

qui sont consécutives au cancer) qui sont assez larges pour admettre l'indicateur. Mais la plupart sont beaucoup plus petites, car elles recevraient à peine une lentille, un petit pois ou la tête d'une épingle. Il en est même qui ne consistent qu'en un pertuis extrêmement fin, elles pourraient passer inaperçues, si, pour les découvrir, on n'avait soin d'insuffler l'intestin sous l'eau. Leurs bords sont généralement amincis, ramollis, ou bien indurés, friables, diversement colorés et parfois sans coloration anormale. Elles s'ouvrent presque constamment directement dans le péritoine; quelquefois pourtant, ainsi que cela résulte de quelques faits rapportés par Corbin dans les *Archives* de 1830, la perforation intestinale communique avec le péritoine à l'aide de trajets fistuleux creusés dans l'épaisseur du mésentère.

Si, comme cela a presque toujours lieu, la perforation s'est faite dans le péritoine, et avant qu'aucune adhérence se soit organisée, on trouve tous les caractères anatomiques d'une péritonite suraiguë; si, à mesure que le travail ulcératif faisant des progrès vers l'extérieur, des adhérences protectrices se sont organisées, la perforation se sera opérée dans un point du péritoine très-circonscrit, et il se sera formé une sorte d'abcès stercoral entre quelques anses intestinales, abcès qui, si le malade a vécu assez longtemps, aura pu se frayer une issue à travers celles-ci. Il a pu se faire aussi que l'anse intestinale, au moment de la perforation, adhérerait intimement à une autre anse, ou à un autre viscère creux, ou à la paroi abdominale, et que, le travail ulcératif se propageant à ces parties, il se soit établi une fistule intestinale d'anse à anse, ou une communication avec la vessie, avec l'utérus, le vagin, les trompes, etc., ou directement avec l'extérieur. Il peut arriver encore qu'après que l'ulcération a perforé l'intestin et un autre organe creux adhérent à lui, il se soit établi une nouvelle perforation en sens inverse, qui fasse communiquer celui-ci avec un autre point des voies digestives. Le cas peut-être le plus curieux qui existe en ce genre est celui qu'a rapporté Chomel. Il a vu sur un cadavre le duodénum communiquer librement avec le colon transverse au moyen de la vésicule biliaire, qui était largement ouverte des deux côtés. Enfin, si la perforation s'était faite à travers la partie du cæcum qui n'est pas recouverte par le péritoine, on trouverait un abcès souvent gangréneux dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite.

Symptômes. Marche. — J'ai déjà exposé en détail dans le premier volume, en traitant des complications de la fièvre typhoïde, les symptômes formidables qui survenaient lorsque, la perforation s'opérant, les matières et les gaz contenus dans l'intestin s'épanchaient dans le péritoine. Ces symptômes sont ceux d'une péritonite suraiguë, qui presque toujours se termine en quelques jours par la mort. Les accidents sont les mêmes, et ne se distinguent que par une gravité un peu moindre, lorsque, ainsi que nous l'avons supposé, la perforation s'opère dans un point circonscrit du péritoine. Si la perforation intéressant le cæcum fait communiquer l'intestin avec le tissu cellulaire, on voit se développer un phlegmon qui se termine très-prompement par suppuration, et le pus, lorsqu'on lui pratique une issue artificielle, sort mélangé à des gaz et à des matières stercorales. Le décollement est alors en général très-étendu; la persistance de la fistule intestinale rend la suppuration très-abondante, et la cicatrisation du foyer fort difficile: aussi la plupart des malades succombent-ils après un temps plus ou moins long.

Lorsque la perforation s'établit de manière que l'intestin communique plus ou moins directement avec certains organes creux, comme la vessie ou le vagin, on voit s'échapper par ces organes, d'une manière continue ou par inter-

valles, des gaz et des matières fécales, ce qui permet d'établir un diagnostic des plus certains. Mais on comprend qu'il n'est aucun signe pour faire reconnaître la communication anormale existant entre deux anses d'intestins; observons même que cette communication ne produit aucun trouble fonctionnel toutes les fois qu'elle s'établit entre deux points de l'intestin peu éloignés l'un de l'autre. Il n'en serait pas de même si une fistule un peu large faisait communiquer, par exemple, la partie supérieure du jéjunum avec un point du gros intestin, car la plupart des aliments séjournant à peine dans les voies digestives, on verrait les malades maigrir, dépérir, à peu près comme dans un cas d'anus contre nature établi dans un point assez voisin de l'estomac.

