

suivre. On devra en outre administrer la digitale, qui, en ralentissant les battements du cœur, peut favoriser la coagulation du sang dans la poche anévrysmale. C'est aussi dans ce but qu'on a proposé de donner l'acétate de plomb à l'intérieur, à la dose de 20 à 30 centigrammes, et, lorsque la tumeur proémine, de la recouvrir de compresses imprégnées d'eau blanche. Ce traitement, que j'ai toujours vu échouer, paraît pourtant avoir réussi quelquefois : ainsi Dusol et Legroux parlent de trois malades qui, portant une tumeur anévrysmale à la partie antérieure de la poitrine, l'ont vue diminuer beaucoup, ainsi que la plupart des autres phénomènes morbides, sous l'influence de l'acétate de plomb donné comme il vient d'être dit. Cependant ces faits sont peu concluants, car le repos a peut-être agi beaucoup plus que le sel de Saturne. D'ailleurs, rien ne prouve que l'amélioration ait persisté bien longtemps : les malades ont quitté l'hôpital prématurément, et l'on sait d'ailleurs que l'un d'eux est mort peu après par les progrès de l'affection; il est probable que les deux autres auront eu le même sort.

Je ne dirai rien des applications de glace généralement préconisées pour tous les anévrysmes; elles sont faites dans le but de coaguler le sang dans le vaisseau, comme s'il n'était pas surabondamment prouvé que le froid a un effet tout opposé, et que, pour maintenir le sang indéfiniment fluide, il suffit d'entourer le vase qui le renferme d'un mélange réfrigérant.

Les malades atteints d'anévrysmes aortiques seront soumis au repos le plus absolu de corps et d'esprit; ils auront un régime doux, et l'on proscriera tous les excitants. Hope veut que les malades boivent peu, afin de distendre le moins possible le système artériel; il insiste en outre sur un régime analeptique, et il recommande les purgatifs. Contre les douleurs vives névralgiques qui tourmentent quelques malades, on opposera les calmants, surtout les diverses préparations opiacées. Si, par suite d'un traitement débilitant, les malades présentent des symptômes d'anémie, on n'hésitera pas à leur prescrire les ferrugineux et les toniques, attendu que les symptômes propres à l'anévrysmes s'aggravent chez les sujets anémiques, et qu'il suffit alors de combattre la complication pour améliorer notablement l'état des malades.

Lorsqu'il existe une tumeur très-volumineuse et que la peau qui la recouvre commence à s'amincir, on se bornera à prescrire quelques topiques astringents; on soutiendra la tumeur, on la protégera contre les chocs extérieurs; on a conseillé dans ce but de la recouvrir d'une calotte de plomb ou de caoutchouc.

On voit combien sont incertains et peu efficaces les moyens proposés et employés jusqu'à ce jour pour amener la guérison des anévrysmes aortiques. Pourrait-on en pareil cas, lorsque la tumeur, proéminente à l'extérieur, est accessible à nos instruments, appliquer la galvanopuncture, si heureusement employée par M. Pétrequin, et à son exemple par quelques chirurgiens italiens, au traitement de certains anévrysmes externes, ou bien injecter du perchlorure de fer? Le volume de l'anévrysmes, son voisinage du cœur, l'impossibilité d'interrompre la circulation dans la tumeur, s'opposent à ce qu'on emploie des procédés dont l'application est souvent dangereuse aux anévrysmes des membres, et qui certainement ici resteraient inefficaces ou seraient fatals.

Des anévrysmes de l'aorte abdominale.

L'aorte ventrale est beaucoup plus rarement affectée d'anévrysmes que l'aorte pectorale. La dilatation s'opère le plus souvent dans un point rapproché de l'origine du tronc cœliaque.

Cet anévrysmes peut présenter les mêmes variétés que celui de l'aorte pectorale. La tumeur peut acquérir un volume considérable sans former saillie au dehors et sans déterminer des signes de compression, parce que les viscères abdominaux, en raison de leur mobilité, évitent en général celle-ci en fuyant pour ainsi dire au-devant de l'aorte dilatée. Cependant, lorsque l'anévrysmes occupe le voisinage du tronc cœliaque, les piliers du diaphragme, distendus et aplatis, tapissent ordinairement les parties latérales et même la partie antérieure de la tumeur.

