

tution. Dans l'intervalle des accès, on évitera toutes les causes qui peuvent provoquer la bronchite ou apporter momentanément quelque trouble dans la respiration et la circulation. M. Stokes a proposé, dans les cas où, toute complication ayant cessé, il ne reste plus qu'une dilatation des vésicules, d'employer la strychnine à l'intérieur; il pense que ce médicament peut rendre au poumon le degré de contractilité et d'élasticité qu'il paraît avoir perdu. Mais jusqu'à présent aucun fait n'a prouvé l'utilité du traitement conseillé par l'habile médecin irlandais. (Voyez, tome I<sup>er</sup>, le traitement de la bronchite chronique.)

**Nature de la maladie.** — L'emphysème est une maladie spéciale, essentiellement caractérisée par la dilatation des vésicules, dont les parois ont en outre subi divers changements dans leur nutrition (atrophie, hypertrophie, destruction). Ces changements doivent rendre l'hématose plus difficile : c'est ce qui explique la dyspnée habituelle des malades et les affections organiques du cœur qui en sont si souvent la suite. Nous avons vu les circonstances qui augmentaient accidentellement la dyspnée et qui la faisaient revenir par accès; or, c'est en raison de la manière dont la dyspnée se présente que quelques personnes confondent encore l'asthme avec l'emphysème. Mais nous prouverons plus tard que ces deux affections, quoique pouvant exister ensemble, sont néanmoins essentiellement distinctes; car l'asthme n'est qu'une névrose, et l'emphysème est avant tout une lésion matérielle des poumons et peut-être une lésion toujours consécutive.

#### DES DILATATIONS DU CŒUR

La dilatation du cœur est une lésion qui consiste dans l'augmentation de capacité d'une ou de plusieurs des cavités de cet organe.

**Divisions.** — La dilatation peut porter sur les cavités ou sur les orifices seulement; dans ce dernier cas, il y a insuffisance des valvules : nous en avons parlé plus haut. (Voyez *Insuffisance*.) Quand la dilatation porte sur les cavités, elle peut coïncider avec une augmentation d'épaisseur des parois (*hypertrophie avec dilatation, anévrysme actif* de Corvisart) : c'est ce qui a lieu le plus souvent; d'autres fois, au contraire, les parois sont amincies (*dilatation avec amincissement ou anévrysme passif*). Ces derniers cas, quoique fort rares, le sont peut-être moins que ceux dans lesquels les parois de la cavité dilatée ont conservé leur épaisseur normale (*dilatation simple*). Nous renvoyons, pour la description de la première espèce, à ce que nous avons dit plus haut en traitant de l'hypertrophie du cœur. Il ne sera question ici que de la *dilatation simple* et de la *dilatation avec amincissement*. Enfin la dilatation du cœur a encore été distinguée en *générale* et en *partielle*. La première, qui a lieu suivant toute la circonférence de la cavité, est la seule dont nous allons traiter actuellement; la seconde, qui constitue l'*anévrysme faux consécutif* de quelques auteurs, sera étudiée dans un article spécial.

**Anatomie pathologique.** — Pour déterminer sur le cadavre si les ventricules sont dilatés, il faut bien connaître les dimensions normales de ces cavités. Elles ont été parfaitement déterminées par M. Bizot, qui a prouvé qu'à partir de la naissance (chez l'homme comme chez la femme) jusqu'à l'âge le plus avancé, la capacité des ventricules droit et gauche tendait à augmenter sans cesse. Il est vrai de dire pourtant que leurs dimensions ne s'accroissent pas d'une quantité régulière aux différents âges : ainsi l'augmentation est plus rapide chez les sujets jeunes, tandis qu'après cinquante ans elle est peu notable. Il faut aussi savoir qu'à tous les âges les ventricules sont plus larges que longs,

et que dans les deux sexes, comme à toutes les époques de la vie, la cavité ventriculaire droite est plus grande que la gauche : ainsi la largeur moyenne du ventricule étant de 70 millimètres à quatre ans et de 122 de seize à vingt-neuf ans, celle du ventricule droit, qui était de 108 millimètres de un à quatre ans, a augmenté dans le même rapport, et se trouve être de 178 entre seize et vingt-neuf ans, puis de 196 entre cinquante et soixante et dix-neuf ans, tandis que dans cette dernière série d'âge la largeur moyenne du ventricule gauche ne s'élève qu'à un peu plus de 126 millimètres (1).

