1198. *Pronostic.* — Le cas est incurable; mais, je le répète, il n'est pas absolument incompatible avec la viabilité, ni même avec la longévité.

C'est ici le lieu de remarquer que, au rapport de Meckel, qui s'appuyait en cela sur le relevé des cas jusqu'alors connus, le sexe féminin est celui qui paraît posséder une sorte de privilége pour résister à la malheureuse influence du mélange des deux sangs.

D'après le même auteur, et conformément d'ailleurs aux prévisions théoriques sur le compte d'une maladie où la dépression de la chaleur animale se montre si évidente, c'est dans la saison froide que les sujets de l'un et l'autre sexe périssent le plus ordinairement.

1199. *Thérapeutique.* — Purement symptomatique et palliative.

Impuissans que nous sommes à corriger et à détruire le vice organique qui entraîne avec lui le mélange des sangs artériel et veineux, du moins pouvons-nous quelquefois, par des soins assidus, par des secours opportuns, atténuer, retarder, prévenir les funestes effets d'un tel vice.

ARTICLE X.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'AORTE.

(Synonym. : Aortosténosie, de M. Piorry.)

1200. *Bibliographie.* — MECKEL (père). *Observation d'anatomie et de physiologie concernant une dilatation extraordinaire du cœur, qui venait de ce que le conduit de l'aorte était trop étroit.* Avec fig. (Dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences et belles lettres de Berlin*, année 1750.) — Chez une jeune fille morte à dix-huit ans, sujette depuis longtemps aux palpitations. « Structure merveilleusement étroite » de l'aorte tout entière et de ses branches. Le diamètre de l'aorte, à son origine, était de moitié plus petit que celui de l'artère pulmonaire.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XVIII, art. 2-4. — Rétrécissement congénial de l'aorte, depuis le diaphragme jusqu'à la bifurcation iliaque, chez un cordonnier mort à trente-trois ans, malade depuis peu d'années seulement, et qui présenta comme vices organiques évidemment acquis et non pas congéniaux une hypercardiotrophie (cœur au moins doublé de volume), une insuffisance des valvules aortiques, et un grand nombre de plaques cartilagineuses dans l'aorte.

PARIS. *Rétrécissement considérable de l'aorte pectorale, observé à l'Hôtel-Dieu de Paris.*—(Dans le *Journ. de chirurgie* de Desault, t. II, p. 107-10. — Année 1791.) — Cas rencontré sur le cadavre d'une femme de cinquante ans. Rétrécissement excessif de l'aorte depuis le ligament artériel jusqu'à la première intercostale inférieure ou aortique : à peine l'aorte avait-elle là le calibre d'un tuyau de plume à écrire. Ampleur extraordinaire des artères nées en amont et en aval du rétrécissement, de manière à suppléer parfaitement à la circulation aortique par le moyen d'une circulation collatérale.

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 25, *Des affections organiques de l'aorte.* — Là, l'illustre auteur examine, 1° les *incrustations osseuses, cartilagineuses et calcaires de l'aorte*, 2° les *vices de conformation de l'aorte*, et rapporte cinq exemples fort remarquables, dont un observé par lui-même, de rétrécissement ou de complète oblitération de la grande artère.

VELPEAU. *Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte.* Paris, 1825, in-8°.

MECKEL (A). *Cas d'oblitération de l'aorte, à la hauteur de la quatrième vertèbre dorsale.* (Dans le *Journ. complémentaire*, t. XXX, p. 88-91. — Année 1828.) — Chez un paysan mort subitement, à trente-cinq ans, d'une rupture de l'oreillette droite, dans la convalescence d'une maladie d'ailleurs assez légère. « Aorte réduite, » immédiatement au-dessous du ligament artériel, au diamètre d'un » mince fétu de paille; ... réseau admirable d'artères entre les » troncs de la crosse et les branches postérieures de l'aorte pecto- » rale descendante. »

REYNAUD (A.-C.). *Observation d'une oblitération presque complète de l'aorte, suivie de quelques réflexions et précédée de l'indication des faits analogues consignés dans les auteurs.* Avec fig. (Dans le *Journ. hebdomadaire*, année 1828, n° 4.) — Rétrécissement considérable sous forme d'étranglement annulaire, — au-delà de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, — chez un homme mort à quatre-vingt-douze ans. Exemple remarquable et parfaitement décrit des voies de circulation collatérale et supplémentaire.

