torée, elle est continuellement renouvelée dans le même lieu par la persistance de la sécrétion morbide, il est évident que la dilatation finira par devenir permanente.

B. Suivant Laënnec, la dilatation bronchique serait un accident assez commun chez les enfans à la suite de la coqueluche. C'est même dans un cas de cette sorte que Laënnec observa et constata pour la première fois le vice anatomique ici en question, de concert avec M. Cayol, alors étudiant en médecine, qui, ayant rencontré un fait si remarquable et jusque là inconnu, invita son illustre ami à examiner la pièce.

1160. *Diagnostic.* — On a vu (1157. A.) que la dilatation bronchique a des signes stéthoscopiques qui lui sont communs avec quelques autres affections pulmonaires, notamment, par exemple, avec la pneumonie (647. G. γ.), avec les abcès pneumoniques (649. F. ε.), avec les excavations gangréneuses (755. B.), et avec la tuberculisation (775. A. μ. ν. π. ρ. τ. υ.). Mais en général, je me hâte de le dire, le praticien expérimenté ne se méprendra pas. Il est rare qu'en considérant avec une attention suffisante l'ensemble complet, non seulement des signes stéthoscopiques, mais encore de tous les autres signes possibles, on ne réussisse pas à lever tous les doutes. Si la dilatation bronchique peut quelquefois en imposer, elle ne peut guère en imposer que pour la tuberculisation : mais généralement, je le répète, on est éclairé par le défaut d'accord qui se montre entre la gravité apparente des phénomènes stéthoscopiques et la bénignité des symptômes généraux.

1161. *Thérapeutique.* — La dilatation bronchique étant un mal irrévocable et que nous n'avons aucun moyen de corriger, il est donc clair que tout le traitement consiste à modérer et à pallier la bronchite ou la bronchorrhée concomitante (513 — et 1003).

ARTICLE V.

ANÉVRISME DU COEUR.

1162. *Bibliographie.* — LANCISI. — (*De aneurysmatibus.*) Cap. VII, *De cordis aneurysmatibus.*

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) — Epist. XVII et XVIII, *passim.* — Epist. XXI, art. 34.

LIEUTAUD. — (*Hist. anatomico-med.*) Lib. II, sect. II, art. 20, *Auricularum insolita dilatatio.*

CHEMIN. *Description de l'oreillette droite d'un cœur extraordinairement dilaté.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, — avril 1760). — Oreillette, à ce que l'observateur nous assure, « étant au moins » de la grosseur de la tête d'un enfant. Je la conserve, » dit-il, « dans l'esprit de vin, pour convaincre les incrédules. »

CORVISART. — Ouvrage déjà cité (599). — IIe classe, chap. II, art. 1er, *Des anévrismes passifs du cœur, ou avec amincissement de ses parois, en général;* — art. 2, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss. de ses parois, affectant l'ensemble des cavités de cet organe;* — art. 3, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant le ventricule gauche;* — art. 4, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant le ventric. droit;* — art. 5, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant l'oreillette droite;* — art. 6, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant l'oreillette gauche.* — IIIe classe, article III, § 1er. (Observation d'un cas d'anévrisme partiel du cœur, chez un nègre de vingt-sept ans, qui ne fut apporté à l'hôpital de la Charité que dans un état de suffocation imminente, la veille même de sa mort.)

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 3, *De la dilatation des ventricules du cœur;* — chap. 7, *Des dilatations partielles du cœur.*

HOPE. — Ouvrage déjà cité (599). — Part III, chapt. II, *Dilatation of the heart;* — chapt. III, *Partial dilatation or real aneurism of the heart.*

BOUILLAUD. — Ouvrage déjà cité (46. F. ε.). — IIe partie, classe III, chap. 2, art. 1er, *Dilatation des cavités et des orifices du cœur.*

PIGEAUX. — Ouvrage déjà cité (599). — Pag. 444-91 (*Anévrismes du cœur*); — pag. 491-7 (*Anévrismes partiels du cœur*).

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, — t. II, — article *Cœur*). — Pag. 361-5 (*Dilatation du cœur*); — p. 365-70 (*Dilatation partielle du cœur*).

PIORRY. — (*Tr. de méd.*, t. II. — section des *Cardiopathies*, chap. V.) § 1699-1744 (*Cardiectasie des oreillettes et des ventricules*).