Dans la dilatation, telle que nous l'étudions actuellement, les parois ont tantôt conservé leur épaisseur normale, mais plus souvent on les trouve plus ou moins amincies; l'amincissement peut être tel que le ventricule gauche n'ait plus, par exemple, que 5 millimètres dans sa plus grande épaisseur et 1 millimètre seulement à sa pointe. L'amincissement est généralement moins marqué dans la cloison interventriculaire. En même temps on trouve presque toujours le tissu du cœur un peu décoloré, ou du moins d'une coloration violette, jaune ou pâle, et diminué de consistance, quelquefois ramolli, et même déchiré ou rompu. L'organe est flasque, et, contrairement à ce qu'on voit dans l'hypertrophie, les parois s'affaissent sur elles-mêmes. Quand la dilatation est peu considérable, comme elle se fait plutôt dans le sens transversal que dans le sens longitudinal, le cœur perd presque toujours sa forme; sa pointe s'efface, l'organe s'arrondit : c'est ce que Laënnec nommait un cœur en gibecière.

Les cavités droites sont plus fréquemment affectées de dilatation que les cavités gauches; la lésion peut être bornée à un seul ventricule; presque toujours alors c'est au ventricule droit; il est au contraire très-rare que le ventricule gauche soit seul dilaté. Il est encore plus rare d'observer une dilatation bornée à une oreillette ou aux deux. Ces parties sont pourtant souvent agrandies par suite de l'accumulation du sang; mais, comme l'observe Laënnec, on distinguera cette distension mécanique de la dilatation morbide en ce que, dans le premier cas, en vidant l'oreillette du sang qu'elle contient, on voit souvent les parties revenir sur elles-mêmes; ajoutons que, dans les dilatations morbides, les parois sont amincies et plus souvent encore hypertrophiées.

Pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, nous dirons que les dilatations, avec ou sans amincissement, coexistent souvent avec diverses altérations du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux. Les plus fréquentes sont le rétrécissement des orifices, les adhérences des deux feuillets du péricarde et les anévrysmes de l'aorte. On trouve enfin les lésions consécutives de la plupart des maladies du cœur, telles que l'anasarque, les épanchements séreux, etc.

**Symptômes.** — Les individus atteints de dilatation des cavités du cœur éprouvent des palpitations et de l'essoufflement; leur pouls est mou, dépressible; les battements du cœur sont perçus sur une plus grande surface, sans impulsion aucune; ils sont obscurs, et ne consistent parfois qu'en un simple

(1) J'ai conservé ces mesures sans pouvoir affirmer qu'elles soient exactes. Je désirerais donc qu'on se livrât sur ce point à de nouvelles recherches, en suivant les indications fournies par M. Beau. Cet observateur distingué voudrait qu'on prit la mesure des cavités du cœur comparativement à celle des orifices artériels. Ceux-ci, étant de nature fibreuse, ne doivent guère varier; tandis que les cavités du cœur, qui sont musculaires, sont sujettes à subir sous l'influence d'une foule de causes, des retraites et des dilatations. De là la difficulté de juger de l'état normal ou anormal de ces cavités. Cette difficulté cesserait, si, comme M. Beau l'affirme, on avait dans la mensuration des orifices un étalon pour déterminer le point où les cavités cardiaques cessent d'être à l'état physiologique. (*Archives de médecine*, numéro de juin 1847.)

frémissement. Les bruits sont plus clairs et ont souvent, le premier surtout, un timbre un peu métallique. Enfin la percussion fait découvrir à la région précordiale une matité plus complète et plus étendue, en raison de l'augmentation de volume que le cœur a subie. Cette matité, d'après M. Piorry, diminuerait promptement d'étendue sous l'influence d'une saignée générale, par suite du retrait du cœur sur lui-même. Mais cet effet me semble moins marqué et surtout beaucoup plus lent que ce médecin ne pense; il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir le contraire survenir sous l'influence de la débilité que l'émission sanguine provoque.

Comme on le voit dans plusieurs autres affections organiques du cœur, les dilatations cardiaques s'accompagnent de bouffissures à la face, de couleur violacée des lèvres, d'un œdème qui, commençant par le pourtour des malléoles, s'étend de bas en haut et finit par envahir tout le tissu cellulaire extérieur. Des épanchements séreux se forment aussi dans les plèvres et surtout dans le péritoine. Le foie, gorgé de sang, déborde le rebord costal; les poumons s'œdématisent à leur partie postérieure. Enfin les malades succombent, les uns à la gêne toujours croissante de la respiration et de la circulation; les autres à des complications dont les principales sont la pneumonie, l'érysipèle gangréneux qui frappe les membres infiltrés; beaucoup meurent subitement et par syncope.

**Diagnostic.** — On diagnostique que le cœur est dilaté par l'étendue de la matité qui existe à la région précordiale, par la faiblesse des battements, par l'absence de toute impulsion, par le timbre un peu clair des deux bruits. Ces trois derniers phénomènes, lorsqu'ils sont très-marqués, indiquent que la dilatation, au lieu d'être simple, coexiste avec un amincissement des parois.