Les malades accusent une douleur tantôt obtuse, tantôt vive et lancinante, qui siège ordinairement à l'épigastre ou aux lombes. En explorant le ventre avec soin, on découvre vers l'hypochondre gauche, ou bien dans le flanc de ce côté, ou à l'épigastre, une tumeur mate à la percussion, pulsative, ayant des mouvements d'expansion et non de simple soulèvement, comme le ferait une tumeur solide placée devant l'aorte. En l'auscultant, on y entend les mêmes bruits morbides que nous avons notés précédemment dans les dilatations pectorales. Comme il existe presque toujours simultanément une affection organique du cœur, les malades ont des palpitations, de la dyspnée, de l'œdème; il n'y a aucun trouble qui soit constant du côté des voies digestives. Beaucoup de ces tumeurs se terminent par rupture.

Nous venons de dire comment on distinguera les anévrysmes de l'aorte ventrale d'avec les tumeurs solides placées sur ce vaisseau, nous compléterons plus tard le diagnostic quand nous traiterons des névroses du système artériel. Le pronostic est aussi grave que pour les anévrysmes pectoraux. Le traitement est le même.

DE L'ANÉVRYSME VARIQUEUX DE L'AORTE

Les journaux médicaux ont publié plusieurs observations d'anévrysmes variqueux de l'aorte. Un médecin anglais, M. Thurnam, ayant réuni tous les faits connus, a composé sur ce sujet un travail intéressant qu'il a inséré en 1840 dans le vingt-troisième volume des *Transactions médico-chirurgicales* de Londres.

Dans tous les cas rassemblés par M. Thurnam, on voit qu'il a existé d'abord un anévrysmes simple de l'aorte; puis, tout à coup et sans cause connue, ou bien à la suite d'un effort, une communication s'est établie entre la tumeur et un vaisseau, ou bien avec un réservoir à sang noir, comme l'une ou l'autre des veines caves, l'artère pulmonaire ou l'oreillette droite. Les symptômes ont un peu varié dans ces divers cas. Lorsque l'anévrysmes aortique s'est ouvert dans la veine cave supérieure, il est survenu brusquement une dyspnée plus considérable et des palpitations; la peau de la face était bleuâtre, livide; les veines de cette région, celles du cou et du thorax, étaient distendues et comme variqueuses; une anasarque s'est développée promptement et est restée plus marquée d'ailleurs dans la partie supérieure du corps; enfin on a noté une impulsion notable sous la clavicule droite, avec un murmure bruyant dans le même point. Les accidents ont été à peu près les mêmes quand l'anévrysmes a communiqué avec l'artère pulmonaire; les symptômes pectoraux ont alors été seulement plus marqués, l'impulsion avec bruit de souffle existait dans ces cas principalement au milieu du sternum.

Si l'anévrysmes communiquait avec l'oreillette droite, il y avait anasarque, trouble profond dans la circulation, palpitations, souffle intense, dont le maxi-

mun était à la partie supérieure du sternum; ce bruit était continu, prolongé dans la systole, plus aigu et plus court dans la diastole.

Dans un cas observé par M. Thurnam, où un anévrysme aortique s'ouvrait dans le sommet du ventricule droit, on constata une matité précordiale remontant jusqu'à la deuxième côte; à ce niveau existait un bruit de scie continu, intense, s'étendant dans presque tous les points du thorax, éclatant surtout dans la systole et ayant son maximum d'intensité vers le deuxième espace intercostal, à 3 centimètres environ du sternum, point qui correspondait exactement au siège de l'anévrysme variqueux.

Quand l'anévrysme communique avec la veine cave inférieure, comme dans un fait rapporté par le professeur Syme (d'Edimbourg), on découvre dans l'abdomen une tumeur pulsative cédant plus facilement à la compression qu'une tumeur ordinaire; elle est le siège d'un bourdonnement ou d'un sifflement que les assistants et que le malade lui-même peuvent entendre très-distinctement; il y a un œdème considérable borné aux extrémités inférieures.

En général, les symptômes s'aggravent promptement aussitôt après la rupture de la tumeur dans une veine ou dans le cœur droit. Beaucoup de malades succombent alors en quelques jours; cependant il en est qui luttent pendant assez longtemps, mais nul n'a pu encore dépasser le deuxième mois.