* * *

BÉRARD (aîné). — (Dans sa *Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique et de pathologie.* Th. inaug. Paris, 1826, n° 23). — Rapporte deux observations d'anévrismes partiels de la pointe du cœur, tous les deux à peu près gros comme un œuf de cane, mais avec une forme plus globuleuse.

BIETT. — Article déjà cité (1138). — Anévrisme partiel de la pointe du cœur chez le célèbre tragédien Talma. A peu près gros comme un œuf de poule.

BRESCHET. *Recherches et observations sur l'anévrisme faux consécutif du cœur.* (Dans le *Répert. gén. d'anat. et de physiol. path.*, — t. III, p. 183 et suiv.)

REYNAUD. *Mémoire sur une espèce particulière d'anévrisme du cœur.*

(Dans le *Journal hebdomadaire*, année 1829, n° 22). — Description détaillée et fort probante d'un cas d'anévrisme partiel vrai (c'est-à-dire sans ulcération ni rupture de l'endocarde), à la paroi postérieure du ventricule gauche. L'individu chez lequel on rencontra cet anévrisme était âgé d'environ trente ans; il n'avait présenté aucun symptôme qui pût faire soupçonner le moins du monde un semblable vice du cœur; il avait succombé aux formidables accidens d'une encéphalopathie saturnine.

OLLIVIER (d'Angers). — (Dans le *Répert.*, — t. VIII, art. *Cœur.*) — Pag. 303-13, *Dilatation locale ou anévrisme vrai du cœur.*

PRUS. *Mémoire sur l'anévrisme partiel du cœur.* (Dans la *Revue médicale*, octobre et novembre 1835, et septembre 1836.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXI, planche IV. *Anévrisme vrai partiel du ventricule gauche du cœur, occupant le sommet et la paroi antérieure de ce ventricule. Lamellation des caillots, tout-à-fait semblable à celle des anévrismes des artères. Sac formé par les parois du cœur amincies et altérées. Péricardite hémorragique.* (Cas observé et communiqué par M. Prus). Avec des *Réflexions de M. Cruveilhier.* — Livraison XXII, planche III, fig. 2, *Anévrisme vrai partiel du cœur, occupant le sommet du ventricule gauche.* Avec des *Considérations générales*, au milieu desquelles M. Cruveilhier rapporte aussi, tout au long, l'observation d'un cas d'*Anévrisme faux partiel du cœur.*

THURNAM. *Researches on the partial aneurism of the heart.* (Dans les *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXI.) — Traduit dans la *Gaz. méd.*, année 1839, n° 4.

1163. *Étymologie.* — Sur la foi de Lancisi, qui admit indifféremment et sans critique trois opinions étymologiques (*op. cit.*, cap. I, proposit. 1), et en cela, certes, ne fit pas preuve d'une philologie à la hauteur de son génie médical, M. Bouillaud a eu tort de répéter qu'on n'était pas d'accord sur l'étymologie du mot anévrisme. Ce mot, d'origine grecque, Ἀνεύρυσμα de Galien et des écrivains postérieurs, reconnaît évidemment, incontestablement, pour racine l'adjectif Εὐρύς, large. De Εὐρύς, effectivement, vient le verbe simple Εὐρύνω, j'élargis, je dilate; puis le verbe composé Ἀν-ευρύνω, avec même signification. D'où ensuite, dans le langage général des divers auteurs, Ἀνευρυσμός, dilatation de toute espèce; et, dans le langage spécial et technique des médecins, Ἀνεύρυσμα, dilatation ou tumeur artérielle, de par une convention qui avait acquis force de loi. Il n'y a pas là ombre de doute pour quiconque est un tant soit peu versé dans la connaissance de la grammaire grecque et dans l'histoire de la lexicographie médicale. Tous les bons

hellénistes sont d'accord là-dessus. Peu importe, après cela, qu'il puisse y avoir des esprits d'humeur contredisante, excentrique et paradoxale, qui veuillent élever de vaines chicanes. N'y en a-t-il pas qui, en dépit de la démonstration géométrique, s'inscrivent en faux contre l'impossibilité de la quadrature du cercle?