On ne connaît aucun signe capable de faire diagnostiquer la dilatation des oreillettes; tous ceux qu'on a proposés l'ont été plutôt par inspiration théorique que d'après l'observation.

La plupart des signes qu'on a également invoqués pour reconnaître si la dilatation affecte les cavités droites ou les cavités gauches sont non moins incertains; ils le sont d'autant plus que nous avons dit combien il est rare que la maladie n'occupe pas simultanément les deux côtés du cœur. Toutefois la percussion, seule ou aidée de l'auscultation, peut fournir sur ce point quelques indications: c'est ainsi que si la matité existe sous le sternum et se prolonge à droite plus ou moins près du mamelon, et si en outre les bruits clairs sont perçus à ce niveau, on diagnostiquera une dilatation du cœur droit. Celle-ci est regardée, d'ailleurs, comme produisant plus de dyspnée, une teinte plus violacée à la face et un gonflement plus grand des jugulaires; l'œdème est, dit-on, aussi plus considérable, et apparaît plus tôt. Au contraire, dans la dilatation des cavités gauches, la matité se prolonge vers le mamelon gauche et au delà, et c'est aussi dans ce point que les bruits clairs sont le plus perçus. Disons toutefois qu'on ne doit pas trop se fier aux résultats fournis par l'auscultation pour déterminer quel est le siège de la dilatation.

**Pronostic.** — La dilatation avec amincissement est la forme la plus grave; elle est probablement incurable. La dilatation simple, au contraire, est curable. Lorsqu'elle n'est pas portée trop loin, elle n'excite que fort peu de troubles.

**Causes.** — Les dilatations du cœur s'opèrent en général d'une manière toute mécanique, par suite d'une accumulation insolite du sang. Cette stase sanguine survient tantôt parce qu'il existe un obstacle aux orifices, ou dans l'aorte, ou bien dans les poumons; c'est ce qui a lieu chez les emphysémateux, ou bien lorsque le tissu a perdu de sa force contractile à la suite d'une inflam-

mation de l'endocarde ou du péricarde, surtout lorsqu'il en résulte une adhérence entre les feuillets opposés. L'accumulation de la graisse nous a paru souvent aussi provoquer la dilatation, probablement par suite de la gêne que cet état apporte dans les fonctions de l'organe; le plus souvent, peut-être, les causes de dilatation cardiaque nous échappent complètement.

**Traitement.** — Le traitement doit avoir pour but de faire revenir le cœur sur lui-même, d'augmenter l'épaisseur des parois amincies, ou tout au moins de s'opposer aux progrès de l'altération. Pour y parvenir, il faut, toutes les fois qu'on le peut, faire cesser ou diminuer du moins l'obstacle qui a produit la dilatation du cœur en gênant le cours du sang. Pour peu que le sujet soit faible, on devra le soumettre à un régime tonique et légèrement excitant. Les amers, les ferrugineux, les frictions sèches sur le corps, les bains salés, sulfureux, sont indiqués. Il faut s'abstenir en général des sédatifs, et n'employer la digitale qu'avec mesure et pour régulariser les contractions cardiaques quand elles sont trop désordonnées. On a blâmé l'emploi des saignées comme affaiblissant la contractilité de l'organe. Cependant lorsque le cœur est trop distendu, et lorsque, par suite de cet engouement, la dyspnée est extrême, il ne peut y avoir quelque chance de soulagement que dans la saignée, à la suite de laquelle on voit parfois la matité de la région précordiale diminuer. Toutefois, dans ces cas, il est prudent, au lieu de larges saignées, de ne faire que des saignées peu copieuses, qu'on réitère ensuite suivant les effets que l'on en obtient. Les diurétiques et les laxatifs, donnés de temps en temps, sont également utiles, et peuvent, les premiers surtout, remplacer quelquefois la saignée.

## DE LA DILATATION PARTIELLE DU CŒUR

La dilatation partielle du cœur est caractérisée par la formation d'une poche anévrysmale de grandeur variable, située dans l'épaisseur des parois du cœur, formant presque toujours saillie à la surface externe de l'organe et communiquant par une ouverture plus ou moins étroite avec une de ses cavités, et presque toujours avec le ventricule. La dilatation partielle du cœur est aussi nommée par quelques-uns *anévrysme vrai*, et par Breschet *anévrysme faux consécutif*, suivant l'idée qu'on se forme sur le mécanisme de sa production.

Cette maladie, sans être très-commune, n'est pourtant pas aussi rare qu'on le dit, car on en trouve au moins 90 cas dans les annales de la science. Elle a surtout été étudiée en France par Breschet (1), par MM. Raynaud (2), Chassinat (3), Mercier (4), et en Angleterre par le docteur John Thurnam, qui, dans le XXI<sup>e</sup> volume des *Transactions médico-chirurgicales* de Londres, en a présenté une description d'après l'analyse de 84 observations qu'il a réunies.

