

mamelonnaire). Dans quelques cas, la saillie est limitée au voisinage du sternum, et s'étend dans l'espace compris entre la partie latérale de cet os, le mamelon et la deuxième côte (*sterno-mamelonnaire*). M. Louis a décrit une saillie à peu près aussi fréquente que la première, et qui coexiste généralement avec elle. Elle se remarque dans la région sus-claviculaire (saillie *sus-claviculaire*); le creux qui existe en ce point à l'état normal est alors plus ou moins effacé. J'ai vu même plusieurs fois se dessiner sur la partie inférieure et latérale du cou une tumeur ayant parfois 5 à 6 centimètres de hauteur, élastique, sonore, dans laquelle on percevait à l'auscultation un murmure vésiculaire plus ou moins affaibli. C'est le sommet du poumon qui fait effort pour s'échapper de la cage thoracique; je n'ai encore rencontré cette disposition que chez des femmes. Dans quelques cas exceptionnels, mais moins rares pourtant que ceux dont je parlais en dernier lieu, on a observé à la partie supérieure du dos une saillie pareille à celle qui existe antérieurement.

Il résulte de ce qui précède et de l'analyse d'un grand nombre d'observations faites par MM. Louis et Woillez : 1° que les dilatations partielles, plus communes que les dilatations générales, occupent presque toujours la face antérieure, ce qu'on s'explique en se rappelant que l'emphysème siège surtout sur le bord antérieur des poumons, et que les vésicules y ont surtout leur maximum de dilatation; 2° que les dilatations partielles sont plus fréquentes à gauche qu'à droite, dans les rapports de 15 : 7 (Jackson), de 8 : 4 (Louis), de 10 : 3 (Woillez), circonstance qu'il est difficile, sinon impossible d'expliquer; 3° enfin, que les dilatations partielles ou générales sont toujours formées à la fois, et par la saillie des côtes, et par celle des muscles intercostaux; ceux-ci, agrandis et saillants au niveau des déformations, continuent au contraire à être déprimés comme à l'état normal, dans le reste de la poitrine.

Nous devons rapprocher des déformations thoraciques le déplacement que le diaphragme subit dans les emphysemes étendus, et que M. W. Stokes a surtout bien étudié. Dans ces cas, la respiration est plus gênée; l'épigastre est plein, résistant; le foie déborde les côtes; le cœur est abaissé parfois au point de répondre au neuvième ou au dixième espace intercostal. Enfin, la sonorité et le bruit respiratoire peuvent être perçus au niveau de la dernière côte, et en avant jusqu'à 6 centimètres au-dessous du cartilage xiphoïde. Lorsque le diaphragme est déplacé, il n'y a pas nécessairement de voussure à la partie supérieure du thorax.

3° *Sonorité de la poitrine*. — Si l'on percute la poitrine au niveau des voussures, on obtient un son plus clair que d'ordinaire, mais il n'est pas cependant aussi tympanique que celui que donne le pneumothorax; il diffère aussi du son qu'on entend à l'état sain, en ce qu'il n'est pas modifié pendant une forte inspiration (Stokes). Dans l'emphysème, le doigt qui percute a en outre la sensation d'une élasticité plus grande, ce qui s'explique par la plus grande quantité d'air que les poumons emphysemateux renferment. Ces phénomènes n'existent pas également dans tous les points de la poitrine; mais ils ont leur maximum d'intensité au niveau des saillies que j'ai décrites. Lorsque la déformation est générale, toute la poitrine est également sonore. Ce serait une erreur de croire que l'exagération du son soit en rapport avec la quantité d'air renfermée dans les poumons. Loin de là, Skoda a établi que, lorsque le poumon est très-distendu, la percussion est peu sonore. Ce fait, qui semble *a priori* très-étrange, a été vérifié expérimentalement sur les cadavres par M. Roger. Cet observateur dit que si l'on percute un poumon sain pendant qu'un aide insuffle l'organe, on constate que le son est d'autant moins tympanique que la distension des

cellules est plus forte, et qu'il finit par être presque mat lorsque cette distension est excessive; que si, par inverse, on laisse s'écouler graduellement l'air accumulé dans les vésicules, et si l'on percute en même temps, le son reparaît de plus en plus tympanique (1). On s'explique par là pourquoi la sonorité est en général moins considérable dans l'emphysème général que dans celui qui est partiel.

L'air étant un mauvais conducteur des vibrations produites par la toux et par la voix, il en résulte que si l'on applique l'oreille ou la main sur la poitrine d'un emphysemateux pendant qu'il tousse ou qu'il parle, on sent à peine la vibration des parois.