Le diagnostic de l'anévrysme variqueux est extrêmement difficile. Les signes précédemment indiqués n'ayant pas encore été vérifiés dans un nombre de cas suffisant, on ne saurait s'appuyer sur eux pour établir un diagnostic un peu certain.

L'existence d'un anévrysme variqueux aggrave toujours le pronostic, et rend encore plus incertain le traitement, qui, par lui-même, est déjà si peu efficace. En pareil cas, et en vue des troubles que la circulation présente, on insistera sur les diurétiques, sur les purgatifs et sur les sédatifs, combinés souvent avec de petites émissions sanguines.

DES DILATATIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Les vaisseaux lymphatiques peuvent subir une dilatation plus ou moins considérable, et qui est telle dans quelques cas, qu'on a vu les rameaux les plus déliés acquérir une capacité égale à celle du canal thoracique. Cette dilatation peut être uniforme, ou bien elle a lieu de distance en distance et sous forme de renflements, comme les varices. En piquant ces vaisseaux avec une lancette, ils s'affaissent après avoir donné issue à la lymphe qui les distendait. Cette dilatation est ordinairement l'effet d'un obstacle à la circulation de la lymphe, obstacle qui réside sur quelques-uns des troncs principaux du système lymphatique, oblitérés par une inflammation adhésive ou par la compression de quelque tumeur.

Pour combattre cet état, il faut détruire l'obstacle qui s'oppose au cours de la lymphe, et favoriser ensuite le retrait des vaisseaux par une compression méthodique.

DES DILATATIONS DE L'ŒSOPHAGE ET DU PHARYNX

Les dilatations de l'œsophage tantôt congénitales, tantôt acquises, peuvent siéger sur les divers points de l'étendue de l'organe, et occuper la totalité ou une partie seulement de son calibre.

Dans ce dernier cas, l'œsophage présente une sorte de poche, conformation

qui existe naturellement chez le plus grand nombre des oiseaux. Cette dilatation latérale, qui tend sans cesse à s'accroître par l'accumulation des aliments, se montre le plus souvent dans la partie supérieure du conduit. Elle peut être produite par la pression prolongée d'un corps dur, volumineux, qui a séjourné quelque temps dans l'organe; mais presque toujours elle dépend d'un obstacle à la déglutition. (Voyez *Rétrécissement de l'œsophage*.) On a encore admis, plutôt par analogie que d'après l'observation, que certaines dilatations de l'œsophage résultaient d'une hernie de la membrane muqueuse à travers un érailement des fibres musculaires. Enfin il faut convenir que, dans quelques cas, les dilatations de l'œsophage ne peuvent s'expliquer par aucune des causes qui précèdent; elles sont alors ordinairement congénitales, et résultent d'une perversion dans les lois qui président à la formation des organes.

Les dilatations qui occupent tout le calibre de l'œsophage et une grande longueur du canal ont presque toujours lieu mécaniquement, par suite de l'accumulation des aliments arrêtés dans leur cours par quelque obstacle permanent. Il en est à peu près de même des dilatations du pharynx; celles-ci, beaucoup plus rares que les précédentes, se forment ordinairement à la partie inférieure de ce canal. Le pharynx peut constituer alors une large poche formée aux dépens du calibre tout entier du conduit. D'autres fois le pharynx se termine en un ou plusieurs prolongements sacciformes, qui peuvent s'étendre en arrière ou sur les côtés de l'œsophage, dans une étendue de 6 à 9 centimètres, et ont quelquefois une capacité égale à celle qu'a le pharynx dans son état normal.

Lorsque la dilatation occupe le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, on observe pendant la vie une déformation du cou produite par une grosseur située sur un des côtés de cette région ou sur les deux à la fois. Cette tumeur, dont le volume tend sans cesse à s'accroître, est molle; elle augmente pendant le repas, diminue souvent par le décubitus horizontal et toujours par le vomissement, ainsi que par la pression opérée de bas en haut, ce qui détermine le reflux des aliments jusque dans la bouche. La plupart de ces malades éprouvent habituellement une sorte de rumination, ils ont des régurgitations fréquentes d'aliments: c'est plutôt par ce mécanisme que par suite d'un véritable vomissement que la poche se débarrasse des aliments qui la distendent. Enfin, on a noté que les individus qui portaient cette lésion avaient quelquefois une puanteur excessive de l'haleine. A ces signes on ne saurait méconnaître une dilatation du pharynx et de l'œsophage.