La perforation qui se fait à travers les téguments s'opère peut-être toujours à l'aide d'un abcès formé dans les parois abdominales, et qui, en s'ouvrant à la peau, laisse échapper des gaz et des matières fécales, preuve certaine d'une communication avec l'intestin.

Diagnostic. — La perforation intestinale n'a d'autres signes que ceux d'une péritonite violente suraiguë développée tout d'un coup. Nous renvoyons à ce que nous avons dit sur ce point dans le tome I^{er}, à l'article *Péritonite symptomatique*.

Une rupture de la rate produit parfois des accidents qui ressemblent beaucoup à ceux que la perforation intestinale détermine; mais il s'y joint communément aussi des signes d'une hémorrhagie interne. Ainsi, outre la douleur vive et subite qui se déclare dans le ventre, outre l'altération des traits, la fréquence extrême du pouls et les vomissements, il y a des sueurs froides, des syncopes et tous les autres signes d'hémorrhagies graves.

Les accidents produits par la perforation intestinale dans le péritoine offrent quelque ressemblance avec les symptômes de l'iléus, et j'ai vu parfois des hommes expérimentés hésiter sur le traitement à suivre, traitement qui est fort différent dans les deux cas. Dans les deux affections, en effet, il y a douleur vive du ventre, hoquets, vomissements, suppression des selles. Cependant, dans l'iléus, qui débute, la sensibilité du ventre est manifeste dans un point, mais il n'existe pas de signe de péritonite; la constipation est complète; les vomissements, généralement peu répétés dans la perforation, sont plus fréquents; ils sont même parfois presque incessants dans le cas d'iléus, et ils finissent par devenir stercoraux. Ce n'est pas au début non plus d'un étranglement interne, mais plus tard, que l'on voit le pouls acquérir cette fréquence et cette petitesse extrême, la face présenter cette altération profonde, la peau ce refroidissement glacial, les extrémités des doigts cette teinte cyanique que l'on rencontre si communément dès les premiers moments de la perforation. Cette différence dans la marche des accidents est un excellent caractère distinctif entre les deux maladies.

Pronostic. — Quelle que soit la manière dont elle s'opère, la perforation intestinale constitue toujours un des accidents les plus graves. Lorsque l'intestin est mis en communication avec le péritoine, la mort est presque inévitable, car c'est à peine si l'on trouve dans les annales de la science cinq ou six cas de guérison. Sans offrir une gravité comparable, la perforation qui fait communiquer l'intestin avec le tissu cellulaire des fosses iliaques ou des lombes se termine également presque toujours par la mort, probablement en raison de la difficulté qu'on éprouve à amener la cicatrisation du foyer. L'ouverture de l'intestin dans un des organes creux qui l'environnent constitue également une lésion incurable; mais elle n'entraîne pas ordinairement des accidents immédiatement ou prochainement fâcheux. Les fistules intestinales qui s'ouvrent

à la surface des téguments sont les seules contre lesquelles l'art chirurgical puisse intervenir efficacement.

Traitement. — Nous avons exposé dans le premier volume, à l'occasion du traitement de la fièvre typhoïde, les règles qui doivent diriger le médecin dans les cas où l'intestin s'ouvre dans le péritoine. On peut résumer ainsi les préceptes que nous avons donnés : repos absolu, immobilité, absence de toute pression sur le ventre, abstinence des boissons, administration de l'opium à haute dose ; puis, si l'état du pouls le permet, applications de sangsues sur les points les plus douloureux du ventre, suivies d'onctions faites avec l'onguent napolitain. S'il se formait un foyer circonscrit, il faudrait pratiquer aussitôt une issue artificielle au pus.

