

cutifs aux troubles gastro-hépatiques a été signalée et décrite par Potain (1) et Barié. Certains sujets, à vive impressionnabilité nerveuse, le plus souvent des femmes, sont pris, à l'occasion de dyspepsie simple, d'ictère ou de cholélithiase, de phénomènes dyspnéiques plus ou moins intenses, avec dilatation du cœur droit pouvant entraîner à sa suite une insuffisance tricuspide secondaire. On constate à ce moment un bruit de galop droit, une accentuation manifeste du deuxième bruit pulmonaire, un pouls petit et mou, de la cyanose avec refroidissement des extrémités et mydriase, quelquefois de petites hémoptysies. Ces accidents sont dus à une action réflexe partie des voies digestives et aboutissant au poumon par le grand sympathique (F. Franck) pour amener la contraction spasmodique de ses capillaires sanguins. L'hypertension qui en résulte dans la petite circulation amène la dilatation du ventricule droit et peut à la longue produire son hypertrophie.

On peut encore considérer comme dilatation cardiaque par obstacle, celle qui résulte de la symphyse tuberculeuse du péricarde, la symphyse rhumatismale étant presque toujours associée à une dilatation hypertrophique. Il s'agit dans ce cas de dilatation totale.

La dilatation cardiaque est en somme une lésion secondaire et le plus souvent surajoutée à une affection du cœur, des vaisseaux, du poumon ou du rein. Sa symptomatologie se confond donc avec celle des maladies qui la déterminent. La dilatation aiguë par surmenage et la dilatation du cœur droit dans les affections gastro-hépatiques ont seules une histoire clinique indépendante; encore appartient-elle pour une bonne part à l'asystolie.

COEUR GRAS PAR SURCHARGE ADIPEUSE

On réserve le nom de *cœur gras* au développement exubérant du tissu cellulo-adipeux sous-péricardique, sous-endocardique et interstitiel du myocarde, d'où résultent la dissociation et la dystrophie de ses fibres, et la faiblesse cardiaque. Cette surcharge adipeuse peut être la simple conséquence de l'obésité, ou coïncider avec l'athérome des coronaires, la cardiosclérose, l'endopéricardite chronique, que le malade soit ou non atteint de polysarcie.

Laënnec avait distingué la surcharge et la dégénérescence graisseuse du cœur, celle-ci caractérisée par une infiltration de la fibre musculaire cardiaque. Stokes confondit ces deux altérations sous le nom de « dégénérescence graisseuse du cœur », lui attribuant des symptômes et des accidents qui dépendent bien plus des lésions concomitantes, en particulier de la sclérose du myocarde. La dégénérescence graisseuse proprement dite de la fibre cardiaque est

(1) POTAIN, Des accidents cardiaques liés aux troubles gastro-hépatiques. *Clinique de la Charité* (p. 205).

actuellement considérée comme une lésion rare n'ayant rien à voir avec le cœur gras : on l'observe dans l'infarctus cardiaque, dans certaines myocardites infectieuses ou surtout dans les intoxications suraiguës (phosphorisme, arsenicisme, puerpérisme, ictère grave) [Letulle] (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La surcharge graisseuse du cœur n'est que l'exagération parfois portée à un degré excessif de la structure normale (Letulle). Le cœur de l'adulte présente normalement au niveau de son bord droit et des sillons interventriculaires