Quoi qu'il en soit, sous le terme d'anévrisme, Galien ne paraît guère avoir eu en vue autre chose que ce que les chirurgiens modernes appellent anévrismes traumatiques ou faux. Voyez, à cet égard, son Traité *Des tumeurs contre nature* (Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων), chapitre XI.

Puis, naturellement, ce même terme s'appliqua aussi aux anévrismes vrais et non traumatiques, lorsque ceux-ci, grâce aux progrès de la science, vinrent à être bien connus et bien distingués.

Enfin, Lancisi paraît être le premier qui ait étendu formellement, et pour ainsi dire officiellement aux dilatations du cœur la qualification d'anévrisme, dans un livre composé *ex professo.* Du moins sommes-nous en cela l'écho du savant Morgagni (Epist. XVII, art. 5). Non pas, assurément, qu'avant Lancisi quelques auteurs n'eussent déjà employé çà et là, à l'égard du cœur, le mot dont il s'agit. Baillou, par exemple, dans une de ses consultations, avait dit : « S'il y a anévrisme dans le » cœur même, l'affection est mortelle [1]. » Mais, en résumé, c'est bien Lancisi qui, le premier, posa et fit adopter comme terme classique la dénomination d'*anévrisme du cœur.*

Jusque dans les commencemens de notre siècle et tant que le livre de Corvisart fut une sorte d'évangile en fait de pathologie cardiaque, on eut coutume de comprendre et d'embrasser pour ainsi dire génériquement sous la susdite dénomination tous les cas, quels qu'ils fussent, où le cœur se trouvait dilaté et augmenté de volume, — soit ceux avec hypertrophie ou, comme on disait alors, avec épaississement de la substance musculaire, — soit ceux de pure et simple dilatation, et, par conséquent, avec amincissement de cette même substance (car, ainsi qu'il est facile de le concevoir, si les cavités du cœur vont s'élargissant, les parois distendues s'amincissent, même sans atrophie réelle, et ne peuvent pas ne pas perdre de leur épaisseur, à moins d'une hypertrophie compensatrice). La première catégorie était celle des *anévrismes actifs*, ainsi disait-on; la seconde, celle des anévrismes *passifs.*

A notre époque, l'usage a prévalu, avec grande raison, d'employer de préférence le nom d'hypertrophie pour les anévrismes actifs de l'ancienne école et partout où se rencontre une hypertrophie réelle de la substance musculaire du cœur. Aussi avons-nous déjà posé et étudié comme un genre nosographique à part l'hypertrophie cardiaque (chap. V, art. V).

(1) Quod si in corde ipso aneurysma sit, lethalis est affectus. (BALLONII, *Consiliorum medicinalium*, lib. I. — Cons. CIX, *De cordis palpitatione.*)

Restent donc les anévrismes passifs de l'ancienne école, les dilatations du cœur sans hypertrophie ou plutôt même avec atrophie, qui me paraissent avoir tout droit de retenir le nom d'anévrisme, comme qui dirait effectivement *dilatation par excellence*, en parfaite conformité avec l'étymologie même.

Si vous vous faites une obligation stricte de suivre les règles de l'orthographe étymologique, écrivez *anévrysme* par un y. Mais l'Académie autorise et même préfère ici une orthographe plus simple et qui peigne seulement la prononciation : et c'est à quoi, pour notre part, nous nous conformons.

§ I. De l'Anévrisme proprement dit d'une, ou plusieurs, ou toutes les cavités du cœur.

1164. *Aperçu nosologique.* — A. Lorsque, sans hypertrophie, ou plutôt même avec atrophie de la substance musculaire du cœur, les cavités de ce viscère viennent à acquérir un excès d'étendue permanente en se dilatant à peu près uniformément dans tous les sens, voilà l'anévrisme par excellence, l'anévrisme vrai, l'anévrisme proprement dit, par opposition à l'espèce qui va suivre (§ II), et qui n'affecte les parois d'une cavité cardiaque que sur un point seulement, et non pas en totalité.