**Anatomie pathologique.** — Je crois que jusqu'à présent on ne connaît que deux cas de dilatation partielle du ventricule droit: l'un est rapporté dans les *Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1830*; l'autre a été publié par le docteur Canella (*Archives* de 1844); dans tous les autres faits de dilatation partielle connus jusqu'à présent, la lésion occupait le ventricule gauche, et siégeait aussi souvent au sommet, ou près du sommet, que dans tous les autres points du cœur réunis. La base a été après le sommet la partie où l'on a

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie, t. III.

(2) Journal hebdomadaire de médecine, 1829.

(3) Thèse de Paris, année 1835.

(4) Gazette médicale, année 1857.

rencontré le plus souvent des poches anévrysmales. D'où il suit que cette lésion a siégé spécialement sur les parties des parois du ventricule gauche qui ont naturellement le moins d'épaisseur. Tantôt la poche, simplement creusée dans les parois, ne faisait aucune saillie à l'extérieur; le plus souvent (ou 35 fois sur 54) il existait à la surface de l'organe une tumeur dont le volume variait depuis la grosseur d'une fève jusqu'à celle du cœur lui-même; cette tumeur adhérait le plus souvent plus ou moins intimement au feuillet pariétal du péricarde. La dilatation, presque toujours simple (ou 52 fois sur 56), peut être multiple: c'est ainsi qu'on a rencontré jusqu'à deux, trois ou quatre de ces tumeurs. L'intérieur de cette poche est rempli, comme dans les dilatations anévrysmales des artères, de concrétions fibrineuses, qui sont d'autant plus denses qu'elles sont plus extérieures. Cette cavité, qui peut avoir 8 à 10 centimètres de diamètre, communique avec l'intérieur du ventricule par une ouverture lisse, polie, plus ou moins dense, et dont la largeur est généralement proportionnée à l'augmentation de la tumeur. Si l'on dissèque celle-ci lorsqu'elle est encore peu volumineuse, on trouve que ses parois sont constituées par trois tuniques qui ne sont autres, en procédant de dehors en dedans, que: 1° le feuillet du péricarde, devenu opaque et plus épais; 2° les fibres charnues du cœur, qui se sont amincies, se sont décolorées, et ont pris un aspect fibreux; 3° enfin tout à fait intérieurement existe l'endocarde, plus dense, plus épais et plus opaque: il peut, en outre, être incrusté de concrétions calcaires. Dans quelques cas pourtant, il est impossible de trouver dans l'intérieur de la poche aucun vestige de la membrane interne du cœur, qui semble alors se terminer brusquement sur l'orifice de communication de la tumeur avec le ventricule.

M. Thurnam dit, dans son important travail que nous analysons ici, que les valvules du cœur sont susceptibles d'une dilatation que l'on peut regarder comme anévrysmale. Cette altération peut survenir lentement, sans rupture ni ulcérations préalables, mais quelquefois il y a eu, comme lésion première, destruction complète d'une des lames de l'endocarde. Dans ce dernier cas, la dilatation peut être regardée comme un anévrysme faux. Il ne paraît pas qu'on ait jamais observé des caillots dans ces dilatations. Celles-ci agissent plutôt, dit Thurnam, comme obstacle à la sortie du sang que comme cause d'insuffisance.

Dans la plupart des dilatations partielles, on constate quelques autres altérations graves du cœur, notamment une hypertrophie avec ou sans dilatation d'une ou de plusieurs cavités. Ces lésions sont probablement consécutives. Il en est de même de l'adhérence de la poche avec le feuillet pariétal du péricarde, adhérence qui s'explique aisément par la pression que la tumeur exerce sur ce dernier, et qui doit finir par déterminer une péricardite circonscrite et adhésive.

**Symptômes.** — On ne sait encore rien de précis sur les symptômes propres à la dilatation partielle du cœur. Il paraît que, dans quelques cas, la maladie a débuté brusquement par une douleur vive à la région précordiale, par des palpitations, par de l'étouffement et de l'anxiété, accidents qui ont été suivis aussitôt des symptômes ordinaires des maladies du cœur.

Cependant, dans la plupart des cas, la tumeur naît lentement, et nul trouble ne l'annonce. Lorsque son volume est peu considérable, elle peut même exister pendant longtemps à l'état latent. Lorsque les accidents surviennent, ce sont communément ceux des hypertrophies avec dilatation partielle; mais jusqu'à présent on n'a pu saisir aucun phénomène local capable de faire reconnaître une tumeur anévrysmale siégeant dans les parois du cœur.