2^o *Perforation de dehors en dedans.* — Les perforations qui se font de dehors en dedans résultent, avons-nous dit, de l'extension à l'intestin d'une maladie d'un des organes voisins. Nous en avons déjà rencontré de nombreux exemples, et nous en citerons beaucoup d'autres : c'est ainsi que les abcès et les kystes hydatiques du foie et des reins, les calculs biliaires, les abcès des fosses iliaques, des ligaments larges et des ovaires, les anévrysmes des principales artères abdominales, s'ouvrent quelquefois dans les intestins. L'issue au dehors, par l'anus, des matières contenues dans les tumeurs et l'affaissement de ces dernières caractérisent la perforation intestinale. Celle-ci est souvent un mode de guérison, quelquefois elle est la source de nouveaux accidents ; dans quelques cas, enfin, elle est plus ou moins promptement fatale : c'est ce qui a lieu, par exemple, lorsqu'une tumeur anévrysmale s'ouvre dans un point du tube intestinal. (Voyez comme complément indispensable, tome I^{er}, l'article *Péritonite symptomatique.*)

DES PERFORATIONS DE L'APPENDICE DU CÆCUM

Les lésions de l'appendice cæcal ont passé longtemps inaperçues ; leur histoire a été entièrement tracée par des auteurs contemporains. Je citerai spécialement les observations de Louyer-Villermay (*Archives*, t. V) ; le travail plein d'intérêt publié par M. Mélier, en 1827, dans le *Journal général* ; la thèse de Merling, soutenue à Heidelberg en 1836 ; un travail du docteur Burne, qui a paru, en 1838, dans *Westminster's Hospital Reports* ; un mémoire du docteur Volz, de Carlsruhe (1843) ; deux thèses soutenues à la faculté de Paris, l'une en 1844 par Bodard, l'autre en 1851 par M. Favre ; enfin un excellent mémoire que le docteur Leudet a inséré en 1859 dans les *Archives générales de médecine.*

Les perforations de l'appendice sont très-communes : M. Leudet estime même qu'elles égaleraient en fréquence toutes les autres perforations du tube digestif prises collectivement ; elles surviennent dans des conditions fort diverses. Contrairement à ce qui a lieu pour l'intestin grêle, on ne voit presque jamais l'appendice cæcal se perforer par les progrès d'une ulcération typhoïde. M. Charcellay m'a parlé, dans une lettre qu'il m'a écrite en 1853, d'un cas de ce genre qu'il a observé à l'hôpital de Tours ; quelques faits analogues ont été vus en Allemagne. Beaucoup plus souvent la perforation est consécutive à une ulcération tuberculeuse. Prus et le docteur Esche ont chacun parlé d'un fait où cet accident s'est produit par les progrès d'une affection cancéreuse. Mais dans la grande majorité des cas, la perforation a été le résultat de l'introduction dans l'appendice de corps étrangers ; tels que matières fécales endurcies,

ou calculs intestinaux, circonstance que j'ai rencontrée deux fois ; le même effet a été produit également par des noyaux de fruits, par des pepins de melon, par des corps métalliques, comme une épingle ; enfin un fait observé par Becquerel, et rapporté dans la thèse de Bodard, porte à penser que des ascariides lombricoïdes, en s'engageant dans l'appendice, peuvent finir par l'user ou par le rompre. Le mécanisme suivant lequel l'appendice se perforé dans ces cas est facile à comprendre. Les corps étrangers, en pénétrant dans la cavité du corps vermiforme, le dilatent plus ou moins, l'irritent par leur contact, l'enflamment, le ramollissent, l'ulcèrent, et parfois le mortifient.

En général, les perforations de l'appendice sont assez larges, les bords de la solution de continuité sont brunâtres, grisâtres, ramollis et gangrenés ; le corps étranger est souvent tombé dans le péritoine ; quelquefois on le trouve encore dans la cavité de l'appendice. Celui-ci a contracté, en général, des adhérences avec les parois du bassin ou avec une anse intestinale voisine.

Souvent la perforation de l'appendice s'effectue brusquement, sans être annoncée par aucun trouble fonctionnel. Ailleurs, au contraire, il y a des prodromes ; ils consistent surtout en coliques plus ou moins vives, avec ou sans fièvre, accompagnées de constipation et d'inappétence. Ces accidents sont produits par la distension que l'appendice subit et par son inflammation ; puis tout à coup la perforation s'opérant, on observe tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Cette succession des accidents, que j'ai moi-même observée, a été parfaitement indiquée dans le travail de M. le docteur Mélier ; si elle était constante, il serait possible d'arrêter pendant la vie à déterminer d'une manière assez positive le siège de la perforation, mais il n'en est pas toujours ainsi.