LEGRAND (A.). — (*Du rétrécissement de l'aorte.* Paris, 1834, in-8°.) — Brochure bien digne de mention pour l'observation originale que l'auteur a recueillie conjointement avec MM. Amussat et Beaumetz, et dont la pièce anatomique a été dessinée par M. Tessier. (Rétrécissement situé immédiatement au-dessous de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, long de *huit lignes*, et nettement limité en haut et en bas par un double étranglement.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. I, article *Aorte*, p. 169-72.)

BARTH. *Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale.* (Dans les *Archives*, juillet 1835.)

— *Des rétrécissemens et des oblitérations spontanées de l'aorte.* Th. inaug. Paris, 1837, n° 189.

PIORRY. — (*Traité de médecine.*) T. II, sect. IIme, chap. V, *Aortosténosie.*

1201. *Remarque préliminaire.* — A la rigueur, on peut et on doit distinguer les cas de rétrécissement et ceux de complète oblitération de l'aorte; mais nous ne croyons pas du tout à propos de poser en nosographie, entre ces deux séries de cas, une distinction générique, et pour ainsi dire radicale. La similitude essentielle que les faits de l'une et de l'autre offrent entre eux, sous le double rapport des caractères anatomiques et des phénomènes fonctionnels, nous autorise à ne voir là que des degrés différens d'un même genre de maladie. Depuis une certaine étroitesse, qui mérite à peine le nom de variété anatomique (24), qui n'est qu'un léger défaut de proportion par rapport au sexe, à la stature, à la corpulence du sujet, et que Morgagni a pourtant notée et prise en considération dans plusieurs de ses observations; depuis ce premier degré jusqu'à celui où le calibre de l'aorte égale à peine un tuyau de plume, et de là jusqu'à l'oblitération complète du vaisseau, combien la nature n'offre-t-elle pas de formes diverses qui, étant toutes rapprochées les unes des autres par l'esprit de généralisation, se montrent clairement soumises à la loi d'une transition insensible! Et, certes, il y a plus loin d'une aorte légèrement rétrécie à une aorte très étranglée, que de celle-ci à une aorte tout-à-fait oblitérée. En un mot, à vrai dire, l'oblitération, ici surtout, a lieu d'être considérée comme le dernier degré, comme le terme et en quelque sorte le couronnement du rétrécissement.

1202. *Aperçu anatomique.* — Tantôt le rétrécissement de l'aorte est général, comme dans le cas de Meckel père (1200); tantôt, et le plus souvent, il est partiel. Le siége le plus ordinaire des rétrécissemens partiels est auprès de l'insertion du ligament artériel, c'est-à-dire là où la crosse finit et se recourbe pour constituer l'aorte descendante. Mais, au surplus, on a observé des rétrécissemens sur tous les autres points du vaisseau. Bien des fois, le rétrécissement est borné à une très petite étendue, à une longueur d'un centimètre ou moins encore, sous forme d'un brusque étranglement; et c'est ce qui se voit surtout quand il correspond à l'insertion du canal artériel. Il se peut, mais il est rare, que l'aorte ait à la fois, sur le même individu, deux ou plusieurs rétrécissemens distincts et séparés entre eux par une distance plus ou moins considérable.

Je le répète, le degré du rétrécissement varie à l'infini dans les divers cas. Tantôt l'aorte, par exemple, a un diamètre de moitié plus petit que son diamètre normal; tantôt elle est réduite au calibre d'une plume de corbeau. Chez tel ou tel sujet, elle admet à peine une plume de corbeau, un stylet, un fétu; chez tel autre, encore une fois, elle est complétement oblitérée et forme un cul-de-sac dans toute la rigueur du terme.