4° *Auscultation*. — Dans l'emphysème, il y a diminution ou absence complète du bruit respiratoire, ce qui peut s'expliquer parce qu'un certain nombre de cellules déjà distendues par l'air sont imperméables à la colonne du fluide qui arrive dans la poitrine à chaque inspiration. Ce phénomène d'auscultation est en général limité à un point plus ou moins circonscrit; il se remarque surtout au niveau des saillies, et là où existe une sonorité exagérée. Quelquefois, au lieu d'être affaibli, le murmure vésiculaire a seulement perdu sa douceur, son moelleux; il est sec, et souvent alors le bruit d'expiration, qui est à peine marqué à l'état normal, devient plus ou moins rude et prolongé. L'auscultation des sujets emphysemateux révèle encore l'existence des râles sibilant, ronflant, muqueux et sous-crépitant, c'est-à-dire de tous les râles de la bronchite. Les deux premiers existent disséminés dans toute la poitrine, quelquefois ils sont plus circonscrits, ou même ils sont limités au niveau des saillies. Les autres ne sont généralement perçus qu'en arrière, à la base et à la racine des deux poumons, et à peu près également de l'un et de l'autre côté. Dans des cas qui ne sont pas très-rares, le râle sous-crépitant existe dans presque toute l'étendue de la poitrine, surtout au niveau des voussures. Ces bruits morbides n'offrent rien de caractéristique relativement à l'emphysème; ils indiquent seulement une complication catarrhale. C'est à celle-ci qu'il faut aussi attribuer la toux plus ou moins forte et pénible que les emphysemateux éprouvent, des crachats plus ou moins abondants qu'ils rejettent, et enfin les douleurs thoraciques, qui généralement sont peu vives et sont presque toujours limitées à la partie antérieure.

5° *Troubles circulatoires*. — M. Louis a trouvé que la moitié des emphysemateux éprouvaient des palpitations; que celles-ci commençaient à une époque plus ou moins éloignée du début; enfin que, lorsque la maladie était ancienne, on voyait survenir de l'œdème, qui, de même que les palpitations, se rattache non à l'emphysème, mais à une maladie du cœur qui vient le compliquer.

Marche. Durée. Terminaisons. — L'emphysème est une maladie chronique dont le début est obscur et la marche très-lente. Dans l'état ordinaire, il ne produit d'autre incommodité qu'un peu de dyspnée, qui s'accroît avec l'âge, s'exaspère de temps en temps sous l'influence des causes dont nous avons parlé, et qui enfin revient souvent sous forme d'accès (*accès d'asthme*). L'emphysème dure un nombre d'années variable; on cite pourtant quelques cas où la mort serait survenue au bout d'un à deux mois; mais chez ces malades l'emphysème se compliquait de quelque autre affection grave des poumons ou du cœur. L'emphysème, lorsqu'il est très-ancien et très-étendu, et qu'il s'accompagne de bronchite, de beaucoup de dyspnée, peut finir par épuiser la constitution, et amener la mort dans un état d'asphyxie lente; cependant le

(1) *Archives générales de médecine*, 4^e série, t. XXIX.

plus souvent les malades succombent à quelque complication, surtout à une affection organique du cœur, ou à une maladie aiguë intercurrente. Enfin, dans quelques cas rares, la mort arrive subitement ou très-rapidement, par suite du brusque développement d'un emphysème intervésiculaire; cet effet a lieu quelquefois au milieu d'une quinte de toux, ou après des efforts violents qui produisent la rupture de quelques vésicules dilatées, et consécutivement un épanchement d'air dans le tissu cellulaire intervésiculaire et sous-pleural. Des faits de ce genre ont été rapportés par plusieurs médecins, notamment par Prus, dans le tome X des *Mémoires de l'Académie de médecine*.

Diagnostic. — On peut résumer ainsi avec M. Louis les caractères principaux de l'emphysème pulmonaire : C'est une maladie apyrétique, de longue durée, qui débute souvent dès la première jeunesse, rarement après cinquante ans, par une dyspnée qui, peu considérable d'abord, augmente avec l'âge, et s'exaspère fréquemment par accès. Cette dyspnée, souvent précédée de toux, s'accompagne presque toujours de catarrhe pulmonaire à une époque variable de son cours; puis vient s'y joindre une déformation de la poitrine presque toujours partielle, et siégeant communément dans les régions sus-claviculaire et claviculo-mammaire. Dans les points saillants, la percussion est plus sonore et l'élasticité plus grande; le bruit respiratoire est affaibli ou nul; des râles divers sont disséminés dans la poitrine; enfin, à une époque avancée, on voit survenir des palpitations et de l'œdème. Une maladie qui se présente avec l'ensemble de ces caractères ne peut être autre chose qu'une dilatation des vésicules pulmonaires.