L'appendice, en se perforant, peut produire une péritonite générale et rapidement mortelle. Cependant dans la plupart des cas la péritonite est circonscrite et ne gagne le reste de la séreuse que successivement. Elle peut, restant circonscrite, former un foyer qui pourra s'ouvrir tôt ou tard au dehors à travers les téguments ou dans le cæcum, ou bien, perforant le péritoine, il peut fuser dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, ainsi que je l'ai établi dans mon travail sur les abcès de cette région.

L'appendice, au lieu de s'ouvrir dans le péritoine, peut contracter adhérence avec un des organes creux environnants, et s'ouvrir dans sa cavité : tel est le cas, cité dans le mémoire du docteur Merling, d'un individu chez lequel l'appendice adhérait au gros intestin, et communiquait avec sa cavité. On a même rapporté dans la *Gazette médicale* (1843) le fait encore unique, je crois, d'une communication de l'appendice avec la vessie ; le sujet qui présenta cette altération avait rendu pendant la vie de l'urine par le rectum et un ver lombric par l'urèthre. On a même vu l'appendice contracter adhérence avec l'artère iliaque, et une communication s'établissant entre elles, le malade mourir d'hémorrhagie (Barlow).

La perforation de l'appendice, bien que très-fâcheuse, est moins grave pourtant que celle qui atteint l'intestin grêle ou le gros intestin. On pourra la soupçonner par le siège de la péritonite, ordinairement circonscrite dans la fosse iliaque droite, et par la marche moins rapide qu'elle suit, que lorsqu'elle succède aux autres causes de perforation. Avouons cependant qu'on ne peut encore, à cet égard, qu'exprimer des doutes.

Le traitement repose sur les mêmes principes que celui des perforations intestinales. (Voyez plus haut, page 407, et tome I^{er}, article *Péritonite symptomatique.*)

DES RUPTURES ET PERFORATIONS DES PAROIS DU CŒUR

La plupart des solutions de continuité qui surviennent spontanément dans le cœur appartiennent plutôt aux ruptures qu'aux perforations proprement dites. Cette lésion, dont Harvey paraît avoir cité le premier exemple, est aujourd'hui assez complètement connue; car, indépendamment des nombreuses observations particulières qu'on trouve éparses dans les traités de médecine et dans les recueils périodiques, la science s'est enrichie de quelques recherches spéciales, parmi lesquelles nous distinguerons surtout celles de Portal (1), Rostan (2), Blaud (3), Rochoux (4), Dezeimeris (5).

Divisions. — Les ruptures du cœur diffèrent entre elles suivant qu'elles sont précédées ou non de quelque altération dans la structure du tissu de l'organe. On doit aussi distinguer les ruptures en celles qui affectent les parois du cœur dans toute leur épaisseur, et en celles qui n'intéressent que les colonnes charnues ou les cordons tendineux. Dans ce qui suit il ne sera question que de la première espèce.

Causes des ruptures et circonstances dans lesquelles elles surviennent. — Il est incontestable qu'il existe des ruptures tout à fait spontanées, qui surviennent sans lésion antécédente du moins appréciable, et souvent aussi sans cause déterminante; quelquefois elles ont eu lieu à l'occasion d'efforts violents ou dans un accès de dyspnée; dans ce dernier cas, la rupture est produite par la violence des contractions. Plus souvent encore ces solutions de continuité, sans lésion préexistante, sont survenues dans des cas où un coup violent a été porté sur la poitrine, ou bien encore lorsque cette partie a été fortement pressée, comprimée par un corps lourd et pesant, tel qu'une roue de voiture. Dans le premier cas, la rupture du cœur s'opère comme on voit se déchirer un sac qui est rempli par une matière peu ou point élastique (Dezeimeris). Dans le second, il faut admettre, comme d'ailleurs le prouvent les expériences de Chaussier, que, lorsque la crosse de l'aorte est fortement comprimée et refuse passage au sang, celui-ci s'accumule dans le cœur, qui se contracte violemment pour surmonter l'obstacle, et se rompt alors comme se déchire l'utérus pendant l'acte de l'accouchement, lorsqu'une résistance quelconque siègeant au col ou dans l'excavation pelvienne s'oppose à l'expulsion du fœtus.

