

mettent pas, avait été ainsi mise en doute dès 1833 par Pigeaux auteur d'un livre bien oublié sur la pathologie du système circulatoire: « Le tissu adipeux sépare les plans charnus, les éparpille dans quelques endroits, et l'on conçoit alors que, pour peu que les fibres musculaires soient minces et décolorées, il sera facile de croire à une transformation graisseuse qui n'existe réellement pas ». Au point de vue clinique, on ne peut confondre la cardio-sclérose avec l'adipose cardiaque (surcharge graisseuse du cœur).

Un seul symptôme leur est commun, c'est la dyspnée. Encore celle-ci est-elle particulière dans la dernière maladie, puisqu'elle est moins intense avec polypnée plus accusée. Mais les deux états morbides peuvent coexister, auquel cas tous les symptômes de la cardio-sclérose apparaissent avec la dyspnée toxico-alimentaire si caractéristique.

V. — FORMES CLINIQUES DE LA CARDIO-SCLÉROSE

Sur cette question cependant très importante, je serai bref, parce que je l'ai traitée maintes fois dans diverses publications.

Dans mes premières recherches dès 1871 et 1879, mais surtout en 1883, 1885 et 1889, j'avais entrepris d'abord d'enseigner une symptomatologie distincte à chacune des trois variétés de sclérose que j'avais décrites anatomiquement (sclérose para-artérielle et dystrophique du cœur par endartérite, sclérose inflammatoire diffuse par périartérite, sclérose mixte). J'avais ensuite qu'il était difficile, pour ne pas dire impossible, dans l'état actuel de la science de pouvoir les distinguer cliniquement. Tout ce que l'on peut dire — ajoutai-je encore — c'est que dans la forme ischémique les accidents angineux sont plus fréquents et plus accentués, que les accidents d'impuissance