Quelle diversité ne voit-on pas exister aussi quant à la forme et quant à la nature du rétrécissement! Assez ordinairement, et surtout lorsque le rétrécissement existe au niveau du ligament artériel, ce n'est qu'une pure et simple diminution de calibre, une sorte de resserrement régulier et circulaire, sans aucun vice de texture des parois artérielles. Quelquefois, mais rarement, on trouve à l'intérieur de l'aorte une espèce de cloison ou diaphragme ayant à son centre une ouverture plus ou moins étroite et plus ou moins régulièrement dessinée. Ce qui est encore plus rare, c'est que le rétrécissement dépende, non pas d'une diminution uniforme de calibre, mais d'une dépression latérale dans la structure du vaisseau. Chez quelques sujets, le mal consiste dans l'épaississement extraordinaire des parois; — ou bien dans la présence de tumeurs crétacées ou autres qui, nées au sein même de ces parois, font saillie en dedans de l'aorte; — ou bien enfin, mais c'est très rare, dans la compression qu'exerce extérieurement sur l'aorte une tumeur indépendante, mais développée tout auprès. Enfin, il y a des cas où l'oblitération se trouve constituée par le concours de plusieurs des conditions que je viens de signaler.

En règle ordinaire, — mais surtout, encore un coup, dans le cas des rétrécissemens situés à l'insertion du ligament artériel, — on trouve les artères collatérales considérablement développées, et communiquant entre elles par de larges et insolites anastomoses. Ainsi, par exemple, dans le cas que nous avons dû prendre pour type, on voit, — entre les intercostales supérieures, les mammaires internes, les cervicales transverses, les scapulaires communes et les thoraciques supérieures et inférieures, d'une part, — et les intercostales aortiques, les diaphragmatiques et les épigastriques, d'autre part, — exister maints et maints rameaux anastomotiques beaucoup plus gros et plus flexueux que de coutume, ou même tout-à-fait nouveaux et inconnus à l'économie normale. Chez un sujet dont l'aorte abdominale était oblitérée près de la bifurcation, Goodisson, cité par M. Barth, a vu les mammaires internes, les dernières intercostales et les lombaires communiquer, par un système de voies anastomotiques très vastes et très tortueuses, avec les épigastriques et les circonflexes iliaques. Mais, il faut le dire, un exemple de cette dernière sorte est véritablement un fait exceptionnel.

Remarque peut-être surprenante de prime-abord; mais il n'y a plus lieu d'être surpris si l'on réfléchit que, pour le maintien de la circulation en pareille circonstance, il y a, comme M. Barth (thèse citée, p. 13) le fait très bien observer, deux voies : « l'une par les vaisseaux » qui rampent dans les parois du tronc, l'autre par les artères profondes » de l'abdomen. En effet, le sang versé, au-dessus du rétrécissement, » dans les nombreux rameaux de l'artère mésentérique supérieure, passe » en grande quantité dans ceux de la mésentérique inférieure, et des » divisions de cette dernière dans les branches profondes de l'hypogas- » trique, telles que les sacrées latérales, les hémorroïdales moyennes, » les obturatrices, les ischiatiques et les honteuses internes, et enfin » de celles-ci dans les ramifications vasculaires des membres infé- » rieurs. »

Dans bien des cas, tandis que les artères nées de l'aorte en amont du rétrécissement sont extraordinairement grosses, celles qui naissent au-dessous ont, au contraire, un diamètre plus petit qu'à l'état normal.

Ce qu'il est encore assez commun de trouver en amont du rétrécissement, c'est un état anévrismatique de l'aorte, surtout à la crosse, qui parfois, en cas semblable, atteint ou même dépasse le double de son volume naturel.

Généralement, à moins que l'aortosténosie ne soit de date toute récente, à moins qu'elle n'ait très promptement amené la mort du sujet, il y a une hypertrophie excentrique du cœur, et surtout du ventricule gauche, ce qui, d'ailleurs, se comprend sans peine, et que nous avons déjà eu occasion de dire et d'expliquer à nos lecteurs (720).