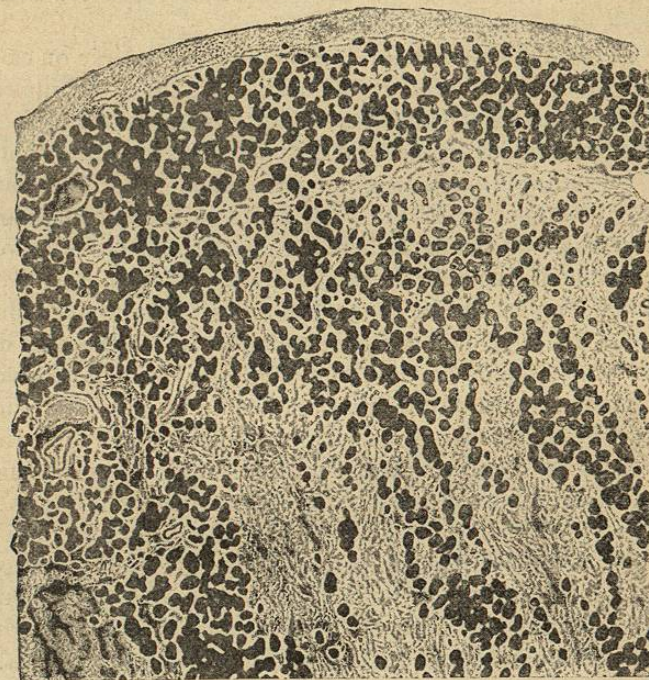


Fig. 17. — Adipose sous-péricardique et interstitielle dans le cœur gras (d'après J. Hallé in thèse de G. Bureau).

et inter-auriculo-ventriculaires, une couche cellulo-adipeuse sous-épicaudique dont l'épaisseur ne dépasse guère 5 millimètres. Chez les obèses et chez les malades atteints de myocardite chronique avec athérome des coronaires, cette épaisseur peut atteindre 1 centimètre et plus : la graisse envahit une grande partie et parfois la totalité de la surface du cœur, au point de le recouvrir complètement. L'invasion du cœur par le tissu adipeux se fait d'après un ordre préétabli : cœur droit, sillons, origine des gros vaisseaux, face postérieure des ventricules, base des oreillettes, pointe et totalité du cœur gauche (Letulle);

(1) LETULLE, Anatomie pathologique du cœur, page 56.

elle est toujours beaucoup plus accusée au niveau du bord et de la pointe du ventricule droit. Indépendamment de l'adipose sous-épicaudique, on constate l'infiltration de la graisse sous forme de stries jaunâtres dans l'épaisseur du myocarde, et de larges placards de même couleur à la face profonde de l'endocarde. A ce degré, l'infiltration est poussée à de telles limites que la paroi ventriculaire semble transformée en une cloison graisseuse; les piliers et colonnes charnues du ventricule droit sont eux-mêmes envahis. Le médiastin antérieur est simultanément surchargé de graisse chez les polysarciques, et l'on trouve une grande quantité de tissu cellulo-adipeux au-devant du péricarde et des plèvres.

La surcharge graisseuse du cœur peut être modérée ou excessive. Dans le premier cas, elle reste localisée au tissu cellulaire sous-péricardique et aux grandes travées du myocarde. Dans le second cas, elle envahit les espaces périfasciculaires et interfasciculaires (fig. 17) et ne tarde pas à troubler profondément le fonctionnement et la nutrition du cœur. Elle dissocie et comprime mécaniquement les fibres musculaires, amenant ainsi leur atrophie; de plus elle confisque à leur détriment une série de capillaires sanguins et gêne la circulation de la lymphe par la compression des vaisseaux lymphatiques (J. Renaut, Letulle), d'où une accumulation de lymphocytes dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif du cœur (G. Bureau). La conséquence de cette dystrophie est l'asthénie et la dilatation cardiaque, surtout à redouter quand, sous l'influence d'une infection accidentelle ou d'une toxémie, les fibres cardiaques deviennent le siège, même à un degré modéré, de lésions dégénératives et inflammatoires. G. Bureau (1) a constaté leur altération granulo-pigmentaire, leur atrophie hyperplasmique et la dissociation segmentaire chez deux malades de mon service, mortes subitement de cœur gras.

Comme lésions associées, on peut trouver la symphyse du péricarde et l'atrophie du myocarde, ou bien et plus souvent l'athérome des coronaires, avec ses conséquences possibles: l'infarctus et la rupture du cœur, les anévrysmes partiels et la sclérose du myocarde.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'adipose cardiaque peut être observée dans quatre catégories de cas: 1° chez des obèses indemnes de toute autre lésion du cœur; 2° chez des cardiopathes non obèses; 3° chez des cardiopathes obèses; 4° dans certaines affections cachectisantes, phthisie, cancer.