Cette maladie a une durée longue et tout à fait indéterminée. La plupart des individus succombent avec les accidents ordinaires des maladies du cœur; quelques-uns (un sixième environ) meurent brusquement par suite de la rupture de la tumeur anévrysmale dans le péricarde.

Cette maladie doit être curable. La guérison, quand elle a lieu, doit s'effectuer au moyen de caillots fibrineux, qui obstruent, puis qui obtèrent complètement la tumeur. Toutefois ce n'est là qu'une idée *à priori*, car jusqu'à présent je ne connais aucun fait qui puisse la justifier.

**Étiologie. Mode de développement. Nature.** — La dilatation partielle du cœur n'a jamais été observée avant dix-neuf ans; le plus grand nombre des malades appartiennent à l'âge adulte et au sexe masculin. Une contusion violente du thorax, une vive émotion, des efforts considérables, ont paru quelquefois développer la maladie; mais presque toujours celle-ci débute lentement, et il est impossible de saisir l'action d'aucune cause prédisposante et surtout efficiente. On a alors cherché à expliquer de plusieurs manières le développement de la maladie. Les uns invoquent une faiblesse des fibres musculaires, qui, ne pouvant plus résister aux efforts du sang, cèdent et se laissent distendre par degrés (Baillie); d'autres croient à une rupture des fibres internes, tandis que les plus extérieures, devenues trop faibles pour résister, cèdent par degrés (Corvisart); mais l'anatomie pathologique ne justifie pas cette opinion. De grandes autorités, parmi lesquelles il me suffit de citer surtout Laënnec et Breschet, ont prétendu que la tumeur anévrysmale se formait consécutivement à l'ulcération de l'endocarde; mais nous avons vu que dans la plupart des cas une dissection attentive avait prouvé l'existence dans la tumeur des trois tuniques du cœur, et que dans plusieurs de ceux où l'endocarde était détruit, il avait dû l'être par suite de la distension de la poche. Ajoutons pourtant que l'opinion des médecins que je viens de rappeler n'est pas tout à fait hypothétique; mais elle ne s'applique qu'au plus petit nombre des cas. D'autres ont expliqué la formation de ces anévrysmes par une altération de la membrane interne, qui se laisserait distendre inégalement pendant les contractions ventriculaires (Ollivier), ou bien par un ramollissement inflammatoire de l'endocarde et des fibres charnues (Chassinat); par une myocardite circonscrite qui, ayant produit une transformation fibreuse du tissu musculaire, est cause que celle-ci cède aisément à la pression du sang (Mercier). Chacune de ces théories peut bien avoir en sa faveur quelques faits plus ou moins concluants, mais aucune ne saurait les comprendre tous, et il est probable que le mécanisme de formation des anévrysmes partiels du cœur varie beaucoup. Quoi qu'il en soit, en ne considérant que la structure de la tumeur, on voit que les mots *anévrysme vrai* et *anévrysme faux consécutif* peuvent être applicables, suivant les cas, à la maladie dont nous parlons. La première dénomination convient seule lorsque les trois tuniques entrent dans la structure de la tumeur, tandis que la seconde sera donnée plutôt aux cas rares où l'anévrysme succède à l'ulcération de l'endocarde.

**Traitement.** — Les indications à remplir sont les mêmes que nous avons exposées précédemment à propos du rétrécissement des orifices cardiaques.

Albert (de Bonn) a publié en 1837, dans un journal allemand (*Horn's, Nasse's and Wagner's Archiv*), un mémoire intéressant dans lequel il a rassemblé et

analysé quatorze observations d'anévrisme des artères intracrâniennes ; je vais en extraire les principaux résultats.

**Anatomie pathologique.** — Presque toujours, c'est-à-dire treize fois sur quatorze, l'anévrisme était sacciforme ; il y avait une poche latérale ; dans un seul cas, recueilli par Breschet, toutes les tuniques étaient dilatées, l'anévrisme était fusiforme. La tumeur artérielle produit ordinairement le ramollissement et l'atrophie de la portion correspondante du cerveau. Les anévrysmes de la base du crâne ne déterminent pas l'usure des os avec lesquels ils sont en contact. Cette anomalie s'explique par la facilité qu'éprouve la tumeur à se développer au dépens de la substance cérébrale. Les artères de la voûte cependant peuvent user celle-ci et faire saillie au dehors. C'est ainsi qu'on lit dans le tome X du *Journal de de Græfe et Walter* l'histoire d'un anévrisme de l'artère méningée faisant tumeur sous le cuir chevelu, qui fut prise pour une loupe, et extirpée, ce qui occasionna une hémorrhagie très-prompement mortelle (1).