1203. *Principes symptomatologiques.*—A. Si l'aortosténosie est un vice congénial ou qui, du moins, ne se soit établi qu'avec une certaine lenteur à une époque très voisine de la naissance, c'est-à-dire à un âge où l'extensibilité naturelle des tissus et l'énergie de la force plastique (76) rendent encore assez facile le développement des artères collatérales et de leurs anastomoses, il se peut alors fort bien que ce vice organique n'entraîne avec lui que des accidens d'une nature chronique, ou, chose plus remarquable encore, qu'il ait une innocuité parfaite, et permette, par conséquent, de vivre un bon nombre d'années, voire même d'atteindre à la longévité. Ai-je besoin d'ajouter que, dans le premier cas, les accidens varient beaucoup, chez les divers sujets, de caractère, d'intensité et de gravité, et qu'ils varient surtout selon le siége et le degré du rétrécissement, et surtout aussi selon l'état des voies de circulation collatérale et supplémentaire? Bref, pour tout résumer ici en peu de mots, qui suffiront assurément à l'intelligence de nos lecteurs, et d'où il leur sera loisible de déduire et de concevoir maintes et maintes combinaisons particulières, ou déjà consignées réellement dans les fastes

de l'observation, ou du moins très possibles, bornons-nous donc à dire que les divers faits dans lesquels la vie résiste longtemps au rétrécissement, ou même à la complète oblitération de l'aorte, peuvent être, symptomatologiquement parlant, rapportés aux quatre chefs principaux qui suivent :

α. Premièrement, gêne habituelle et plus ou moins sensible de la circulation. Lutte du cœur contre la résistance excessive de la colonne de sang, qui ne peut s'écouler qu'avec peine à travers des voies trop étroites. De là une hypercardiotrophie excentrique, affectant principalement les cavités gauches. Inutile de redire quels symptômes, quelles conséquences surviennent en pareil cas, tôt ou tard (717-8).

β. Deuxièmement, disposition pléthorique de toutes les parties auxquelles vont se distribuer les artères nées en amont du rétrécissement. De là, par exemple, chez tel sujet, le développement hypertrophique de la moitié supérieure du corps. De là, aussi, chez tel autre, — et c'est même, à ce qu'il paraît, un résultat plus ordinaire,—les fréquentes attaques de l'hypérémie encéphalique ou pulmonaire, et leurs suites diverses (184 — et 199).

γ. Troisièmement, défaut de développement du système artériel en aval du rétrécissement. De là, par exemple, l'atrophie des membres abdominaux (739-40).

δ. Quatrièmement, enfin, mais c'est un bonheur très rare, développement parfait et vraiment admirable d'une circulation collatérale qui réduit à bien peu de chose ou même prévient tout-à-fait les accidens ci-dessus indiqués (α. β. γ.). Ainsi, le sujet dont nous devons l'observation à M. Reynaud (1200) vécut quatre-vingt-douze ans.

B. Le quatrième et dernier cas (A. δ.), cette merveilleuse innocuité d'un vice organique tel que le rétrécissement tant soit peu considérable de l'aorte, n'est pas une chose possible, ne peut ni exister dès le principe, ni s'établir et se parfaire à la longue, si le rétrécissement survient, fût-ce même d'une façon très lente, à une époque trop avancée, — trop avancée, entendons-nous bien, pour permettre le facile et complet rétablissement d'une libre circulation du sang par l'agrandissement des voies collatérales. Et, certes, il ne paraît pas que, au-delà des premiers temps de la première enfance, la nature soit encore à même d'accomplir l'extraordinaire création de cette circulation collatérale. Il y a donc alors, de toute nécessité, des troubles fonctionnels, des effets morbides qui rentrent, comme de raison, dans l'un ou l'autre des trois premiers cas de la proposition précédente (A. α. β. γ.), et il va sans dire que l'intensité de la maladie doit se montrer proportionnée au degré du rétré-

cissement et à la rapidité avec laquelle ce rétrécissement s'effectue et marche vers une oblitération complète.

C. Enfin, la brusque ou très rapide production d'un rétrécissement considérable, et, à plus forte raison, d'une oblitération complète de l'aorte, doit infailliblement, à ce qu'il me semble, entraîner des accidens suraigus et bientôt mortels, si ce n'est même la mort subite. Le mal fût-il borné à l'extrémité inférieure de l'aorte, la gangrène des membres abdominaux ne peut manquer de se produire et d'amener en peu de jours le funèbre dénouement.