B. Si, dans notre définition de l'anévrisme du cœur, nous posons formellement comme condition caractéristique la permanence de la dilatation, c'est qu'il ne faut pas, en effet, confondre avec l'anévrisme certaines distensions passagères, ou bien ultimes, auxquelles les cavités droites sont particulièrement sujettes. Lors d'un embarras temporaire de la circulation, comme, par exemple, dans une pneumonie, un accès d'asthme, etc., etc., et, très évidemment aussi, lors d'une lente et pénible agonie, il se peut faire que les cavités droites se laissent énormément distendre par l'accumulation du sang. Mais une distension éphémère est un phénomène accidentel et non pas encore un vice organique; c'est un mal, sans doute, et, disons-le sur-le-champ, c'est un mal qui, à force de se répéter, peut tourner irrévocablement à l'anévrisme, mais ce n'est pas encore l'anévrisme même, tant s'en faut. Quant à la distension des cavités droites pendant l'agonie, les auteurs spéciaux, les cardiopathologistes, s'accordent à dire qu'il est aisé de la distinguer, à l'autopsie, d'avec l'anévrisme. Dans l'anévrisme, disent-ils, les cavités ont beau être vidées de tous les caillots qui les engorgent, elles conservent leurs dimensions excessives, tandis qu'au contraire, en cas de distension ultime, elles se resserrent, une fois vides, et reviennent, fort à peu près du moins, à leurs dimensions normales.

C. Ce que nous appelons anévrisme proprement dit, c'est, encore une fois, l'*Anévrisme passif* de Corvisart; c'est la *Cardiectasie atrophique* d'Alibert (*Nosol. nat.*, famill. VI, *Angioses*, genr. VII, esp. 2); c'est ce que M. Bouillaud nomme atrophie excentrique du cœur (746. B.); c'est ce que je proposais de nommer atrophie anévrismatique (746. B.), par opposition à l'atrophie cardiaque avec rapetissement (747).

D. Ainsi que le titre même du présent paragraphe l'a déjà indiqué ou du moins fait pressentir à nos lecteurs, l'anévrisme peut affecter tantôt les quatre cavités du cœur tout à la fois, tantôt deux ou trois d'entre elles, tantôt une seule oreillette ou un seul ventricule. L'observation nécroscopique a constaté, sous ce rapport, toutes les variétés imaginables, encore bien que les cas d'anévrisme proprement dit, les cas de dilatation du cœur sans hypertrophie, soient certainement, il faut l'avouer, des cas assez rares. Mais gardons-nous bien de croire que la nosographie puisse assigner à chacune de ces variétés anatomiques du mal une symptomatologie particulière et caractéristique. Quoi qu'il en soit, au surplus, les auteurs s'accordent à reconnaître que les cavités droites sont celles qui se montrent le plus fréquemment atteintes d'anévrisme, et que, surtout, il est excessivement rare que le ventricule gauche soit seul anévrismatique.

E. Quant à décrire les symptômes et la marche de la maladie, bornons-nous, et pour cause, dans l'impuissance où nous sommes assurément de tracer autant d'histoires distinctes qu'il y a de variétés anatomiques de l'anévrisme cardiaque (D.), bornons-nous à prendre comme type le cas le plus marquant, celui où l'anévrisme affecte la totalité du cœur. Eh bien, ici, comme à l'égard de l'hypertrophie cardiaque, rien de plus naturel, rien de plus vrai que de distinguer trois degrés de la maladie.

α. Dans le *premier degré*, l'observation clinique ne voit poindre et surgir de la part du cœur rien autre chose que des troubles fonctionnels et dynamiques, qui ne décèlent positivement ni l'existence ni, encore bien moins, la nature du vice organique naissant. Palpitations, douleur ou gêne dans la région précordiale, dyspnée habituelle, essoufflement prompt et facile, toux sèche, hémoptysies, cauchemars, réveils en sursaut, etc. : voilà ce qu'il y a de plus frappant; voilà qui accuse une maladie quelconque du cœur, mais sans ôter même l'espérance qu'on n'a peut-être affaire qu'à une pure névropathie.