L'obésité est une cause commune mais non fatale d'adipose cardiaque. Sur quatorze femmes atteintes d'embonpoint, Bizot n'a trouvé que neuf fois la surcharge graisseuse du cœur. A l'autopsie faite par Barié d'un saturnin obèse, le cœur était à peine recouvert

(1) G. BUREAU, La mort subite dans le cœur gras. Thèse de doctorat, Paris, 1898.

de graisse. La polysarcie cardiaque existe, quoique rarement, dans l'enfance et chez les jeunes sujets: elle peut déterminer chez l'enfant de la dyspnée, des palpitations et l'expose à la mort subite (Etmüller, P. Brouardel) sous l'influence d'une syncope accidentelle. Son maximum de fréquence s'observe dans la deuxième moitié de la vie, c'est-à-dire après cinquante ans. S'il faut s'en rapporter aux statistiques contradictoires de Quain, de Bizot, d'Ormerod, elle est également commune dans les deux sexes. Facilement provoquée chez l'homme par l'abus des boissons alcooliques et de la bonne chère, elle se développe chez la femme sous l'influence des grossesses répétées, de la ménopause, de la vie sédentaire. L'origine de l'adipose cardiaque se confond d'ailleurs avec celle de la polysarcie en général: on l'observe dans l'obésité héréditaire avec les diverses manifestations de la goutte et de l'arthritisme, plus particulièrement le diabète gras, tous états relevant d'un ralentissement de la nutrition et de combustions insuffisantes.

L'athérome des coronaires est considéré, depuis Quain, comme une coïncidence commune, sinon comme une cause d'adipose cardiaque, même chez des sujets profondément amaigris; la surcharge graisseuse est alors associée à la sclérose et parfois aux infarctus du myocarde. Peut-être le tissu adipeux se forme-t-il secondairement à l'atrophie ischémique des fibres musculaires pour jouer un rôle de remplissage (J. Renaut et Mollard): c'est le mécanisme qui préside à la substitution de la graisse aux viscères atrophiés, au rein par exemple. On observe d'ailleurs cette *surcharge graisseuse par substitution* dans d'autres cardiopathies chroniques également compliquées d'atrophie du myocarde, en particulier dans la symphyse du myocarde (Stokes), et au niveau de plaques épaisses et anciennes de péricardite chronique; l'atrophie des parois cardiaques et l'adipose sous-jacente paraissent être dans ce cas la conséquence d'une gêne de la circulation lymphatique. La surcharge graisseuse associée à la coronarite et à la sclérose du myocarde peut coïncider avec l'obésité générale, reconnaissant alors un mécanisme complexe. C'est cette association que Leyden a décrite sous le nom de *forme grave du cœur adipeux avec dégénérescence du myocarde et artériosclérose*; il y a alors *surcharge graisseuse par addition*.

La pathogénie de l'adipose cardiaque des cachectiques qui contraste avec leur amaigrissement général est difficilement explicable. Il est intéressant de rappeler que les saignées répétées peuvent produire expérimentalement l'engraissement de certains animaux, et l'on a constaté quelquefois la surcharge graisseuse du cœur dans la chlorose ou dans les anémies par hémorragies abondantes.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'adipose du cœur des cardiaques et des artérioscléreux amaigris étant secondaire et n'ayant peut-être

qu'un rôle de remplissage, sa symptomatologie est peu définie et difficile à séparer de celle des cardiopathies qu'elle accompagne. Chez les obèses, qu'elle coïncide ou non avec l'athérome des coronaires et la sclérose du myocarde, la surcharge graisseuse du cœur se manifeste par des troubles fonctionnels plus ou moins accusés. Il faut distinguer plusieurs cas.

A. C'est d'abord la forme bénigne, simple surcharge adipeuse due à la polysarcie sans lésion du myocarde et des artères coronaires. Elle est caractérisée par de la dyspnée d'effort facilement accompagnée de sibilance trachéo-bronchique, par la tendance aux bronchites d'ailleurs favorisées par la coexistence habituelle de l'emphysème pulmonaire. La matité cardiaque est augmentée, surtout vers la région sternale normalement sonore; l'adipose du médiastin contribue d'ailleurs à modifier les limites de la matité, de même qu'à diminuer le choc précordial et à assourdir les bruits du cœur. Les battements cardiaques sont réguliers comme rythme et comme nombre; parfois cependant on constate des intermittences et une tendance à l'arythmie. Kisch l'a notée 8 fois sur 100.