**Symptômes. Marche.** — Il n'y a rien de fixe dans les symptômes. On a remarqué, chez les malades, de la céphalalgie, des vertiges, de l'obscurcissement dans la vue, de l'amblyopie, des tintements d'oreille, de la somnolence, de la paralysie ; rien, en un mot, n'est constant, si ce n'est pourtant la terminaison : car, quelle que soit l'artère malade, presque toujours la tumeur finit par se rompre, et la mort arrive promptement, avec les symptômes de l'apoplexie. L'anévrisme intracrânien est cependant susceptible de guérison par oblitération du kyste. Un fait de ce genre est rapporté par Hodgson.

#### DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE

L'aorte est assez fréquemment affectée d'anévrisme, mot sous lequel on doit désigner à présent une tumeur produite soit par la dilatation partielle ou générale des tuniques artérielles, soit par du sang qui, à la suite d'une déchirure des tuniques interne et moyenne, s'est infiltré ou épanché dans une poche formée par la membrane celluleuse, et quelquefois aussi aux dépens des organes voisins.

**Historique.** — Inconnu des anciens médecins, l'anévrisme de l'aorte n'a guère été mentionné que vers le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle. Ce fut Vésale qui publia la première observation ; mais il faut venir jusqu'à Morgagni pour trouver quelques notions un peu précises. Depuis ce maître illustre, l'histoire des anévrysmes de l'aorte a fait de grands progrès, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport clinique, et cela grâce surtout aux travaux de Corvisart, de Scarpa et de Laënnec. La science doit aussi beaucoup à quelques-uns de nos contemporains, qui ont apporté des faits nouveaux ou tracé un tableau très-fidèle de la maladie : nous mentionnerons ici comme méritant d'être consultés, les articles publiés par M. Bouillaud dans sa thèse (1823) et dans sa *Nosographie*, par Chomel et Dalmas dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, par MM. Delaberge et Monneret dans leur *Compendium*. En Angleterre, on distingue surtout le travail de Hope.

**Divisions.** — Les diverses divisions proposées pour les anévrysmes en général sont à peu près applicables aux anévrysmes de l'aorte. Il faut donc admet-

(1) Les artères qu'on a trouvées dilatées sont la basilaire (deux fois), les cérébrales antérieures (chacune trois fois), la carotide interne à son entrée dans le crâne (deux fois), les communicantes antérieures droite et gauche, un rameau de la communicante de Willis, un rameau de l'artère du corps calleux, une artère méningée (toutes une fois). Dans un cas l'artère n'est pas suffisamment indiquée.

tre : 1° Un *anévrisme vrai*, caractérisé par la dilatation générale de toutes les tuniques du vaisseau et dont on distingue deux variétés, suivant que la dilatation porte uniformément sur toute la périphérie de l'artère ou seulement sur une partie de cette circonférence. 2° L'*anévrisme faux*, dans lequel une ou deux des tuniques internes s'étant rompues ou perforées, la tunique celluleuse se dilate par l'effort et l'accumulation du sang. 3° L'*anévrisme mixte*, qui est celui qui résulte de la superposition d'un anévrisme faux à un anévrisme vrai, c'est-à-dire qu'il y a d'abord dilatation partielle ou générale des trois tuniques ; puis l'interne et la moyenne se déchirent, se rompent, tandis que l'externe seule se distend et forme une sorte de poche ou de sac surmontant la dilatation primitive : cette forme a reçu le nom d'anévrisme *mixte externe*, et l'on nomme *mixte interne* celui dans lequel il y a rupture des deux tuniques externes, tandis que l'interne, intacte, fait hernie entre elles. Cette espèce d'anévrisme, que les vivisections de Haller seules ont fait admettre comme possible, n'existe probablement pas ; du moins on n'a recueilli encore sur l'homme aucune pièce pathologique qui en démontre l'existence d'une manière indubitable. 4° Il y a aussi pour l'aorte un *anévrisme variqueux* résultant de la communication du vaisseau avec quelque grosse veine. L'anévrisme aortique doit encore être étudié séparément, suivant qu'il occupe l'aorte *pectorale* ou l'aorte *ventrale* : dans le premier cas, on distingue les anévrysmes en ceux qui affectent la portion *ascendante* et la *crosse* du vaisseau, et en ceux qui siègent sur sa portion *descendante*.