β. Dans le *second degré*, indépendamment de l'aggravation des symptômes fonctionnels qui précèdent (α), nous pouvons à l'aide de la percussion constater la présence permanente d'un symptôme physique en rapport nécessaire avec une considérable augmentation de volume du cœur : ce symptôme, c'est une matité précordiale beaucoup plus étendue

et beaucoup plus prononcée qu'à l'état normal. Et, au lieu de trouver en coexistence avec cet excès de matité une impulsion énergique de la part du cœur, comme dans le cas d'hypercardiotrophie, nous ne trouvons au contraire qu'un choc faible et qui, souvent même, produit à peine un léger frémissement de la paroi précordiale. De plus, les cardiopathologistes accusent d'un commun accord, dans la symptomatologie de l'anévrisme cardiaque, les phénomènes suivans : 1° une clarté extraordinaire des bruits de tictac; 2° la grande étendue dans laquelle l'auscultation perçoit ces bruits (46. F. ε.), quelquefois à peu près aussi distincts et aussi retentissans en arrière et même à droite que dans la région précordiale; 3° enfin, la mollesse du pouls.

γ. Dans le *troisième degré*, consécutivement à l'exaspération toujours croissante des symptômes locaux, les palpitations devenant de plus en plus fréquentes et incommodes, la dyspnée revêtant de plus en plus les funèbres caractères de l'orthopnée et de l'état de suffocation imminente, surviennent les phénomènes d'hydropisie générale qui sont un effet commun à toutes les affections graves du cœur : anasarque, ascite, hydrothorax, etc. D'où, peu à peu, l'épuisement des forces vitales, et, enfin, la mort.

F. A tout ce qui précède ajoutons encore quelques remarques anatomiques qui méritent bien notre attention. 1° L'amincissement anévrismatique des parois cardiaques peut être tel que le ventricule gauche n'ait plus, par exemple, que cinq millimètres dans sa plus grande épaisseur, et un millimètre seulement à la pointe du cœur. 2° En général, l'amincissement est moins marqué dans la cloison interventriculaire que dans les autres parties. 3° Presque toujours, en outre de l'amincissement, le tissu musculaire du cœur se trouve en même temps flasque et ramolli. 4° Enfin, en cas d'anévrisme un peu considérable, comme la dilatation se fait plutôt dans le sens transversal que dans le sens longitudinal, le cœur perd presque toujours sa forme naturelle; il s'arrondit, et sa pointe s'efface; c'est ce que Laënnec nommait un cœur en gibecière.

G. Toujours, ou presque toujours, avec l'anévrisme du cœur, coexistent divers autres vices anatomiques du même organe, ou du péricarde, ou des gros vaisseaux. Ce qui se rencontre le plus fréquemment en ce genre, ce sont les rétrécissemens des orifices cardiaques, les adhérences du péricarde et les anévrismes de l'aorte. L'étiologie va nous rendre raison tout-à-l'heure (1165) des rapports de cause à effet qui se font clairement apercevoir entre l'existence protopathique de ces vices-là et le développement deutéropathique de l'anévrisme cardiaque.

1165. *Étiologie.* — Un obstacle permanent à la circulation, au libre accomplissement du passage des ondes sanguines à travers le cœur,

voilà bien la cause principale qui amène le développement de l'anévrisme proprement dit. De même que la vessie se dilate en cas de rétention d'urine, de même les cavités cardiaques s'agrandissent lorsque le sang n'en sort pas avec toute facilité et qu'il est ainsi forcé de s'y accumuler outre mesure. L'obstacle est-il temporaire, comme une hépatisation pneumonique, un accès d'asthme, etc. : il n'y a qu'une simple distension des cavités, qui se resserrent ensuite d'elles-mêmes une fois que le torrent circulatoire retrouve un libre cours. Mais il en est autrement lorsque l'obstacle est permanent, comme, par exemple, un rétrécissement des orifices cardiaques : ce qui n'était d'abord qu'une distension devient à la longue un état de dilatation fixe et irrévocable.

Mais, dira-t-on, ce sont les mêmes obstacles qui amènent l'hypercardiotrophie. Hâtons-nous donc de répondre que nous sommes loin de méconnaître cela. Oui, mille fois oui, sous l'influence de ces obstacles, l'hypercardiotrophie se développe plus souvent, infiniment plus souvent que l'anévrisme proprement dit, qui, je le répète, est une affection rare. Rien de plus facile à concevoir. Si le cœur lutte avec énergie contre le mal, et ce doit être là la règle générale, le redoublement d'activité musculaire de cet organe ne peut moins faire que de produire un certain degré d'hypertrophie en même temps que s'opère une dilatation plus ou moins considérable.