Ces divers phénomènes peuvent disparaître complètement et définitivement sous l'influence de la cure d'amaigrissement et d'entraînement, ce qui tend à démontrer le rôle de la surcharge graisseuse et l'intégrité du myocarde. Mais il importe de ne pas oublier qu'on n'observe qu'exceptionnellement ces troubles fonctionnels chez les obèses jeunes, soit que l'adipose respecte le cœur, soit que l'emphysème et les bronchites antérieures les accentuent chez les obèses plus âgés.

B. La surcharge graisseuse peut être compliquée d'asthénie cardiaque commençante (J. Renaut et Mollard) et habituelle. L'adipose est alors trop développée pour ne pas étouffer et dissocier un nombre plus ou moins considérable de fibres myocardiques; et il est vraisemblable, comme le pense Kisch, qu'il existe simultanément un certain degré d'artériosclérose. Il en résulte une dilatation cardiaque légère mais permanente. La dyspnée d'effort en est encore le premier signe; mais c'est une dyspnée de tous les instants, se produisant même sous l'influence de la marche lente en terrain plat. Elle est exagérée par un état habituel de congestion œdémateuse des bases pulmonaires que révèlent les râles sous-crépitaux fins et mobiles des régions axillaires et postéro-inférieures du thorax. La dyspnée constitue pour les malades une véritable infirmité qu'augmente progressivement la vie sédentaire à laquelle ils sont condamnés. Elle est encore sujette à des recrudescences dues à des poussées de bronchite catarrhale à début pseudo-asthmatique, avec toux quinteuse et spasmodique. En l'absence même de bronchite, le décubitus prolongé de la nuit détermine des accès de toux dus à la stase pulmonaire et à l'accumulation des sécrétions bronchiques. La

circulation générale est elle-même imparfaite, ainsi qu'en témoignent le refroidissement des extrémités, la cyanose facile des lèvres et des oreilles, une légère albuminurie intermittente, enfin l'enflure des pieds à la fin de la journée. Les malades ont de la difficulté à se chauffer, et le soir, en se déshabillant, ils trouvent au-dessus de leurs chaussures un léger sillon circulaire qui disparaît par le repos au lit. L'augmentation de la matité précordiale, la faiblesse du choc et des bruits ne sont pas les seuls signes physiques de cette deuxième forme; l'asthénie et la dilatation cardiaque se révèlent assez souvent par un souffle systolique de la pointe ou la tendance au bruit de galop. Le pouls est faible, souvent irrégulier.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il n'est pas rare que les malades ainsi atteints présentent une survie longue, à condition d'éviter les fatigues et les maladies accidentelles qui peuvent aggraver la faiblesse cardiaque.

C. Tout autre est l'évolution de la forme grave du cœur gras, résultant de l'association manifeste de l'athérome des coronaires et de la dégénérescence du myocarde. Les crises répétées d'angine de poitrine avec ou sans œdème pulmonaire, la constriction rétro-sternale au moindre effort, les attaques de pseudo-asthme cardiaque, ne sauraient laisser aucun doute sur la complexité des lésions cardiaques. La mort subite par syncope ou par rupture du cœur en est souvent la conséquence. Le malade peut encore finir par l'asystolie ou par l'urémie, quand il n'est pas enlevé par une hémorragie cérébrale, ou par quelque affection intercurrente.