En n'ayant égard qu'à quelques signes isolés, on pourrait parfois éprouver des difficultés, confondre l'emphysème vésiculaire avec différentes maladies aiguës ou chroniques des poumons, de la plèvre, du cœur et des gros vaisseaux. Ainsi une dyspnée continue fait souvent supposer qu'il existe une maladie du cœur; mais outre qu'une exploration attentive ne justifie pas cette manière de voir, on peut, en ayant égard seulement à l'ancienneté de la dyspnée, qui remonte souvent à l'enfance, à sa persistance, à la forme des accès, la rattacher à l'existence d'une dilatation des vésicules, car elle ne se présente jamais de la même manière dans les nombreuses affections du cœur et des poumons, dont elle est un des symptômes les plus constants. La dilatation partielle de la poitrine pourrait faire croire à l'existence d'une pleurésie circonscrite ou d'une tumeur solide spécialement formée par le cœur ou bien par un anévrisme de l'aorte. Mais, faisant abstraction des symptômes qui sont spéciaux à chacune de ces affections, nous dirons que la percussion peut à elle seule éclairer le diagnostic; elle donne, en effet, une sonorité exagérée dans tous les cas d'emphysème, et de la matité toutes les fois que la voussure est produite par un liquide ou par une tumeur solide. C'est encore par la percussion, et en ayant égard au plus ou moins de sonorité qu'elle donne, qu'on déterminera le plus souvent la nature des lésions qui, à l'instar de l'emphysème vésiculaire, affaiblissent plus ou moins le murmure respiratoire. Ainsi la faiblesse de la respiration dépend-elle d'un léger épanchement pleurétique, ou de la présence de tubercules, la percussion fournira un son obscur et mat. Cette faiblesse tient-elle à ce que la bronche principale d'un poumon ou d'un de ces lobes se trouve comprimée par une tumeur (presque toujours anévrysmale), la sonorité est à peu près normale, mais elle n'est jamais exagérée : il n'y a point de voussure, à moins que la tumeur ne soit voisine des parois, et dans ce dernier cas on trouve une matité à ce niveau et divers phénomènes fournis par l'auscultation. (Voyez *Anévrysmes de l'aorte*.)

L'emphysème ne sera pas confondu avec la bronchite qui le complique presque toujours. Ces deux affections, quoique unies l'une à l'autre, se distinguent néanmoins aisément par les phénomènes d'auscultation et de percussion. La bronchite chronique simple, quelque ancienne d'ailleurs qu'elle soit, ne détermine ni voussure ni exagération dans la sonorité, et si elle produit parfois des accès d'oppression qui ressemblent à ceux de l'emphysème, ces accès trouvent leur explication, ou dans l'extension de la bronchite aux rameaux capillaires, ou dans des mucosités accumulées en grande quantité et difficilement expectorées.

L'emphysème est une affection qui est fréquemment confondue avec la tuberculisation. En effet, la toux continue, l'expectoration, et surtout les râles sous-crépitants existant souvent sous la clavicule au niveau des voussures, peuvent en imposer quelquefois. Mais si l'on considère que ces râles sont variables, qu'ils disparaissent parfois pendant un temps plus ou moins long; si l'on a égard à l'exagération de sonorité que la percussion donne à ce niveau, à la voussure qui existe dans la région sous-claviculaire, à l'absence de tout retentissement de la toux et de la voix dans ces points, circonstances d'autant plus dignes d'attention que dans le cas de tubercules il devrait y avoir matité, ou du moins obscurité du son; si, enfin, on remarque qu'il n'existe aucun des signes rationnels qui accompagnent la fonte tuberculeuse, comme la diarrhée, la fièvre hectique et les sueurs nocturnes, on évitera une erreur grave. Cependant il importe de savoir que l'emphysème complique plus souvent qu'on ne croit les tubercules pulmonaires, et qu'il peut masquer pendant un temps fort long, et parfois même jusqu'à la fin, les signes physiques qui révèlent sûrement l'existence de ces produits morbides : aussi est-on parfois plus éclairé par les symptômes rationnels que par les résultats de percussion et d'auscultation, qui, étant ceux de l'emphysème, en imposent aisément et contribuent ainsi à entretenir une sécurité trompeuse. Mais si l'on a égard à l'existence d'hémoptysies antérieures, à l'amaigrissement actuel qu'un emphysème seul est incapable d'expliquer, si surtout il existe des sueurs partielles, un mouvement fébrile revenant le soir, une diarrhée continue ou sujette à de fréquents retours, de l'aphonie, une intumescence douloureuse ou indolente du foie, on ne devra conserver aucun doute sur l'existence de tubercules nombreux et parvenus à une période avancée de leur évolution, lors même que l'exploration ne donnerait que des résultats négatifs, c'est-à-dire ne révélerait rien autre qu'un emphysème compliqué de bronchite.