Il est donc fort aisé de comprendre que la dilatation pure et simple sans hypertrophie ne peut avoir lieu que sous l'empire de prédispositions particulières et véritablement exceptionnelles. On ne l'a jamais rencontrée que chez des individus d'une constitution extrêmement débile et sans énergie musculaire. Et peut-être même faut-il, indépendamment d'une débilité générale de la constitution, accuser encore je ne sais quelle prédisposition native ou acquise de la part des parois cardiaques.

Quoi qu'il en soit, c'est en arrière, ou si l'on aime mieux, en amont de l'obstacle que se forme l'anévrisme d'une ou plusieurs cavités cardiaques. Ainsi, par exemple, en cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du cœur droit, l'oreillette droite sera seule anévrismatique. Supposez l'obstacle dans l'artère pulmonaire ou dans les poumons : c'est là une cause d'anévrisme tout à la fois pour le ventricule et l'oreillette du cœur droit. Y a-t-il rétrécissement de l'orifice auriculo ventriculaire gauche : alors l'anévrisme peut affecter en même temps et l'oreillette gauche et les cavités droites. Enfin, est-ce par le fait des valvules sigmoïdes de l'aorte, est-ce par un rétrécissement ou un anévrisme de cette artère que la circulation se trouve entravée : alors il peut y avoir un anévrisme de la totalité du cœur.

Au surplus, il ne faut pas croire que la cavité immédiatement située en arrière de l'obstacle soit toujours anévrismatique, encore bien même

que l'obstacle ait déterminé l'anévrisme de cavités plus éloignées. Assurément, non. Car ne savons-nous pas maintenant qu'il faut, pour le développement de l'anévrisme, une certaine prédisposition, une certaine débilité de la part des parois cardiaques? Or, la constitution naturelle de ces parois est loin d'être la même pour toutes les cavités du cœur. Et voilà pourquoi, disons-le maintenant, l'anévrisme des cavités droites est plus fréquent que celui des cavités gauches; pourquoi l'anévrisme du ventricule gauche est un cas si extraordinairement rare (1164. D.). Certes, par exemple, il est bien facile de comprendre que, sous l'influence d'un rétrécissement de l'orifice aortique ou de l'aorte elle-même, l'oreillette gauche devienne seule anévrismatique, tandis que le ventricule peut fort bien résister ou du moins ne se dilater qu'avec hypertrophie.

1166. *Diagnostic.* — A Dieu ne plaise que nous contestions qu'il y ait des cas dans lesquels un praticien habile et expérimenté puisse diagnostiquer avec une certitude à peu près complète l'anévrisme du cœur. Quelquefois, en effet, la matité précordiale, la clarté extraordinaire des bruits de tictac, l'étendue où ces bruits se font entendre à l'auscultation, les circonstances antécédentes et concomitantes, tout, en un mot, concourt à dévoiler la nature du mal. Mais, en général, il faut l'avouer, le diagnostic est très incertain. C'est là un aveu que laissent échapper, par une très louable bonne foi, bien des observateurs froids et sévères, et d'entre ceux qui ont l'expérience la plus consommée en semblable matière. M. Beau, par exemple, est bien un des médecins qui ont le plus droit de faire ici autorité : eh bien, dernièrement encore, il proclamait franchement l'extrême difficulté de reconnaître l'anévrisme cardiaque, non seulement chez les vieillards, mais même chez les adultes (voir le *Journ. de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau, etc.*, n° de décembre 1843, pag. 358). Parler autrement, c'est une grande illusion, si ce n'est peut-être pis encore, si ce n'est, de la part de certains hommes, une erreur volontaire à l'effet d'usurper une réputation de supériorité dans l'exploitation d'une spécialité lucrative.

1167. *Thérapeutique.* — Elle ne peut guère avoir là d'autre rôle que d'être palliative et symptomatique.

Émissions sanguines faites à propos et avec réserve, lorsqu'il y a des signes évidens d'une extrême congestion du système veineux.

Administration de la digitale, et, au besoin, des opiacés.

§ II. De l'Anévrisme cardiaque dit partiel ou latéral.