D. La mort subite peut survenir dans le cœur gras, en l'absence même de lésion des coronaires. G. Bureau en a réuni plusieurs exemples, distinguant les cas où elle se produit chez des obèses jeunes et de santé régulière et ceux où elle termine brusquement une maladie accidentelle ou une cachexie. P. Brouardel a rapporté l'histoire de deux élèves de l'École Sainte-Barbe morts subitement au bain froid et chez lesquels le cœur était tellement chargé de graisse qu'il était impossible de voir la fibre musculaire. Etmüller avait déjà signalé la possibilité de la mort subite chez des enfants polysarciques; mais c'est un dénouement heureusement exceptionnel. Il est moins rare chez les convalescents et les cachectiques. Un phthisique atteint de cœur gras, observé par Servier, mourut subitement à l'occasion de la ponction d'un abcès. G. Bureau a recueilli dans mon service les observations de deux polysarciques mortes subitement, l'une pendant la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu avec légère endo-péricardite, l'autre dans le cours d'un cancer de l'estomac: une surcharge graisseuse du cœur, sans lésion des coronaires, mais avec lésions dégénératives et inflammatoires de la fibre cardiaque et stase lymphatique du myocarde, avait été la cause de leur mort. Toutes les circonstances susceptibles de provo-

quer un état syncopal, douleur, action brusque du froid, anémie cérébrale des convalescents et des cachectiques sous l'influence du passage de la position horizontale à la position assise, peuvent déterminer l'arrêt définitif du cœur quand il est préalablement affaibli. Or, le cœur gras, au même titre que celui atteint de myocardite dégénérative, est un cœur faible.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — La dyspnée d'effort chez un obèse doit faire penser à la surcharge adipeuse du cœur, et ce diagnostic est confirmé par l'augmentation de la matité précordiale et l'affaiblissement des bruits du cœur. Mais il est indispensable, au point de vue du pronostic et du traitement, d'établir le degré ou, pour mieux dire, la forme de cette adipose. Y a-t-il simultanément asthénie cardiaque, ou dégénérescence du myocarde ? Il sera aisé de s'en rendre compte par la recherche des signes propres à ces complications, et décrits ci-dessus.

Le pronostic, habituellement bénin dans la surcharge graisseuse pure, est sérieux quand il y a association d'asthénie cardiaque, très grave quand il existe des signes d'athérome des coronaires et de myocardite scléreuse, angine de poitrine, crises d'œdème pulmonaire, pseudo-asthme. La surcharge graisseuse avec simple asthénie cardiaque est compatible avec une existence longue ; mais il faut compter avec les affections aiguës intercurrentes qui trouvent le malade sans résistance, avec le diabète si commun et parfois si insidieux chez les obèses, enfin avec les progrès de l'artériosclérose favorisés par l'âge, l'arthritisme et la goutte. La troisième forme, forme grave de Leyden, est une menace de mort prochaine, et souvent de mort subite, mais il ne faudrait pas faire de ce pronostic général une formule absolue. L'athérome des coronaires, comme toutes les artérites chroniques, procède par poussées séparées quelquefois par de longs intervalles. Les lésions myocardiques déterminées par une première atteinte peuvent être assez limitées pour ne pas entraver d'une manière définitive le fonctionnement cardiaque, et subir une réparation relative : ce qui fait qu'après avoir éprouvé une série de crises d'angine de poitrine avec ou sans œdème, ou quelque autre trouble fonctionnel d'égale gravité, un malade obèse peut retrouver les apparences de la santé, et redevenir justiciable du traitement qui convient aux formes moins graves du cœur gras.

TRAITEMENT. — Il doit répondre à une double indication : diminuer la surcharge graisseuse du cœur et relever son énergie. Le régime alimentaire et l'exercice musculaire en sont les principaux agents. Le régime alimentaire sera celui des obèses, consistant dans la diminution de la ration normale d'entretien. Toutefois, cette réduction ne portera pas sur les aliments azotés, afin de ne pas com-

promettre la nutrition et l'intégrité du myocarde. Par contre, on supprimera les graisses, les féculents, le sucre et les boissons alcoolisées, vin, bière, cidre, liqueurs. Oertel recommande plus spécialement la réduction des liquides, même de l'eau. Leur privation aux repas peut en effet favoriser l'amaigrissement, d'autant plus qu'elle détermine une rapide satiété utile à produire chez les gros mangeurs. Mais il paraît démontré que les boissons abondantes sont nécessaires à certains obèses, et le régime de l'eau, avec la suppression des hydrates de carbone, suffit habituellement pour obtenir leur dégraissage.