Laënnec croyait que l'on pouvait distinguer l'un de l'autre l'emphysème vésiculaire et l'emphysème interlobulaire; mais nous avons dit dans le premier volume (p. 891) qu'on ne connaissait aucun signe propre à cette dernière affection.

Les palpitations et l'œdème sont deux symptômes qui font soupçonner la complication de l'emphysème avec une maladie du cœur. Ces signes ont d'autant plus de valeur, que l'auscultation et la percussion ne fournissent le plus souvent que des résultats obscurs, en raison de l'augmentation du volume du poumon, qui, recouvrant la région précordiale et refoulant en avant la paroi thoracique, fait par là que le cœur est situé à une plus grande profondeur et qu'il est moins accessible à nos moyens d'investigation.

Pronostic. — Quoique l'emphysème vésiculaire n'empêche pas quelques individus de parcourir une assez longue carrière, il doit pourtant être considéré comme une infirmité incommode qui le plus souvent même abrège la vie des sujets qu'il affecte, et qui, comme nous l'avons vu, est suivie dans un

grand nombre de cas d'une affection organique du cœur. Aucun fait ne prouve que l'emphysème pulmonaire soit susceptible de guérison. On conçoit pourtant que les vésicules puissent reprendre leur volume lorsque leur dilatation a été mécanique et lorsque celle-ci n'a pas duré assez longtemps pour qu'elles aient perdu leur élasticité ou pour qu'elles aient été atteintes d'hypertrophie ou d'atrophie.

Causes. — L'emphysème pulmonaire est une maladie souvent héréditaire : c'est ainsi que sur vingt-huit emphysemateux observés par MM. Louis et Jackson, il y en a eu dix-huit dont le père ou la mère avaient été atteints de la même affection. M. Piorry a aussi constaté l'hérédité de la maladie. Dans les cas où l'emphysème vésiculaire reconnaît une cause héréditaire, il commence le plus souvent avant la vingt-deuxième année (Jackson); on a même rencontré des vésicules très-dilatées chez des enfants naissants.

On ne sait rien encore de positif sur l'influence des différentes causes occasionnelles dans la production de l'emphysème : il n'est pas prouvé que la maladie soit plus commune chez les individus exerçant une profession qui les force à faire de grands efforts respiratoires, ou chez ceux qui sont obligés de soulever des fardeaux. Cette cause pourtant semble assez probable; mais son action dans la production de l'emphysème vésiculaire n'est pas encore démontrée, tandis que nous avons prouvé ailleurs que l'emphysème intervésiculaire était souvent la conséquence d'efforts violents, comme la médecine vétérinaire nous en fournit d'ailleurs de très-fréquents exemples.

Laënnec a considéré le catarrhe pulmonaire sec, celui dans lequel les malades rendent de petits crachats très-visqueux et perlés, comme étant la cause la plus directe et la plus active de la dilatation des vésicules pulmonaires; il explique d'une manière toute mécanique le développement de la lésion. Il suppose, avec raison, que les vésicules se trouvant obstruées par un mucus visqueux et tenace, ou par le boursoufflement de la muqueuse, l'air qui y pénètre pendant une forte inspiration ne peut plus en être expulsé pendant l'expiration; le fluide reste donc emprisonné dans les vésicules, qu'il doit finir par dilater. Le même effet est produit par la bronchite capillaire, qui, comme nous l'avons établi, détermine nécessairement, quand elle est très-étendue, un emphysème des parties antérieure et supérieure des poumons.