1168. *Bref aperçu.* — Que l'une des cavités du cœur, au lieu d'éprouver une dilatation générale et à peu près uniforme dans tous les

sens, ne devienne anévrismatique que d'un côté seulement et par une dilatation partielle de sa paroi dans des limites plus ou moins resserrées, de manière à présenter là une cavité accessoire en forme de cul-de-sac plus ou moins étroit et plus ou moins profond : voilà ce que l'on nomme communément aujourd'hui un *anévrisme partiel du cœur.*

C'est dans le ventricule gauche que l'anévrisme partiel a été le plus fréquemment observé, hors de toute comparaison, sans aucun doute. Mais quelques auteurs ont eu bien tort d'avancer que ce vice organique se montrait exclusivement dévolu au ventricule gauche. Les autres cavités du cœur ne laissent pas non plus que d'y être sujettes : c'est là un fait aujourd'hui constant et positivement acquis à la science. M. Vidal, de Poitiers, fit voir à la Société anatomique, en 1830, un cas d'anévrisme partiel du ventricule droit (voir le *Compte-rendu des travaux de la Soc. anat. pendant l'année* 1830, par M. Bérard jeune). M. Chassaignac, en janvier 1836, présenta à cette même Société un cas d'anévrisme partiel de l'oreillette gauche (*Bulletin de la Soc. anat.*, t. II, p. 11). M. Thurnam (article cité, observ. VIII) nous apporte encore un exemple authentique de cette dernière variété. Pourquoi donc l'oreillette droite ferait-elle exception? Pourquoi ne pas penser que l'observation y rencontrera quelque jour l'anévrisme partiel ?

Certes, l'observation l'a aussi démontré, l'anévrisme partiel peut se développer sur tous les points du ventricule gauche. Mais toujours est-il que le plus fréquemment il a son siége vers le sommet; et, après le sommet, il affecte de préférence la base du ventricule. En un mot, la règle est qu'il survient là où les parois ont le moins d'épaisseur naturelle.

Quoi qu'il en soit, l'anévrisme partiel du cœur se présente sous deux formes principales : 1° il peut être entièrement situé dans l'épaisseur des parois cardiaques et ne faire aucune saillie à la surface extérieure de l'organe; 2° il peut constituer une sorte de tumeur saillante et comme superposée au cœur. Inutile sans doute d'ajouter que l'étendue de ce cul-de-sac accidentel d'une cavité cardiaque offre bien des variétés : quelquefois, par exemple, c'est à peine si elle contiendrait une noisette; d'autres fois, elle a le volume d'une noix, d'un œuf de poule, d'une orange, et même d'une orange fort grosse. Tantôt l'ouverture ou l'entrée de ce cul-de-sac est beaucoup plus étroite que le reste; tantôt au contraire elle est aussi large ou même plus large encore.

Quant aux parois de l'anévrisme partiel, quelquefois, mais très rarement, on n'y a reconnu rien que l'endocarde et le péricarde, accolés immédiatement l'un à l'autre, sans aucun vestige de fibres musculeuses intermédiaires; plus fréquemment, il s'est trouvé que l'endocarde manquât et qu'ainsi les parois fussent réduites au feuillet du péricarde et à une couche musculeuse plus ou moins mince; mais, plus ordinaire-

ment, à ce qu'il paraît, on retrouve là l'endocarde, un plan musculaire et le péricarde, comme dans l'état normal des parois cardiaques. Notons maintenant que, bien des fois, l'endocarde a présenté des altérations de nature probablement phlegmasique : il était blanc, opaque, épaissi. On a vu, dans quelques cas, l'anévrisme devenu intimement adhérent au feuillet pariétal du péricarde, ou bien un degré quelconque d'opacité, d'épaississement et d'état phlegmasique de la portion de péricarde qui correspondait à l'anévrisme.

D'ordinaire, l'autopsie rencontre à l'intérieur de l'anévrisme des caillots qui s'y sont formés pendant l'agonie, et même des dépôts fibrineux de date ancienne; mais quelquefois, pourtant, on le trouve complétement vide.

En règle générale, le cœur ne se trouve avoir qu'un seul anévrisme partiel. Mais quelquefois on a vu deux, trois et même quatre de ces anévrismes-là exister à la fois sur un seul et même cœur.