Le diagnostic serait à peu près impossible, si la dilatation siégeait sur un point voisin du cardia. La régurgitation habituelle et la puanteur de l'haleine pourraient peut-être alors faire soupçonner la lésion.

La dilatation de l'œsophage est une maladie incurable; on ne peut espérer en triompher que dans les cas où elle est consécutive à un rétrécissement du conduit, si celui-ci toutefois est curable de sa nature. Si par la dilatation et la cautérisation on peut en triompher, on pourra voir la partie de l'œsophage dilatée revenir peu à peu sur elle-même et reprendre ses dimensions premières.

DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC

L'ampliation morbide de l'estomac, telle que je vais la décrire anatomiquement, correspond à l'affection que les anciens nommaient improprement *hydrogastrie* ou *hydropisie de l'estomac*, maladie sur laquelle M. le docteur Duplay a publié un travail très-intéressant dans les *Archives* de 1833.

Anatomie pathologique. — On trouve quelquefois l'estomac formant une

poche énorme qui recouvre toute la masse intestinale et descend même jusque derrière le pubis ou dans l'excavation pelvienne. L'ampliation peut être générale ou ne porter que sur le grand cul-de-sac. On conçoit que, dans ce dernier cas seul, la configuration de l'organe doit être changée. L'estomac dilaté peut acquérir jusqu'à cinq ou six fois son volume ordinaire ; on l'a vu contenir alors 98 livres de liquide (Jadon).

Dans presque tous les cas d'ampliation morbide de l'estomac, on trouve un rétrécissement considérable de l'orifice pylorique. La dilatation a lieu par suite de l'accumulation et de la rétention des aliments et des boissons ; elle se fait d'une manière mécanique, de même qu'on voit la vessie ou la vésicule biliaire se dilater, se distendre, lorsqu'un obstacle situé sur le trajet de leur conduit excréteur s'oppose à ce que ces réservoirs se vident des liquides qu'ils contiennent. Lorsque la dilatation est excessive, les parois stomacales peuvent être amincies, réduites à la ténuité d'une feuille de papier, et perforées en un ou plusieurs points par l'excès de leur distension. Dans ce cas, il a été ordinairement impossible de déterminer si l'atrophie qui porte surtout sur la tunique musculieuse a été primitive, si elle est cause de l'ampliation que l'estomac a subie, ou si au contraire elle n'en est que la conséquence ; cette dernière supposition nous semble être la plus probable. Quelquefois on a vu que l'estomac dilaté a contracté adhérence par sa face externe avec quelques-uns des organes environnants. Cette disposition, ayant pour résultat de tenir les parois des viscères écartées, de gêner leur contraction et d'empêcher que les matières ne soient complètement expulsées par le pylore après chaque digestion, doit nécessairement amener la dilatation de l'organe. Enfin, il est quelque cas (ce sont les plus rares) où l'estomac, énormément distendu et libre d'adhérence, ne présente aucune altération appréciable dans la structure de ses parois. On suppose alors que la dilatation s'est faite par suite d'un défaut de résistance du viscère ou de sa paralysie ; le plus souvent pourtant elle tient à l'habitude qu'avaient les sujets, pendant leur vie, d'engloutir une quantité énorme d'aliments. Dans ces cas, on le comprend, l'ampliation est toute physiologique et ne produit aucun accident.

Symptômes. — La dilatation de l'estomac coexistant presque toujours avec un cancer du pylore, on doit observer chez la plupart des malades les symptômes de cette affection. Mais, indépendamment d'eux, il est d'autres signes qui sont propres à la dilatation que le viscère a éprouvée. Ces signes sont un gargouillement ou un bruit de *glouglou* qu'on excite dans le ventre lorsqu'on imprime au tronc un mouvement brusque de ballotement ; ce phénomène pourtant n'a rien de caractéristique, puisqu'il peut se produire chez des individus bien portants, peu après l'ingestion des boissons. Dans l'ampliation morbide, la percussion de l'abdomen fournit aussi des résultats intéressants : ainsi, tandis qu'à l'épigastre et dans toute la zone supérieure du ventre, il existe un son clair, tympanique, on voit la sonorité diminuer à mesure qu'on approche des parties déclives, où, en raison de l'accumulation des liquides dans ce point, le son est tout à fait mat. En variant les positions du tronc, on déplace le liquide et l'on modifie ainsi à volonté les résultats fournis par la percussion. En général, les malades éprouvent de la gêne dans le ventre, où la palpation ne fait pourtant découvrir aucune tumeur distincte, excepté dans le cas de cancer. Les digestions sont plus ou moins troublées ; il y a des vomissements aqueux, alimentaires, et les matières rejetées dépassent souvent la quantité de liquides qu'un estomac de capacité ordinaire pourrait contenir. Les vomissements, d'ailleurs, sont d'autant plus rares que l'estomac est plus large ; car

