque passager sera combattu par les *valérianiques* et les *bromures*, etc.

A la *période avancée* de la maladie, les signes de dilatation et d'asthénie cardiaques seront combattus par les *toniques cardio-vasculaires*; mais si la *digitaline* agit avec une puissance et une régularité parfaites dans les états asystoliques lorsque le muscle cardiaque est peu altéré, elle *échoue souvent dans les scléroses du myocarde*; on pourra recourir alors, pour un temps, à la *spartéine*, à l'*iodure de caséine*, à la *caséine*; mais bientôt, toute médication deviendra impuissante.

La *nature* de la maladie (goutte, diabète, arthritisme) réclamera une médication variable en rapport avec chacune de ces dyscrasies.

Nous ne pouvons quitter les maladies du myocarde sans signaler au moins un état pathologique encore discuté : l'*insuffisance du myocarde*, étudiée récemment par Schrötter et par Martins (*Congrès de Carlsbad 1899*). D'après le premier de ces auteurs, chaque cœur possède une certaine force d'énergie, variable suivant chaque individu, qui peut devenir insuffisante dès que le travail imposé dépasse une certaine limite. Cette *insuffisance purement fonctionnelle* peut être *congénitale*, *familiale* même, ou produite par une *influence nerveuse*, des *émotions vives*, des *fatigues exagérées*. De plus, certaines altérations (sclérose des coronaires, myocardites infectieuses) conduisent à l'insuffisance cardiaque. Les symptômes de celle-ci se confondent en partie avec ceux de la dilatation du cœur et ceux de l'asystolie.

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE

Historique. — La transformation graisseuse du cœur est un fait très anciennement connu : Kercking, Bonet (1700), Boërhaave et Lancisi l'avaient observée, et remarquèrent en même temps qu'elle exposait à la mort subite. De Sénac¹ a donné une bonne description du *cœur gras* chez lequel la graisse « s'entasse sur les ventricules et les oreillettes... et remplit quelquefois toute la cavité du péricarde... »; sa description est suivie de la relation d'un cas de mort subite chez une femme, atteinte depuis longtemps d'étouffements, et chez laquelle « la graisse amoncelée... sur le cœur y étouffa le principe du mouvement. » Parmi les contemporains, quatre auteurs ont contribué à éclairer l'histoire de l'altération graisseuse du cœur; ce sont surtout Corvisart (1811) et Laënnec en France, Ormerod² et Richard Quain³ en Angleterre. Après eux, il faudrait citer la plupart de nos classiques : Andral, Gissolle, Jaccoud, G. Sée et Lancereaux, et à l'étranger les noms de Stokes, Friedreich, Leyden, Kopf, Balfour, Kisch, etc.; des travaux plus récents sont dus à Renaut et Mollard et à Bureau (1898).

Division. — Depuis les recherches de Corvisart et de Laënnec, on distingue deux formes d'altération graisseuse du cœur :

1° La *surcharge graisseuse* (cœur obèse, adipeuse, lipomatose, polysarcie du cœur, etc.), « dans laquelle le cœur, chez des gens très gras et même chez des personnes douées d'un embonpoint modéré, se trouve opprimé et comme étouffé par l'énorme quantité de graisse dont il est enveloppé de toutes parts et particulièrement vers la base. »

2° La *dégénérescence graisseuse*, caractérisée par l'infiltration graisseuse de la fibre musculaire elle-même. Ces deux formes doivent être étudiées séparément; à côté d'elles existent des *formes mixtes* où les deux altérations s'observent concurremment à des degrés divers; Stokes pensait même que la dégénérescence graisseuse peut être le point de départ de l'adipose du cœur. Enfin Leyden⁴ a décrit une variété mixte intéressante, associée à l'artériosclérose.

1. De Sénac, *Trait. de la struct. du cœur, de son act. et de ses malad.*, t. II, 1783.

2. Ormerod, *London Med. Gaz.*, t. IX, 1849.

3. R. Quain, *On fatty dis. of the heart*, *Med. chirur. Transact.*, Londres 1850, t. XII.

4. Leydn, *Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1882.