#### Des anévrysmes de l'aorte pectorale.

**Anatomie pathologique.** — Les anévrysmes de l'aorte pectorale siègent presque toujours dans la portion ascendante du vaisseau ou vers sa crosse. C'est là aussi qu'on trouve les tumeurs les plus volumineuses : ainsi lorsque l'aorte est affectée de dilatation générale, elle peut, comme Corvisart l'a vu, présenter dans ce point le double de volume du cœur, ou bien être aussi grosse que le colon (Bouillaud), ou qu'une tête de fœtus à terme (Laënnec). Le plus souvent pourtant cette dilatation ne dépasse guère le double du diamètre normal du vaisseau. Elle peut occuper une assez grande étendue de l'aorte, ou bien être bornée à un point circonscrit ; dans le premier cas la dilatation est le plus souvent uniforme, mais quelquefois elle est alternative, c'est-à-dire qu'il existe de distance en distance des renflements séparés par des intervalles où l'aorte a conservé son calibre. Quand la dilatation est peu considérable, on ne trouve point ordinairement de caillots organisés dans l'intérieur de la poche ; mais si celle-ci a une grande ampleur, des concrétions fibreuses existent dans son intérieur comme si c'était un anévrisme faux.

Les cas d'anévrisme *vrai latéral*, c'est-à-dire les cas dans lesquels la dilatation générale des tuniques ne s'opère que sur un point de la circonférence du vaisseau, sont beaucoup plus rares que les précédents ; néanmoins Laënnec en a cité un exemple, et j'en ai moi-même observé un autre, qui fut présenté il y a plus de vingt-cinq ans à la Société anatomique par M. le professeur Denonvilliers.

L'anévrisme *faux* occupe plus souvent l'aorte descendante ; il est caractérisé par une tumeur en forme de poche située sur un point de la circonférence du vaisseau et communiquant avec celui-ci par une ouverture plus ou moins étroite. Cette ouverture est le point où les tuniques interne et moyenne se sont rompues, ulcérées, et ont permis au sang de refouler et de distendre la tu-

nique celluleuse, qui forme alors à elle seule le sac anévrysmal. Celui-ci est en général renforcé, en outre, par le tissu cellulaire ambiant, par la plèvre, et quelquefois aussi par quelques-uns des organes voisins. Ce sac est plus ou moins épais et résistant; il peut, en effet, avoir quelques lignes d'épaisseur, ou bien être aussi ténu qu'une feuille de papier à lettre. Sa face interne est rugueuse, inégale, couverte d'incrustations osseuses, cartilagineuses; sa cavité est ordinairement remplie de caillots qui quelquefois n'offrent rien de remarquable, mais qui le plus souvent sont disposés par couches concentriques plus ou moins nombreuses: Laënnec en a compté jusqu'à trente-deux. Les plus anciennes, ordinairement tout à fait fibrineuses, décolorées, sont adhérentes au sac; les plus récentes sont au contraire au centre de la tumeur; elles sont noires et molles. En général, les caillots sont d'autant plus volumineux et plus consistants que l'anévrysme est plus ancien et que l'ouverture de communication avec la tumeur est plus petite.

Il est une disposition anatomique qu'il importe de signaler, car elle pourrait donner lieu à une erreur. Il n'est pas très-rare de voir se former dans le sac une fausse membrane qui ressemble, presque à s'y méprendre, à la tunique interne de l'artère. Si l'on n'était pas prévenu de cette circonstance, on pourrait croire en pareil cas à un anévrysme mixte interne. On évitera l'erreur en examinant avec soin cette pseudo-membrane, en la comparant avec la tunique interne du vaisseau, et en recherchant s'il y a ou non continuité de tissu avec elle.

Il est une forme très-rare d'anévrysme faux que Laënnec a le premier fait connaître sous le nom d'*anévrysme disséquant*, et dont MM. Guthrie et Shelton ont aussi observé plusieurs exemples. Dans ce cas, le sang, au lieu de soulever la membrane celluleuse sous forme d'une poche latérale, a décollé, disséqué cette tunique dans une étendue de 6 à 18 centimètres; quelquefois même il s'est frayé un véritable canal collatéral, ouvert à ses deux extrémités, et formant une sorte de diverticulum.

On ne trouve le plus souvent qu'une tumeur anévrysmale; quelquefois il en existe plusieurs situées à une certaine distance les unes des autres.

Les anévrysmes faux consécutifs, et même les anévrysmes vrais, quand ils sont très-considérables, finissent presque toujours par occasionner de graves désordres du côté des organes avec lesquels ils sont en rapport: c'est ainsi qu'on a vu plusieurs fois la veine cave supérieure considérablement rétrécie par la pression que la tumeur exerçait sur elle. On a vu aussi le tronc innominé, la sous-clavière et la carotide gauche oblitérées tantôt par la compression de la tumeur, tantôt par l'organisation de caillots à l'intérieur de ces vaisseaux, lorsque l'anévrysme de l'aorte avait pris naissance dans un point voisin de leur origine. On a également vu un des nerfs phréniques ou l'un des pneumogastriques comprimé ou atrophié; ailleurs la compression porte sur l'artère pulmonaire ou sur le cœur, qui peut être déplacé. On cite même un cas où la tumeur aortique vint à travers l'oreillette droite faire saillie dans le ventricule correspondant dont l'orifice était complètement bouché. Le canal thoracique peut également être comprimé. Laënnec dit même l'avoir vu une fois tout à fait détruit. Si la dilatation anévrysmale siège à la crosse, la trachée peut être comprimée, et les anneaux cartilagineux être amincis, usés, détruits; ailleurs, la compression porte sur l'œsophage: c'est ce qu'on remarque surtout dans les anévrysmes faux de l'aorte descendante. La clavicle peut être aussi déplacée, luxée par son extrémité sternale, ainsi que Corvisart en a cité un exemple. Mais un des effets les plus remarquables des tumeurs anévrysmales est la destruction des os