1204. *Étiologie.* — A. Rappelons-nous d'abord que, dans un assez grand nombre de cas, le rétrécissement de l'aorte a son siége immédiatement au-dessous de l'artère sous-clavière gauche, et, par conséquent, au niveau même de l'insertion du canal artériel; que, précisément alors, en règle générale, il présente tout au plus un centimètre de longueur, consiste en un simple resserrement des parois vasculaires, sans aucun vice de texture, et se trouve accompagné d'un développement tout-à-fait extraordinaire des artères collatérales (1202). En voilà, certes, plus qu'il n'en faut par envisager déjà ces cas comme formant un groupe nosographique à part et d'une nature vraiment distincte. Ajoutons que, tantôt pour la date des premières apparences symptomatiques qui peuvent être imputées au rétrécissement de l'aorte, tantôt par l'absence même de toute manifestation morbide de la part de ce vice organique chez des sujets qui succombent jeunes ou vieux à l'intervention accidentelle de n'importe quelle autre affection, tous les cas dont il s'agit se montrent évidemment comme ayant pris origine à une époque bien reculée. Et si, encore une fois, on songe aux conditions particulières de la portion aortique où le mal a son siége, il y a tout lieu de croire, avec M. Reynaud et M. Barth, que le travail d'oblitération du canal artériel n'a pas dû être étranger à la production du rétrécissement de cette portion-là; qu'un tel rétrécissement est fort naturellement imputable à l'extension démesurée, vicieuse, pathologique, d'un travail primordialement normal; et que, par conséquent, si tant est même qu'il ne soit pas une affection congéniale dans toute la rigueur du terme (97. A. α.), son origine remonte du moins aux premiers jours de la vie extra-utérine.

B. Pour ce qui est maintenant des cas où le rétrécissement et l'oblitération de l'aorte surviennent à une époque avancée de la vie, quelles circonstances l'étiologie doit-elle principalement accuser? Accusons l'excès d'épaisseur que les parois artérielles peuvent acquérir aux dépens du calibre intérieur du vaisseau, soit peut-être par production phlegmasique de couches pseudo-membraneuses, soit par accumulation hétérotrophique de matière calcaire ou autrement. Accusons aussi toutes les tumeurs dures et volumineuses qui peuvent se développer au-devant de l'aorte, de manière à la comprimer.

1205. *Diagnostic.* — M. Piorry nous rapporte qu'il lui est arrivé une fois de diagnostiquer le rétrécissement de l'aorte et de vérifier à l'autopsie l'exactitude de ce diagnostic. Mais nous avons bien à regretter, comme le savant professeur le regrette lui-même, que l'élève chargé de recueillir par écrit l'observation se soit rendu coupable de négligence, et que les détails d'un fait si précieux soient aujourd'hui perdus.

Quant à moi, il me semble qu'à moins d'une réunion presque miraculeuse de signes positifs et négatifs, les uns pour dénoncer le rétrécissement de l'aorte, les autres pour exclure les affections cardiaques qui, d'ordinaire, l'accompagnent et le masquent, un diagnostic affirmatif est ici chose impossible. Dans bien des cas même, quoique sous les yeux des observateurs les plus clairvoyans et les plus expérimentés, le rétrécissement de l'aorte ne se laisse même pas soupçonner sur le vivant, et reste complétement inaperçu jusqu'au jour de l'autopsie. Et ce qui est tout au plus permis dans quelques autres cas, c'est de présumer, mais non pas d'affirmer que ce vice organique existe, et qu'il est la première source de tous les désordres morbides.