Les ruptures du cœur par altération de tissu sont sans contredit les plus communes; elles surviennent quand l'organe est affecté de ramollissement simple ou gélatiniforme, ou lorsque la paroi a été affaiblie par une ulcération de la face interne, par une apoplexie interstitielle ou par la formation d'un abcès. Quoiqu'on observe rarement des ruptures de cœur affecté de dilatation avec amincissement, d'hypertrophie ou de rétrécissement des orifices, on n'en doit pas moins considérer ces lésions comme prédisposant nécessairement aux déchirures: les premières, en affaiblissant les parois; les secondes, en augmentant la violence des contractions, et parce que l'hypertrophie a souvent aussi pour effet de rendre plus cassant le tissu qu'elle affecte; enfin, les rétrécissements des orifices agissent comme s'opposant à l'issue du sang, et comme nécessitant, de la part du cœur, des efforts qui peuvent en amener la rupture.

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1784, et *Anatomie médicale*, t. III.

(2) *Nouveau Journal de médecine*, année 1820.

(3) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, année 1820.

(4) Thèses de Paris, année 1822.

(5) *Archives*, année 1834, et *l'Expérience*, année 1839.

S'il est si rare de voir le cœur se déchirer lorsque ses orifices sont rétrécis, c'est parce que l'obstacle s'établit lentement; il n'en est plus de même lorsque celui-ci se forme brusquement, comme cela arrive toutes les fois que l'aorte est tout à coup comprimée, aplatie par une pression extérieure, la déchirure du cœur arrive alors presque nécessairement.

Siège des ruptures. — Morgagni, dans sa 27^e lettre, et dans ces derniers temps Ollivier (dans le tome VIII du *Dictionnaire de médecine*), ont prouvé que les ruptures du ventricule gauche étaient beaucoup plus communes que celles du ventricule droit, et que ce dernier se déchirait bien plus fréquemment que les oreillettes. Ainsi, sur quarante-neuf cas de ruptures du cœur réunis par Ollivier, on trouve que la solution de continuité siégeait trente-quatre fois sur le ventricule gauche et huit fois seulement sur le droit, deux fois sur l'oreillette gauche, trois fois sur la droite; dans ces deux cas, l'un et l'autre ventricule offraient plusieurs déchirures. Toutefois ce rapport de fréquence entre les ruptures des cavités droites et celles des cavités gauches est dans une proportion inverse lorsque ces lésions sont le résultat d'une violence extérieure: ainsi, sur onze cas de cette espèce réunis par Ollivier, les cavités droites ont été trouvées déchirées huit fois, et les gauches trois fois; dans ces onze cas, les oreillettes avaient été six fois le siège de la rupture; celle-ci affecterait donc le plus souvent les parties du cœur qui sont les moins résistantes.

Ce serait une erreur de prétendre, avec quelques auteurs, que la plupart des déchirures occupent la pointe du cœur; sur les quarante-neuf cas analysés par Ollivier, il n'y en avait que neuf dans lesquels une rupture siégeait au sommet de l'organe, tandis que dans tous les autres elle avait eu lieu à la base ou sur une des faces antérieures ou postérieures. Une solution de continuité peut aussi intéresser la cloison interventriculaire; mais ce cas est extrêmement rare: nous en parlerons d'ailleurs en particulier en traitant plus bas des communications anormales entre les cavités du cœur.

Les ruptures sont rarement multiples; elles ont une direction, tantôt parallèle, tantôt transversale ou oblique aux fibres musculaires; leur trajet est direct ou sinueux; elles ont depuis quelques millimètres jusqu'à 5 ou 6 centimètres de longueur. La déchirure est ordinairement plus étendue à l'extérieur qu'à l'intérieur, où l'on ne trouve quelquefois qu'une petite fente ou qu'un pertuis; c'est ce qui a donné à penser à Blaud que la rupture s'opérait de dehors en dedans. Les bords de la solution de continuité sont plus ou moins inégaux, noirâtres, le trou peut être bouché par un caillot noir ou fibrineux (Rostan); enfin on trouve communément épanchée dans le péricarde une notable quantité de sang fluide ou coagulé.