avec lesquels elles sont en contact. Lorsque la tumeur s'est portée en avant, on trouve le sternum et une ou plusieurs côtes usés, tandis que les cartilages costaux sont encore intacts. Plus souvent, le corps d'une ou de plusieurs vertèbres est détruit à une profondeur plus ou moins grande, tandis que les substances intervertébrales sont respectées. Dans tous ces cas, les os ne sont point cariés; mais le plus souvent ils s'amoindrissent et disparaissent par la pression que la tumeur anévrysmale exerce sur eux, et par les chocs qu'elle y détermine, ce qui, d'après Hodgson, doit avoir pour effet d'activer l'absorption interstitielle. Outre cette cause, il y a souvent pour les vertèbres une véritable usure produite par la colonne sanguine, qui heurte directement et balaye sans cesse la surface de ces os. En effet, de nombreuses ouvertures cadavériques ont prouvé que toutes les fois que le corps des vertèbres est usé, la portion du sac qui le recouvrait primitivement a disparu. Il n'existe alors pas même de caillots dans ce point, de sorte que la colonne sanguine frappe à nu le corps des vertèbres, qui alors est infiltré de sang; cela explique pourquoi ces os sont quelquefois presque entièrement détruits. Laënnec a même vu dans un cas le sang pénétrer dans le canal rachidien. Lorsque les os sont affectés, le périoste est quelquefois détruit, d'autres fois il est conservé, ou bien il s'épaissit, et sécrète une substance ossiforme. Dans tous les cas, ce ne sont pas les anévrysmes les plus volumineux qui occasionnent les graves désordres dont nous venons de parler; on voit, en effet, des tumeurs qui, n'ayant que le volume d'un œuf, ont néanmoins usé et perforé les os par cela seul qu'elles se sont portées au dehors, tandis que d'autres, trois fois plus grosses, sont restées cachées dans l'intérieur de la poitrine. La dilatation simple, quand elle n'est pas portée trop loin, ne produit presque aucun effet de compression, tandis que les plus petits anévrysmes vrais, n'occupant qu'une partie de l'artère, mais formant tumeur et se remplissant plus ou moins de sang coagulé, peuvent en produire de très-graves. Divers autres désordres peuvent encore exister dans le cas où l'anévrysme s'est terminé par rupture: c'est ainsi que la tumeur peut s'ouvrir à l'extérieur, ou bien communiquer avec la plèvre, avec le péricarde, le cœur, l'artère pulmonaire, avec la trachée, les bronches, les poumons, avec l'œsophage et le tissu cellulaire: il y a dans ces cas une sorte d'usure des parois; ailleurs c'est une gangrène, ainsi que MM. Millard et Leudet l'ont vu pour l'œsophage (1).

L'aorte affectée d'anévrysme présente en outre sur divers points de sa surface des incrustations osseuses, des plaques cartilagineuses, de la matière athéromateuse, lésions qui, comme nous le dirons plus tard, ont peut-être toujours précédé l'anévrysme et provoqué sa formation. Le cœur est presque toujours plus ou moins hypertrophié, et ses cavités sont plus ou moins dilatées. Ces lésions sont le plus communément consécutives à l'anévrysme; leur formation s'explique par la gêne de la circulation au niveau de la tumeur anévrysmale et par l'effort plus grand que le cœur est forcé de déployer afin de le vaincre.

**Symptômes.** — Beaucoup d'anévrysmes, quoique assez volumineux, restent tout à fait latents, et peuvent, en se déchirant, faire périr les individus de mort subite, sans avoir jamais occasionné le moindre dérangement dans la santé. Quelques malades pourtant ont accusé seulement un peu d'oppression, ils ont l'haleine courte et toussent quelquefois; mais ces accidents sont souvent si légers, qu'ils fixent à peine leur attention. D'autres fois ces troubles sont très-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 2<sup>e</sup> série, t. VI, année 1861, et *Gazette médicale de Paris*, année 1864.