L'exercice musculaire y contribue pour sa part, en favorisant la combustion des graisses et la transpiration. Il est surtout utile pour relever l'énergie du myocarde. Moins étouffées par le tissu adipeux, les fibres cardiaques peuvent récupérer une certaine vitalité et obéir à la loi commune des muscles qui se fortifient en raison directe du travail qu'ils opèrent. Pour obtenir ce résultat, Oertel a institué une « cure de terrain » qui jouit d'une grande vogue en Allemagne et en Autriche, et qui se fait méthodiquement à Bade, Reichenhall, Ischl, Méran, etc. Elle consiste dans des ascensions graduées en pente douce, faites par étapes, avec repos sur des bancs espacés régulièrement, obligeant le malade à faire 3 ou 4 000 pas deux fois par jour. La cure d'Oertel comprend encore la diminution des boissons et la sudation par les bains de vapeur, les étuves, etc.

La cure de terrain a ce grand avantage de soumettre les malades en traitement à une sorte de discipline régulière et suggestive. Mais elle peut être faite partout. La marche régulière et méthodique au grand air faite à doses croissantes, sans aller jusqu'à la dyspnée, est le complément indispensable du traitement diététique du cœur gras. La gymnastique suédoise, consistant en mouvements combinés ou alternatifs de résistance ou d'opposition (Bum), des séances quotidiennes de vingt à trente minutes d'exercices musculaires réglés, comprenant la flexion, l'extension, l'adduction, l'abduction successives des membres, puis la rotation et la flexion du tronc en veillant à ce que les mêmes mouvements ne se produisent pas deux fois de suite (A. et Th. Schott), le sport cyclique (Richardson), enfin le massage des membres et de l'abdomen (Cautru), avec frictions et légers tapotements de la région précordiale [Lorand (de Carlsbad)], ont été conseillés au même titre que la marche et la cure de terrain.

Reste le traitement médicamenteux. G. Sée a vanté l'efficacité des iodures qui conviennent surtout aux obèses artérioscléreux. Les obèses arthritiques et diabétiques se trouvent bien de l'usage des alcalins. Enfin les eaux purgatives sont indiquées, quoique avec modération, chez les cardiaques obèses avec gros foie et pléthore abdominale.

Le traitement général du cœur gras, tel qu'il vient d'être exposé,

ne convient pas uniformément à tous les cas, et l'on ne saurait mieux faire que de se conformer aux règles et aux catégories établies par J. Renaut et Mollard (1).

1° Les prescriptions diététiques et l'exercice musculaire gradué (cure de terrain, marche, gymnastique suédoise, etc.) trouvent leur indication formelle et la plus parfaite chez les obèses atteints de surcharge grasseuse du cœur avec intégrité du myocarde. C'est à ces malades que l'on peut à la rigueur permettre la bicyclette, bien qu'avec une extrême modération.

2° La surcharge grasseuse avec asthénie cardiaque commençante et habituelle, œdème des bases pulmonaires, dyspnée au moindre effort, demande plus de ménagements. Il faut d'abord favoriser le dégraissage par le régime et l'iodure de potassium à la dose de 0,25 à 0,50 par jour, en même temps qu'on restitue au cœur une certaine force contractile par le repos et par les toniques cardiaques. On ne conseillera les premiers essais d'exercice musculaire progressif qu'après atténuation notable de la dyspnée, en commençant par le massage, puis la gymnastique suédoise, pour n'arriver qu'ultérieurement à la marche graduée et seulement en terrain plat. On interrompra ces diverses pratiques du traitement mécanique, si elles déterminent de la dyspnée.

3° Le traitement de la surcharge grasseuse avec athérome des coronaires et dégénérescence de la fibre cardiaque est celui du cœur faible et de l'asystolie. L'exercice musculaire est ici formellement contre-indiqué, en raison des menaces de mort subite, et le régime alimentaire lui-même doit se baser uniquement sur les résultats de l'analyse des urines. Le cœur affaibli a besoin d'un régime substantiel (Leyden), et l'amaigrissement trop rapide peut favoriser la mort subite.