Symptômes et terminaisons des ruptures. — Dans la plupart des cas, la rupture du cœur occasionne une mort subite par syncope; celle-ci s'explique par la cessation des battements du cœur par suite de la compression brusque que produit le sang épanché dans le péricarde. Quelques malades éprouvent au moment de la rupture une douleur déchirante à la région précordiale; ils poussent un cri et tombent comme foudroyés; d'autres, en plus petit nombre, luttent quelques heures: leur figure exprime alors l'anxiété la plus grande, le corps est froid et baigné de sueur; le pouls est insensible ou bien faible, irrégulier; quelques-uns accusent des douleurs vives dans l'épaule gauche, s'irradiant vers le bras, avec un sentiment d'engourdissement et un état d'angoisse qui pourrait faire croire à une angine de poitrine; enfin, après un ou plusieurs de ces accès, la mort arrive. Telle est très-probablement la terminaison consistante des ruptures du cœur; si quelquefois la mort n'est pas tout à fait instan-

tanée, cela dépend de ce que, comme dans le cas curieux observé par Cullerier et par M. Rostan, un caillot fibrineux, dense et adhérent, a obturé la crevasse. Mais il n'existe encore, je crois, aucun fait qui prouve que ce coagulum puisse s'organiser de manière à rendre la guérison définitive. Pour qu'une mort subite arrive, il n'est pas nécessaire que la perforation ait lieu, il suffit d'une rupture bornée aux fibres les plus internes, et s'arrêtant au péricarde par exemple : c'est ce que prouve un fait rapporté dans un journal anglais et cité par les *Archives* de janvier 1849. On comprend qu'une syncope foudroyante et mortelle puisse être la conséquence d'une lésion même superficielle brusquement survenue dans les parois du cœur.

Diagnostic. — Il n'y a aucun signe certain pour reconnaître une rupture du cœur. C'est, avec la rupture de l'aorte, la lésion qu'on devra soupçonner le plus souvent dans les cas de mort subite ; car l'hémorragie cérébrale, quelque forte qu'elle soit, produit rarement un résultat aussi instantané. Si la vie se prolongeait quelque temps, on pourrait peut-être soupçonner la lésion lorsque le malade a accusé une douleur vive à la région précordiale ou un état d'anxiété extrême, et que les battements du cœur sont devenus tout à coup irréguliers et les bruits plus ou moins altérés.

Traitement. — Si la mort n'est pas instantanée, il faut soumettre le malade à un repos absolu et donner à l'intérieur les calmants. La saignée a été généralement regardée comme plutôt capable de hâter la mort que de l'empêcher ou même que de la retarder.

DE LA RUPTURE DES COLONNES CHARNUES ET DES TENDONS DU CŒUR

La rupture d'une ou plusieurs des colonnes charnues du cœur ou de leurs tendons, beaucoup moins grave que la lésion précédente, est presque toujours l'effet d'une commotion morale, d'un effort violent ou d'un coup porté sur la région précordiale. Dans ces cas, la rupture s'opère tantôt sur un tissu parfaitement sain ; ailleurs, au contraire, elle se fait sur un point ramolli, ulcéré, ou devenu plus cassant par suite de sa transformation crétacée. Les piliers et les tendons de la valvule mitrale paraissent se rompre un peu plus souvent que ceux de la valvule tricuspide.

Lorsqu'une colonne charnue ou un des tendons qui meuvent les valvules viennent à se rompre, les malades sont pris subitement d'étouffement, d'un état d'anxiété extrême ; les battements du cœur sont tumultueux et irréguliers, et l'on entend à l'auscultation un bruit de souffle simple ou musical, comme dans un cas observé par M. Tarral. Si la rupture intéresse plusieurs colonnes ou tendons, la valvule cessant de remplir ses fonctions, on observe des désordres fonctionnels plus graves et tous les signes des insuffisances ; dans ces cas, la maladie suit une marche très-rapide, les malades meurent en peu de semaines ou en quelques mois, comme succombent tous ceux qui portent une affection organique du cœur, c'est-à-dire opprimés, infiltrés, avec des congestions sanguines et des épanchements séreux dans les cavités splanchniques.