l'organe s'affaiblit à mesure qu'il se dilate. Dans le cas où le pylore est libre, les liquides s'échappent souvent brusquement par cet orifice ; les malades ont alors des gargouillements très-bruyants ; ils éprouvent un pressant besoin d'aller à la selle, et évacuent presque aussitôt une quantité souvent énorme de liquide. Ces débâcles, qui sont quelquefois suivies d'une grande faiblesse, et même de syncope, ont lieu à des intervalles plus ou moins éloignés.

Diagnostic. — A une époque où le diagnostic local était encore peu avancé, la dilatation morbide de l'estomac a pu être confondue avec l'ascite, et de graves accidents sont résultés de cette erreur de diagnostic. Mais une pareille méprise est impossible aujourd'hui : car dans l'ascite le développement du ventre se fait de bas en haut ; c'est le contraire dans l'ampliation de l'estomac. En outre, dans cette dernière maladie, le ventre diminue ou s'affaisse tout à fait après chaque vomissement un peu copieux ou après chaque débâcle intestinale ; enfin, les résultats fournis par la percussion ne permettront de conserver aucun doute sur la nature de la maladie. Pour compléter le diagnostic, il faut, pour l'étude des symptômes et la marche de l'affection, déterminer si l'ampliation de l'estomac est simple ou si elle est consécutive à quelque altération organique. Le pronostic, d'ailleurs, et le traitement sont fondés sur cette connaissance.

Traitement. — Dans les dilatations sans lésion organique du pylore ou des parois de l'estomac, il faut diminuer beaucoup la quantité des aliments et des boissons. Cette précaution seule a quelquefois suffi pour réduire l'estomac à sa capacité normale. Le plus souvent on devra en outre chercher à ranimer la contractilité de l'organe par la compression, par les révéulsifs, les douches, les toniques à l'intérieur et la glace. M. Duplay conseille aussi l'usage de la strychnine, mais jusqu'à présent l'expérience ne s'est pas prononcée sur la valeur de ces méthodes.

DES DÉCHIRURES, RUPTURES ET PERFORATIONS SPONTANÉES

On doit entendre par *déchirure*, ou par *rupture*, une solution de continuité résultant de la distension forcée d'un de nos organes. La rupture et la déchirure sont pour les parties molles ce que la fracture est pour les os. La rupture peut être produite, ainsi que l'observe M. Duparcque, par des forces qui agissent en sens opposé, et à plus ou moins de distance les unes des autres. La solution de continuité qui s'opère alors dans un point intermédiaire à ces forces est indirecte, médiate ou par traction ; ailleurs la cause agit en refoulant et comprimant le tissu qui se déchire au point de contact : la rupture est dite alors médiate ou par pression.

Les ruptures peuvent se faire sur un tissu sain ou sur un tissu malade. Le ramollissement, l'ulcération, la gangrène, l'amincissement, l'atrophie, les dégénérescences graisseuse, tuberculeuse et encéphaloïde sont des lésions principales qui, en diminuant la résistance d'un organe, le disposent le plus à se déchirer, à se rompre sous l'influence des causes qui agissent sur lui.

La perforation est une solution complète de continuité par laquelle une communication insolite s'établit entre un organe creux et un autre organe, ou bien avec l'extérieur. La perforation diffère de la rupture en ce qu'elle semble se produire sans efforts, sans tiraillements, sans pression, sans violence extérieure. La solution de continuité s'opère ici lentement, par suite d'une modification survenue dans la nutrition du tissu : ainsi la perforation se produit