TUMEURS DU CŒUR

Gommes syphilitiques. — Syphilis du cœur — De tous les viscères, le cœur est un des plus rarement touchés par la syphilis. Ch. Mauriac, en 1889, n'avait pu réunir que 25 à 30 cas de cardio-syphilose incontestable. Vers la même époque, T. Lang en analysait 44, en faisant rentrer dans sa statistique des observations d'endocardite et de péricardite syphilitiques peut-être discutables. Enfin, dans son important mémoire sur la Syphilis du cœur (1893), Mracek s'appuyait sur 102 faits recueillis dans la littérature médicale et 10 observations personnelles. L'autopsie n'ayant été faite que 80 fois sur 102, et la nature syphilitique des lésions étant restée douteuse 29 fois, le chiffre total des cas connus de syphilis du cœur s'élevait à ce moment à 61. Il faut y ajouter quelques observations récentes.

(1) RENAUT et MOLLARD. Traitement de la surcharge adipeuse du cœur. *Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. XI, p. 51.

La syphilis cardiaque a été décrite pour la première fois par Ricord (1895) et son histoire a été complétée par Lebert, Virchow, Lancereaux, etc. Sa lésion caractéristique est la gomme surtout localisée dans le myocarde; mais on observe simultanément ou isolément d'autres altérations, la coronarite, l'aortite chronique, les plaques fibreuses du myocarde avec ou sans anévrysme partiel, la myocardite fibreuse diffuse, affections déjà décrites, mais qui tiennent une grande place dans la symptomatologie de la cardiosyphilose. Il est rare en effet que les gommes ne soient pas associées à un degré plus ou moins marqué de sclérose du myocarde.

a. La syphilis du cœur appartient à la période tertiaire, la période secondaire ne donnant lieu qu'à des troubles fonctionnels d'origine névropathique. Son maximum de fréquence se trouve entre trente et quarante ans, six à dix ans après l'infection initiale (Mracek). L'affection est surtout commune chez l'homme. Elle n'existe qu'exceptionnellement dans la syphilis héréditaire. Sur 150 autopsies d'enfants âgés d'une semaine et atteints de syphilis congénitale, le cœur s'est trouvé altéré 24 fois; mais il s'agissait dans le plus grand nombre des cas de dégénérescence du myocarde due à la dystrophie des nouveau-nés syphilitiques, 4 fois seulement de lésions spécifiques consistant en petits syphilomes localisés autour des vaisseaux (Mracek).

b. Les lésions variées de la syphilis du cœur, gommes, sclérose, artérite, sont le plus souvent associées; le péricarde et l'endocarde peuvent être simultanément atteints. Du côté du péricarde, on constate habituellement des épaississements circonscrits qui correspondent à des gommes du myocarde. Lancereaux et Orth ont même signalé des gommes du péricarde; dans le cas de Lancereaux, il existait une gomme de la grosseur d'un noyau de cerise sur le feuillet pariétal du péricarde en même temps que des gommes du poumon; dans celui d'Orth, il s'agissait d'un enfant syphilitique à l'autopsie duquel on trouva des masses caséuses enchâssées dans des adhérences péricardiques. Les gommes du myocarde sont plus communes. Elles siègent surtout dans le ventricule gauche, au niveau de sa paroi antérieure ou de la cloison interventriculaire. Leur volume est celui d'un pois, d'une noix, d'un œuf de poule, parfois même d'une bille de billard (Wilks). Elles sont uniques ou multiples, et présentent les caractères anatomiques habituels des gommes, se distinguant des tubercules par l'absence de bacilles, et surtout par les altérations concomitantes des vaisseaux et la sclérose. Celle-ci peut être régionale ou diffuse. Enfin l'endocarde présente, au niveau des foyers de myocardite gommeuse, des plaques saillantes, blanches, dures et quelquefois de consistance cartilagineuse, qui produisent des rétrécissements et des insuffisances quand elles siègent au niveau des orifices, des valvules, ou encore des piliers valvulaires dont elles