DE LA CYANOSE, OU DE LA COMMUNICATION CONGÉNITALE OU ACCIDENTELLE ÉTABLIE, SOIT ENTRE LES CAVITÉS DROITE ET GAUCHE DU CŒUR, SOIT ENTRE LES TRONCS VASCULAIRES QUI EN PARTENT

Pris dans son acception la plus large, le mot *cyanose* sert à désigner toute coloration bleuâtre due à la stase du sang veineux, quelle que soit d'ailleurs la

cause organique qui la produit. Quelques auteurs ont même appliqué ce mot pour désigner la coloration bleue que détermine l'introduction du nitrate d'argent dans l'économie, mais nous croyons, d'accord en cela avec MM. Louis et Gintrac, qu'on doit réserver le mot *cyanose* pour dénommer la coloration bleue qui accompagne le plus ordinairement les communications congénitales ou accidentelles établies, soit entre les cavités droites et gauches du cœur, soit entre les deux gros troncs vasculaires qui en émanent.

Historique. — Les premières notions un peu exactes sur cette maladie ne remontent qu'à Sénac. Au commencement de ce siècle, Corvisart précisa encore mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui les principales conditions anatomiques de l'affection ; mais c'est aux observateurs contemporains que nous devons de mieux connaître les lésions anatomiques, les symptômes qui y correspondent pendant la vie, ainsi que la marche et la terminaison de la maladie. Nous citerons ici la thèse soutenue en 1814, et l'excellent traité publié dix ans plus tard par M. Gintrac (de Bordeaux), le travail important de M. Louis inséré dans les *Archives* (1823) et dans le volume de ses mémoires. Enfin Ferrus a publié, dans le tome IX du *Dictionnaire de médecine*, un très-bon article auquel nous ferons aussi de nombreux emprunts.

Caractères anatomiques. — Les conditions pathologiques qui permettent le mélange de deux sangs pendant la vie sont assez nombreuses et peuvent être rapportées aux douze chefs suivants : 1° Le trou de Botal, qui s'oblitére du premier au quinzième jour après la naissance, peut ne point se fermer, ce qui tient le plus souvent à un simple défaut d'adhérence, plus rarement à l'absence même du repli valvulaire. On le trouve alors, sur le cadavre, d'une largeur de 1 à 4 centimètres et plus ; son trajet est direct ou oblique. La persistance du trou de Botal est la plus commune des lésions qui peuvent produire la cyanose. 2° La non-oblitération du canal artériel est un accident plus rare que le précédent, mais plus commun que les lésions qui vont suivre. 3° Le cœur, à l'instar de celui des poissons, peut n'être constitué que par une oreillette et un ventricule, d'où naît un tronc unique qui se divise bientôt en deux branches pour constituer les artères pulmonaire et aorte : M. le docteur Thore a publié, sur ce vice de conformation, des recherches intéressantes (*Archives*, 1842). 4° Semblable à celui des reptiles, le cœur peut se composer de deux oreillettes et d'un seul ventricule. 5° La cloison des ventricules peut manquer en partie ou en totalité. 6° L'oreillette droite peut s'ouvrir dans le ventricule gauche ; 7° ou bien les deux oreillettes s'ouvrent dans le ventricule droit, et le sang arrive dans le ventricule gauche, d'où naît l'aorte, par une perforation de la cloison ventriculaire. 8° L'aorte naît à la fois des deux ventricules ; 9° d'autres fois c'est l'artère pulmonaire qui a cette double origine. 10° Ou bien l'aorte naît du ventricule droit, tandis que l'artère pulmonaire naît du ventricule gauche. 11° L'aorte et l'artère pulmonaire peuvent provenir du même ventricule. 12° On peut voir encore une double artère pulmonaire, l'une se rendant au poumon, l'autre allant se perdre dans l'aorte.

Ces lésions, dont nous aurions encore pu multiplier les espèces, sont toutes congénitales ; mais il en est quelques-unes qui se développent accidentellement à la suite d'un travail morbide. C'est ainsi qu'on a vu la cloison ventriculaire ou la cloison des oreillettes, surtout au niveau de la fossette ovale, se déchirer ou se perforer par les progrès d'un travail ulcérateur. Mais ces communications consécutives sont beaucoup plus rares que les précédentes.

Dans les cas de communication anormale entre les cavités gauches et les cavités droites, on trouve que celles-ci sont ordinairement dilatées et que leurs