Je ne pourrais ici, sans être entraîné à de trop longs développemens, entreprendre la revue, encore bien moins l'appréciation complète de toutes les données séméiologiques sur lesquelles nos conjectures ont alors lieu de s'asseoir avec plus ou moins de fondement. C'est une tâche que j'abandonne aux réflexions du lecteur. Mais je me bornerai à indiquer brièvement quelques circonstances qui, lorsque, par hasard, le cas qui s'offre à notre observation les présente et surtout les présente toutes ensemble, ont certes un haut degré de valeur significative. Notons donc : 1° la présence des symptômes communs d'une gêne centrale de la circulation, comme si le cœur était atteint d'un vice organique, mais cela en contraste précisement avec une absence totale de signes physiques et tout-à-fait positifs d'une semblable cardiopathie; 2° l'hypertrophie et les fréquentes hypérémies dans la moitié supérieure du corps, en contraste avec la langueur et l'atrophie des organes de la moitié inférieure; 3° enfin, et principalement, les battemens violens et même l'état décidément anévrismal de la crosse aortique, la force extraordinaire du pouls dans les artères du cou, de la tête et des membres thoraciques, les dimensions évidemment exagérées de ces artères, tout cela en contraste avec le pouls faible et le très petit calibre des artères du membre abdominal. Voilà, encore un coup, trois contrastes

bien faits, surtout le dernier, pour donner l'éveil sur l'existence d'un rétrécissement de l'aorte.

1206. *Thérapeutique.* — Dans la presque impossibilité du diagnostic, dans l'impossibilité absolue d'une guérison radicale du mal, nous sommes donc ici réduits à faire de la médecine symptomatique et palliative. Mais gardons-nous bien d'abuser des émissions sanguines, si mal à propos préconisées par quelques auteurs pour la cure du rétrécissement aortique.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU

TOME DEUXIÈME.

CHAPITRE IV (*suite*). — INFLAMMATIONS 1
ART. XXXI. Méningite ..... *ib.*
§ I. De la méningite encéphalique 5
§ II. Un mot sur la méningite rachidienne 21
ART. XXXII. Péritonite 22
§ I. De la péritonite aiguë en particulier 23
§ II. Quelques mots sur la péritonite chronique 32
ART. XXXIII. Pleurésie 35
§ I. De la pleurésie aiguë en particulier 36
§ II. De la pleurésie chronique 52
§ III. Quelques mots sur les pleurésies circonscrites ou partielles 56
ART. XXXIV. Péricardite 59
ART. XXXV. Endocardite 68
ART. XXXVI. Aortite 76
ART. XXXVII. Encéphalite 82
ART. XXXVIII. Myélite 95
ART. XXXIX. Amygdalite 103
ART. XL. Hépatite 105
ART. XLI. Splénite 112
ART. XLII. Pancréatite 117
ART. XLIII. Pneumonie 122
§ I. De la pneumonie lobaire à l'état aigu 128
§ II. De la pneumonie lobaire à l'état chronique 165
§ III. Quelques mots sur la pneumonie lobulaire 170
ART. XLIV. Néphrite 173
§ I. De la néphrite aiguë franchement inflammatoire 178
§ II. De la néphrite albumineuse, ou maladie de Bright 186
ART. XLV. Ovarite 197
ART. XLVI. Métrite parenchymateuse ou profonde 202
CHAP. V. — HYPERTROPHIES 207
ART. I. Considérations générales ..... *ib.*
ART. II. Éléphantiasis des Arabes 214

