

aurons, du reste, occasion de revenir sur cette question de thérapeutique générale (voy. p. 246).

On devra donc conseiller aux sujets atteints de stéatose cardiaque confirmée, mais sans altérations myocardiques, un régime sobre mais tonique, un exercice modéré, une gymnastique bien réglée, avec cure de terrain et massage, l'abstention de tout effort violent, de tout surmenage physique ou intellectuel, le séjour au grand air soit à la campagne, soit, comme le veut Stokes, dans une station d'altitude ou au bord de la mer; enfin, si les phénomènes de l'asthénie cardiaque font leur apparition, on aura recours au repos plus ou moins complet et aux médicaments toniques du cœur, avec les précautions que nous indiquerons plus loin relativement à l'administration de la digitale (voy. p. 225, 247 et suiv.). Lorsque la dyspnée sera calmée, on devra recourir, comme le conseillent avec raison Renault et Mollard⁽¹⁾, au massage et aux mouvements passifs, et n'aborder la cure d'Oertel que plus tard, avec prudence, et en la proportionnant aux résultats obtenus dans chaque cas en particulier.

On s'efforcera, d'ailleurs, de lutter contre la cause de la stéatose (anémie, cachexie, goutte, tuberculose, etc.) par les divers moyens appropriés, et l'on combattra les progrès des altérations artérielles par l'usage régulier de la médication iodurée.

CHAPITRE V

MYOCARDITES

La *myocardite*, ou *cardite* des anciens auteurs, est l'inflammation du myocarde.

Elle a été divisée par Virchow en deux formes : *myocardite parenchymateuse* et *myocardite interstitielle*, suivant que le processus phlegmasique frappe primitivement l'élément musculaire ou le tissu conjonctif interfasciculaire; mais cette classification n'a pas été acceptée par tous les auteurs.

En effet, la myocardite parenchymateuse de Virchow a été niée par Ranvier, qui considère les altérations de la fibre musculaire comme toujours secondaires à l'inflammation du tissu conjonctif; admise au contraire par Hanot⁽²⁾, elle semble constituer, tout au moins, une des manifestations du processus phlegmasique cardiaque observé dans un certain nombre de maladies aiguës. Nous verrons d'ailleurs que le tissu conjonctif et les vaisseaux du myocarde prennent en pareil cas une part importante, sinon prépondérante, à l'altération des parois cardiaques, de même que les lésions de la fibre musculaire accompagnent constamment la phlegmasie primitive du tissu interstitiel. Aussi semble-t-il plus conforme à la réalité des faits de substituer à la division d'ordre anatomique proposée par Virchow une division d'ordre clinique, et de décrire la *myocardite aiguë* et la *myocardite chronique*.

(1) RENAULT et MOLLARD. *Traité de thérap. appliquée*, 1897.

(2) HANOT. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1890.

A. — MYOCARDITE AIGUË

La myocardite aiguë comprend la plupart des cas de cardite aiguë signalés par Benivieni, Nicolas Massa (suppuration du myocarde), et les trois variétés de ramollissement décrites par Corvisart, par Laënnec et par Bouillaud; on doit lui rapporter également un certain nombre des faits de dégénérescence granulo-graisseuse observés au cours des maladies infectieuses, en particulier par Louis dans la fièvre typhoïde, et par Stokes dans le typhus.

Mieux renseignés, grâce aux recherches histologiques modernes, sur la véritable nature des lésions, nous devons aujourd'hui la considérer comme un processus phlegmasique, d'ordre infectieux ou toxique, frappant parfois primitivement le myocarde, mais constituant, dans l'immense majorité des cas, la détermination cardiaque d'une maladie générale infectieuse.

Elle peut présenter deux formes : *myocardite suppurée interstitielle*, et *myocardite diffuse non suppurée*. Bien qu'il existe entre elles un certain nombre d'intermédiaires, nous les décrirons séparément pour la commodité de l'exposition.

1^o MYOCARDITE SUPPURÉE

Cette forme est de beaucoup la plus rare. Elle a été observée par Benivieni, N. Massa, Th. Bonnet, Morgagni, Laënnec, et plus récemment par Smith, Andral, Oppolzer, Latham, Virchow, etc.