N'a-t-on pas cependant un peu exagéré l'importance du catarrhe pulmonaire dans la production de l'emphysème? C'est ce que nous croyons, et c'est aussi ce que M. Louis pense. On peut, en effet, objecter qu'il est difficile, dans un grand nombre de cas d'emphysème, de reconnaître l'existence d'un catarrhe pulmonaire antérieur; de plus, ainsi que l'observe M. Louis, le maximum de l'emphysème a lieu au bord tranchant du poumon et dans son voisinage, tandis que le catarrhe pulmonaire aigu intense a son siège primitif en arrière et en bas; enfin la pneumonie, malgré le développement des vésicules qui l'accompagne, semble étrangère à la production de l'emphysème : c'est là un fait que nos recherches ont confirmé. On doit donc admettre que dans un grand nombre de cas la dilatation des vésicules et les autres altérations de leurs parois sont tout à fait spontanées, c'est-à-dire qu'elles se font sous l'influence de causes dont la nature nous est complètement inconnue. M. Andral professe la même opinion. Si la bronchite provoque souvent l'emphysème, ainsi que nous l'avons établi, c'est moins, comme le dit M. Gavarret, par l'obstruction des bronches qu'elle détermine, que par les efforts et par les quintes de toux qu'elle provoque. Ces deux circonstances pourtant doivent agir. Quoi qu'il en soit, quand on étudie le rôle de la bronchite dans la produc-

tion de l'emphysème, il faut bien distinguer la bronchite capillaire de l'inflammation des grosses bronches : la première a une action incontestable, tandis que la seconde a des effets incertains.

Les troubles du système nerveux exercent-ils quelque influence sur la production de la maladie? Nous le croyons, sans pouvoir pourtant rien indiquer de précis à cet égard. Disons seulement que Laënnec et M. Louis ont vu l'emphysème naître après une simple émotion morale, et M. Longet a prouvé que la section du nerf vague produisait l'emphysème en paralysant le tissu pulmonaire, dont les vésicules se laissent alors distendre passivement par l'air.

Traitement. — Nous avons vu que l'emphysème devenait surtout incommode lorsqu'il se compliquait d'un catarrhe pulmonaire aigu; il faut donc tâcher de prévenir celui-ci par une hygiène convenable.

Lorsque la dyspnée est médiocre et la bronchite peu intense, on se bornera à l'emploi de quelques boissons pectorales et à conseiller le repos. Lorsque la dyspnée est plus incommode, lorsque surtout elle offre des exacerbations, on ajoute aux moyens précédents quelques rubéfiants sur les membres inférieurs, et des révulsifs sur le tube digestif. Mais lorsque la respiration est très-gênée, lorsque la face est injectée, bleuâtre, lorsque enfin il y a des preuves que la circulation est gênée et que les poumons sont le siège d'une congestion, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées. Cependant, nonobstant ces moyens énergiques, on voit souvent la dyspnée persister au même degré; il est même d'observation que les émissions sanguines réussissent ici moins bien qu'on ne le supposerait *a priori*. La médication qui amène communément le soulagement le plus prompt, c'est l'émétique ou l'ipécacuanha. Les vomitifs sont surtout indiqués lorsque la sécrétion bronchique est abondante, et lorsque les crachats sont difficilement expulsés. Dans ces cas, on opère souvent avec avantage une vive révulsion sur le thorax, à l'aide d'un très-large vésicatoire. Si l'emphysème affecte des vieillards plus ou moins affaiblis, il est indiqué de leur prescrire des boissons un peu stimulantes, aromatiques et toniques. Les balsamiques et les eaux sulfureuses en boisson ont ici, comme dans la bronchite chronique simple, une application utile. On donne également avec avantage les bains de Baréges, qui agissent à la fois, et comme modificateurs de la sécrétion bronchique par les vapeurs que les malades respirent, et comme excitant le système cutané. Inutile de rappeler ici que la complication de l'emphysème avec une maladie du cœur pourra devenir la source d'indications nouvelles. (Voyez les *Maladies du cœur*.)

De tous les symptômes qui accompagnent l'emphysème, la dyspnée est le plus persistant et le plus incommode; on le modère souvent par les sédatifs, par des stupéfiants et surtout par l'opium. M. Louis a eu le mérite de mettre ce fait hors de doute, et il n'a guère trouvé de contradicteurs. 10 à 15 centigrammes d'extrait gommeux suffisent le plus souvent : cependant, dans quelques cas rebelles, Prus n'a pas craint de pousser progressivement la dose jusqu'à 60 et même 80 centigrammes par jour; mais on comprend qu'une dose aussi considérable pourrait avoir parfois de graves inconvénients. L'opium n'est pas le seul narcotique qu'on emploie en pareil cas : quelques médecins ont recours, dans les mêmes circonstances, à la belladone, mais ce médicament est bien moins utile. Enfin, très-souvent on fait fumer dans une pipe ou en cigarette 2 à 8 grammes de feuilles sèches de stramonium. Les malades auront soin d'avaler ou plutôt d'inspirer une partie de la fumée.

Lorsqu'on a combattu le catarrhe et rendu la respiration plus facile, il faut conseiller au malade un régime convenable, approprié aux forces, à la consti-

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^{er}, 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.)