Il y a des cas dans lesquels le cœur ne présente pas d'autre vice anatomique qu'un anévrisme partiel. Point de doute à cet égard : la science possède là-dessus des observations authentiques et formelles. Mais assez ordinairement, il faut le dire, avec l'anévrisme partiel on voit coexister d'autres vices organiques du cœur, — notamment, par exemple, l'hypertrophie ou l'anévrisme proprement dit d'une ou plusieurs cavités ou du viscère tout entier, — la transformation cartilagineuse ou osseuse des valvules mitrales, ou bien des valvules aortiques, etc.

Breschet, — qui le premier composa une monographie de l'anévrisme partiel du cœur, en la fondant sur l'analyse de dix cas observés, soit par lui-même, soit, avant lui, par Baillie, Corvisart et d'autres encore, — Breschet avait conclu que ce mal-là était toujours d'une nature analogue à l'anévrisme faux des artères; en un mot, qu'il ne pouvait se former que consécutivement à la rupture ou à l'ulcération de l'endocarde et des fibres musculaires. Quelques pathologistes, au contraire, ne voulurent voir là, pour tous les cas sans exception, rien autre chose qu'un anévrisme vrai ou par pure dilatation. Ni l'un ni l'autre de ces systèmes exclusifs n'a prévalu dans l'opinion du public médical. Et aujourd'hui l'on s'accorde généralement à reconnaître l'égale possibilité des deux modes pathogéniques en question, attendu les différences que l'observation a constatées, comme nous venons de le voir il y a quelques lignes, dans l'état des parois de la cavité anévrismale, tantôt dépourvue effectivement d'endocarde, tantôt munie de cette membrane comme si de rien n'était.

Après cela, jusqu'à quel point est-il exact de prétendre, avec M. Cruveilhier, M. Prus et quelques autres pathologistes, que l'intervention préalable d'une endocardite qui se concentre dans des limites plus ou

moins étroites soit une condition des plus importantes, des plus essentielles, pour le développement de l'anévrisme partiel vrai? Je pose la question; mais ce n'est pas moi, certes, qui la trancherai, tant il me semble qu'à cet égard la science est encore loin de pouvoir être faite!

En résumé, l'étiologie de l'anévrisme partiel du cœur reste jusqu'à présent plongée dans une bien profonde obscurité.

En ce qui touche à la symptomatologie, nous avons peu de chose à dire. Quelquefois le mal peut demeurer entièrement latent, sans aucun trouble apparent dans la santé, jusqu'à l'instant où la rupture de l'anévrisme s'opère, laisse échapper le sang à flots abondans et rapides dans le péricarde, le médiastin ou la plèvre, et amène ainsi une mort subite ou du moins extrêmement prompte : notons tout de suite que cette rupture est un accident particulièrement propre aux cas dans lesquels l'anévrisme partiel n'a pas contracté d'adhérences intimes et solides avec le feuillet séro-fibreux du péricarde. Sans aucun doute, hâtons-nous aussi de le dire, l'absence complète de symptômes chez un individu atteint d'anévrisme partiel du cœur n'est pas la règle générale. Loin de là. La plupart des individus chez lesquels l'autopsie a révélé l'existence de cet anévrisme avaient présenté de leur vivant un certain ensemble de symptômes communs aux diverses cardiopathies chroniques : palpitations, douleurs précordiales, dyspnée, essoufflemens, hémoptysies, œdème des extrémités inférieures, anasarque, etc., etc. Mais, au milieu de tout cela, il est en vérité impossible, quant à présent du moins, de faire la part de l'anévrisme partiel, si ordinairement compliqué, comme on l'a déjà vu, d'autres vices cardiaques, — la part qui lui serait précisément imputable et qui pourrait servir à le caractériser, à en fonder le diagnostic. Au surplus, il va sans dire que, dans les cas de maladie évidente du cœur, aussi bien que dans ceux de complète latence de l'anévrisme dont il s'agit, la mort peut quelquefois survenir inopinément par la brusque rupture des parois anévrismatiques, tandis que d'autres fois, sans l'intervention d'un si terrible accident, elle est lentement amenée par l'épuisement progressif des forces vitales, comme un dénouement prévu en quelque sorte à jour et à heure fixe.

Maintenant, qu'ai-je à parler du traitement d'une affection qui demeure à peu près inaccessible au diagnostic, est essentiellement incurable, et n'admet que des soins palliatifs?