Étiologie. — Elle se montre primitivement, dans quelques cas exceptionnels, soit à la suite d'un traumatisme, d'une plaie pénétrante, soit sans cause bien manifeste, comme dans un cas de Féréol⁽¹⁾, chez un ancien palustre atteint d'athérome aortique, avec poussée d'aortite aiguë.

Elle semble, en pareil cas, la première manifestation et la localisation unique d'un élément infectieux, agent de suppuration, ayant pénétré l'économie sans que l'on puisse mettre en évidence la porte d'entrée. Le surmenage a été signalé comme cause prédisposante.

Plus souvent elle est secondaire et se montre au cours de l'*infection purulente*, de l'*infection puerpérale*, de la *septicémie chirurgicale*, de l'*ostéo-myélite suppurée*, de l'*endocardite infectante à forme pyohémique*, de la *morve*. Goodhart l'a signalée dans la *scarlatine*.

Il s'agit, en pareil cas, d'une véritable formation de petits abcès métastatiques en nombre variable dans le tissu conjonctif du myocarde. Parfois, les foyers de suppuration myocardique, plus volumineux et moins nombreux, sont le résultat de la propagation au muscle sous-jacent des lésions purulentes développées au niveau du péricarde (Goodhart) ou de l'endocarde. Baumgarten a noté des foyers d'abcès intra-musculaires, sous-jacents aux lésions d'endocardite ulcéreuse, par pénétration directe des microbes de la séreuse dans le myocarde.

On trouvera, d'autre part, ces faits signalés à propos des diverses formes de la *péricardite* ou de l'*endocardite infectieuses*.

(1) FÉREOL. Myocardite suppurée primitive. *Soc. méd. des hôp.*, octobre 1878.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont celles d'une myocardite interstitielle aiguë avec prolifération cellulaire, infiltration de leucocytes dans les espaces conjonctifs et multiplication des éléments embryonnaires. Tantôt le pus semble régulièrement infiltré, plus souvent il est collecté en foyers de nombre et de volume très variables.

Dans la variété pyohémique, on rencontre une grande quantité de petits foyers purulents intra-musculaires du volume d'un grain de millet à un noyau de cerise. Le pus semble comme déposé entre les fibres musculaires, ou bien il est enveloppé d'une zone de tissu embryonnaire qui l'enkyste (Cornil et Ranvier). Il renferme parfois, du moins dans les premières périodes du processus, des débris de fibres musculaires altérées; l'examen bactériologique y révèle la présence des divers organismes de la suppuration, et en particulier des streptocoques ou des staphylocoques. Richardière a constaté dans un cas l'identité des germes de l'abcès intra-musculaire et de l'endocardite infectante causale, bien que l'abcès n'eût pas de communications directes avec la lésion de l'endocarde.

Au voisinage des foyers non enkystés, les fibres du myocarde, dans une zone plus ou moins étendue, présentent une coloration ardoisée avec dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire. Les foyers purulents siègent plus fréquemment dans le ventricule gauche ou la cloison interventriculaire. Ils tendent, en général, à se faire jour à travers les parois myocardiques par un trajet oblique ou direct, et à s'ouvrir dans les cavités cardiaques. L'ouverture dans le péricarde serait absolument exceptionnelle, et sa réalité a même été contestée par Bouillaud. Le contenu de l'abcès versé dans le sang peut être l'origine de foyers métastatiques multiples par embolies septiques.

On a signalé, comme conséquences de ces ouvertures d'abcès, tantôt une perforation des parois du myocarde au niveau de la cloison (Dittrich), plus souvent la formation d'un anévrysme cardiaque (1).

Dans d'autres cas, l'évacuation du foyer est suivie de la production d'une cicatrice scléreuse. Förster a montré la transformation possible en petites masses caséuses enkystées; on a rencontré également l'infiltration calcaire.

Symptômes. — Ils sont des plus incertains et n'offrent rien de caractéristique, les phénomènes morbides observés en pareil cas se confondant avec ceux que l'on rencontre dans la myocardite aiguë diffuse ou dans certaines formes d'endocardite infectante. Aussi renvoyons-nous à l'étude symptomatique de ces deux affections. Cependant la myocardite suppurée s'accompagne en général d'une douleur précordiale d'intensité exceptionnelle avec sensation angoissante des plus pénibles.

Quant au **diagnostic**, on conçoit qu'il ne se pourra faire que par exclusion; après avoir reconnu l'existence d'une affection aiguë du myocarde, on trouvera dans les notions fournies par l'étiologie (affections pyohémiques) des raisons valables pour soupçonner la nature purulente du processus myocardique.

Le **pronostic** est le même que dans la myocardite diffuse, et sa gravité s'accroît encore des dangers d'évacuation du foyer purulent dans les cavités cardiaques et de la possibilité d'une rupture du cœur, ou de la formation d'un anévrysme du myocarde

(1) KUNDRAT. *Soc. imp.-roy. des médecins de Vienne*, 1892.

2° MYOCARDITE AIGUË DIFFUSE

Cette forme de myocardite, beaucoup plus fréquente, est celle que l'on observe communément au cours des maladies infectieuses. La détermination myocardique, surtout si l'on tient compte des atteintes légères, est en pareil cas si habituelle que l'on a pu la regarder comme à peu près constante. Cette opinion est d'ailleurs considérée par Brault (1) comme excessive, il la croit moins fréquente que ne l'ont dit la plupart des observateurs.

Il s'agit, d'ailleurs, d'une altération depuis longtemps connue dans ses traits principaux; signalée dans la fièvre typhoïde par Louis, Stokes, Murchison, qui en avaient décrit les caractères macroscopiques, elle a été étudiée au point de vue histologique par Zenker, Waldeyer, Hayem (2), Virchow, etc. Décrite par nombre d'observateurs dans la plupart des maladies infectieuses aiguës, elle a fourni le sujet de travaux plus récents que nous aurons occasion de citer chemin faisant, et parmi lesquels nous devons signaler ceux de Huguenin (3), de Beaumé (4), de Hobbs (5), de Mollard et Regaud (6), de Bouchot (7), de Karcher (8), etc.; enfin le substantiel rapport de Renault (de Lyon), au Congrès de Lille en 1899.

Étiologie. — Elle se peut résumer d'une façon générale dans cette proposition: la myocardite aiguë diffuse se montre au cours de toutes les infections à marche aiguë.

Elle a été observée dans la *typhus exanthématique* par Stokes, et dans la *fièvre typhoïde* par Louis, Stokes, Zenker, Hayem, Bernheim, Landouzy et Siredey (9), G. Lacombe, Potain (10), Peter (11), Chauffard (12), etc. C'est, du reste, la myocardite dothiéntérique qui a servi presque toujours de prototype à la description des myocardites infectieuses. Elle se montre généralement au cours du second, plus rarement du troisième septénaire de la fièvre typhoïde, et d'autant plus constante que le degré thermique ou l'état ataxo-adyynamique sont plus intenses. Aussi la balnéation froide systématique en a-t-elle réduit sensiblement la fréquence. On l'observe à tout âge, même chez l'enfant (Grancher, Marfan), mais surtout peut-être chez les adolescents.

On l'a rencontrée au cours des fièvres éruptives: dans la *variolo* (Desnos et Huchard, Brouardel) (13); dans la *scarlatine* (Goodhart, Hénoch); dans la *rougeole*; dans la *suette miliaire* (Brouardel et Thoinot). Elle a été signalée dans

(1) BRAULT. *Soc. anat.*, 1894.

(2) HAYEM. *Progrès méd.*, 1875.

(3) HUGUENIN. Thèse de Paris, 1890.

(4) L. BEAUMÉ. *Contribution à l'étude des myocardites*. Thèse de Paris, 1892.

(5) HOBBS. Thèse inaug., Bordeaux, 1895. — LE MÊME. *Mercredi méd.*, février 1895. — LE MÊME. *Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 1898.

(6) MOLLARD et REGAUD. *Soc. de biol.*, 21 décembre 1895. — LES MÊMES. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897.

(7) BOUCHOT. Thèse inaug., Lyon, 1897.

(8) KARCHER. *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, LX, 1898.

(9) LANDOUZY et SIREDEY. *Revue de méd.*, 1885-1887.

(10) POTAIN. Complications card. de la fièvre typhoïde. *Mercredi méd.*, 1890.

(11) PETER. Myocardite dothiéntérique. *Semaine méd.*, mars 1891.

(12) CHAUFFARD. Myocardite typhoïque. *Semaine méd.*, septembre 1891.

(13) DESNOS et HUCHARD. *Union méd.*, 1870-1871.