Art. III. Obésité 222
Art. IV. Hypertrophie papulo-prurigineuse de la peau 232
Art. V. Hypertrophie cardiaque 236
CHAP. VI. — Atrophies 245
Art. I. Notions générales ..... ib.
Art. II. Atrophie encéphalique 248
Art. III. Atrophie des membres 254
Art. IV. Atrophie hépatique 256
Art. V. Atrophie pulmonaire 260
Art. VI. Atrophie cardiaque 261
Art. VII. Atrophie testiculaire 265
CHAP. VII. — Gangrènes 267
Article unique. Gangrène pulmonaire 269
CHAP. VIII. — Tuberculisations 277
Art. I. Considérations générales ..... ib.
Art. II. Tuberculisation pulmonaire 310
Art. III. Tuberculisation encéphalique 343
Art. IV. Tuberculisation laryngienne 350
Art. V. Tuberculisation intestinale 351
Art. VI. Tuberculisation hépatique 356
Art. VII. Tuberculisation mésentérique 358
Art. VIII. Tuberculisation des ganglions bronchiques 367
Art. IX. Tuberculisation du cœur 376
Art. X. Tuberculisation rénale 378
Art. XI. Tuberculisation générale aiguë 381
CHAP. IX. — Cancers 384
Art. I. Cancer de l'encéphale 386
Art. II. Cancer de l'estomac 392
Art. III. Cancer intestinal cis-rectal 402
Art. IV. Cancer du foie 407
Art. V. Cancer de la vésicule biliaire 413
Art. VI. Cancer de la rate 415
Art. VII. Cancer du pancréas 416
Art. VIII. Cancer de l'épiploon 419
Art. IX. Cancer du poumon 423
Art. X. Cancer du cœur 427
Art. XI. Cancer du rein 429
CHAP. X. — Hydropisies 434
Art. I. Considérations générales ..... ib.
§ I. Idée sommaire des hydropisies et des trois tribus en lesquelles se partage cette famille nosographique 438
§ II. Points fondamentaux de la doctrine spéciale qui concerne la première tribu des hydropisies 442
§ III. Coup d'œil sommaire sur la deuxième tribu des hydropisies (*Hydropisies des cavités muqueuses*) 461

IV De la troisième tribu des hydropisies (*Hydropisies enkystées*) 463
Art. II. Anasarque 469
Art. III. Ascite 477
Art. IV. Hydrothorax 491
Art. V. Hydropneumonie 495
Art. VI. Hydropéricarde 500
Art. VII. Hydrocéphale 506
§ I. De l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire 508
§ II. De l'hydrocéphale congéniale 513
§ III. De l'hydrocéphale chronique acquise 520
Art. VIII. Hydramnios 523
Art. IX. Hydronéphrose 529
Art. X. Hydromètre 533
CHAP. XI. — Flux 538
Art. I. Considérations générales ..... ib.
Art. II. Sialorrhée 548
Art. III. Gastrorrhée 554
Art. IV. Entérorrhée 559
Art. V. Choléra vulgaire ou européen 563
Art. VI. Flux bilieux 569
Art. VII. Bronchorrhée 571
§ I. De la bronchorrhée aiguë en particulier 573
§ II. De la bronchorrhée chronique en particulier 574
Art. VIII. Diabète 577
Art. IX. Polyurie non sucrée 609
Art. X. Chylurie 617
Art. XI. Leucorrhée 624
§ I. De la leucorrhée vaginale 627
§ II. De la leucorrhée utérine 628
Art. XII. Spermatorrhée 630
Art. XIII. Galactorrhée 641
CHAP. XII. — Pneumatoses 645
Art. I. Considérations générales ..... ib.
Art. II. Pneumatose gastro-intestinale 652
Art. III. Emphysème pulmonaire 663
Art. IV. Tympanite utérine 684
Art. V. Emphysème spontané du tissu cellulaire libre 688
Art. VI. Tympanite péritonéale 692
Art. VII. Pneumo-thorax 696
Art. VII. Pneumo-péricarde 706
Art. IX. Pneumatose intra circulatoire 708
CHAP. XIII. — Vices organiques divers 712
Art. I. Induration cellulaire des nouveaux-nés 715
Art. II. Occlusion du canal digestif 721

§ I. De l'occlusion pylorique..... 727
§ II. De l'occlusion intestinale cis-rectale non herniaire..... 728
Art. III. Cirrhose..... 740
Art. IV. Dilatation des bronches..... 748
Art. V. Anévrisme du cœur..... 752
§ I. De l'anévrisme proprement dit d'une, ou plusieurs, ou de toutes les cavités du cœur..... 756
§ II. De l'anévrisme cardiaque dit partiel ou latéral..... 760
Art. VI. Rupture du cœur..... 764
§ I. De la rupture complète ou perforante du cœur..... 765
§ II. De la rupture de quelque partie intérieure du cœur..... 769
Art. VII. Insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte..... 771
Art. VIII. Rétrécissement des orifices du cœur.. 787
Art. IX. Communication contre nature des cavités droites et gauches du cœur..... 796
Art. X. Rétrécissement de l'aorte..... 806

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME.