

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Fallot (tétralogie de)**

**FALLOT, Etienne Louis Arthur. -
Contribution à l'anatomie
pathologique de la maladie bleue
(cyanose cardiaque)**

In : Marseille médical, 1888, Vol. 25, pp. 138-58

le médecin qui est dans une position ridicule, lorsqu'il ne peut terminer un accouchement.

Il est donc nécessaire que l'accoucheur connaisse les ressources que donnent ces diverses situations dans certains cas; il doit aussi savoir qu'il ne faut pas s'entêter à laisser la femme dans la même situation, quand on n'a pas réussi d'une manière, ni continuer à agir avec la même main, quand on n'a rien pu obtenir.

En résumé, pour faire une version, il ne faut guère se préoccuper du choix de la main, pour aller à la recherche des pieds de l'enfant. Il s'agit de savoir si le dos de l'enfant est en arrière, ou s'il est en avant. Que la tête soit à droite, ou qu'elle soit à gauche; que ce soit une présentation de l'épaule gauche ou de l'épaule droite, si le dos est en arrière, soyez persuadés, que les pieds seront très difficiles à atteindre; et dans ce cas la version sera pénible à faire; à moins que vous ne fassiez placer la femme sur les coudes et les genoux pour commencer votre opération.

Contribution à l'Anatomie pathologique de la Maladie bleue

(Cyanose cardiaque)

Par le D^r A. FALLOT

(Suite).

II.

Pour pousser cette démonstration jusqu'à la plus complète évidence, nous avons fait le relevé de tous les cas de maladie bleue qu'il nous a été possible de rencontrer dans les divers recueils périodiques, thèses, etc, parus depuis la thèse de Debely en 1878; afin de mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès, nous en donnons le résumé succinct pour la partie clinique, la reproduction exacte pour la partie anatomo-pathologique.

OBSERVATION IV.

Cyanose congénitale; perforation de la cloison interventriculaire avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par Cossy.

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1878, p. 35.

D. Constant, 20 ans, sculpteur; cyanose datant de l'enfance; extrémités des doigts renflées en massue; ongles hippocratiques. Souffle systolique à la pointe.

AUTOPSIE. — Cœur hypertrophié dans toute son étendue; oreillettes énormes; pas de persistance du trou de Botal. A la partie supérieure de la cloison des ventricules existe un large orifice faisant communiquer les deux cœurs; il s'ouvre dans le ventricule droit au niveau de l'infundibulum, de sorte que le sang peut passer presque directement du ventricule gauche dans l'artère pulmonaire. L'artère pulmonaire est remarquablement rétrécie et les valvules épaissies, rigides, rugueuses, laissent entre elles un intervalle à travers lequel on pourrait à peine faire passer un tuyau de plume; le tronc de l'artère pulmonaire est aussi considérablement rétréci à son origine, mais plus haut il reprend son calibre normal. L'aorte est normale. Le canal artériel est réduit à un cordon fibreux perforé de 2 centimètres de longueur.

OBSERVATION V.

Rétrécissement pulmonaire. Communication des deux ventricules, par Petit.

Société anatomique, 1881, p. 219.

Billaud Gustave, 21 ans. Souffle systolique. Tuberculose pulmonaire.

AUTOPSIE. — Cœur notablement hypertrophié; ventricule droit volumineux, susceptible d'être pris au premier abord pour le gauche; hypertrophie considérable de ses parois et de la cloison interventriculaire qui semble refoulée dans la cavité du ventricule gauche. Valvule mitrale normale; orifice aortique sain; calibre de l'aorte manifestement rétréci, canal artériel oblitéré; trou de Botal fermé par un septum normal; sur la valvule tricuspide, quelques traces d'endocardite légère; l'infundibulum de l'artère pulmonaire n'est pas rétréci, mais les valvules

sigmoïdes sont épaissies, indurées, soudées par leurs bords, et forment une sorte de dôme refoulé du côté du vaisseau, ne présentant à son sommet qu'un petit orifice ovalaire pouvant à peine admettre une sonde de trousse. Vu par l'artère pulmonaire, ce dôme valvulaire présente assez exactement l'aspect du museau de tanche. En examinant la paroi interne de l'infundibulum pulmonaire, on constate un orifice elliptique d'environ 7 millimètres de longueur sur 3 ou 4 de large, situé entre deux colonnes charnues et faisant communiquer les deux cavités ventriculaires. Les bords de cet orifice sont lisses, unis; l'endocarde ne présente à ce niveau aucune trace d'altération.

OBSERVATION VI.

Communication des deux ventricules. Sténose de l'artère pulmonaire. Anévrysme disséquant de cette artère, par Revilliod.

Société anatomique, 1881, p. 559.

Femme de 36 ans. Cyanose datant de l'enfance, souffle systolique à la base.

AUTOPSIE. — Cœur augmenté de volume; ventricule droit hypertrophié; en arrière de l'orifice inférieur de l'infundibulum, existe une large ouverture de la grosseur du pouce, qui fait communiquer l'un avec l'autre les deux ventricules; cette ouverture est séparée de l'infundibulum par un épais éperon musculaire. Artère pulmonaire un peu rétrécie à son origine, ne présente que deux valvules sigmoïdes. A deux centimètres au-dessus, rupture transversale des tuniques interne et moyenne..... Trou de Botal oblitéré.

OBSERVATION VII.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, communication interventriculaire, par Cadet Gassicourt.

Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, 1882, p. 157.

Enfant de 2 ans et demi, très peu développé; cyanose; forme en spatule des extrémités des doigts. Souffle systolique rude à gauche. Tubercules pulmonaires.

AUTOPSIE. — Cœur non hypertrophié; ventricule droit un peu plus développé que le gauche. Artère pulmonaire très rétrécie

à son origine, puis se renflant en ampoule. Sygmoïdes pulmonaires épaissies, inégales, presque cartilagineuses; cependant l'examen histologique a démontré que leur structure était parfaitement normale. Orifice tricuspide rétréci et insuffisant. Communication interventriculaire, située à la partie supérieure de la cloison, ayant la forme d'un triangle à base inférieure, mesurant 7 millimètres de hauteur; les bords sont parfaitement lisses et sans altération. Le trou de Botal est complètement oblitéré.

OBSERVATION VIII.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire, etc.

Contribution à l'étude des malformations du cœur, thèse de Lavergne, Paris, mars 1886, n° 140.

Enfant de 20 mois; cyanose. Anomalie de conformation d'une oreille.

AUTOPSIE. — Cœur globuleux; ventricule droit hypertrophié; de sa partie supérieure naît l'artère pulmonaire; son volume est très inférieur à celui de l'aorte, qui est, au contraire, très dilatée; les parois du ventricule droit sont très épaissies, de telle sorte que la cavité de ce ventricule a presque disparu. La paroi interventriculaire, épaisse dans toute son étendue, fait défaut à la partie supérieure où elle est remplacée par un orifice de communication à bords épais, mousses et absolument lisses. L'aorte naît des deux ventricules, à cheval sur la cloison qui manque en ce point. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est plus étroit que normalement. L'orifice de cette artère est rétréci par la présence d'une membrane frangée, vestige des sigmoïdes. Pas de communication interauriculaire.

OBSERVATION IX.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire, etc.

Bourneville et Ollier. *Note sur la température centrale dans la maladie bleue*, in *Bullet. Soc. anatomique*, 1880, p. 13.

B. Georges, 4 ans; cyanose constatée à l'âge de 18 mois.

AUTOPSIE. — Oreillette et ventricule droit plus volumineux que les cavités similaires gauches. Trou de Botal non oblitéré, ad-

mettant une sonde de femme. Les parois du ventricule droit sont épaisses de 10 à 12 millimétr., tandis que celles de gauche n'ont guères plus de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. L'ouverture du ventricule droit laisse constater l'absence de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Le septum interventriculaire est incomplet : vers la base des ventricules existe une large échancrure arrondie et lisse, au niveau de laquelle les deux cavités ventriculaires communiquent. L'aorte, légèrement dilatée à son origine, prend naissance directement au-dessus de l'espèce d'éperon ainsi formé par la cloison, de sorte qu'elle s'ouvre à la fois dans les deux ventricules ; les sigmoïdes aortiques sont épaissies au niveau de leur bord libre. L'artère pulmonaire est notablement rétrécie ainsi que son orifice ; sur la face inférieure de la valvule sigmoïde droite s'insère un petit pilier charnu qui va se rattacher à la paroi ventriculaire. Si on fend la paroi du ventricule droit en suivant la direction du tronc artériel, on voit que celui-ci aboutit à un véritable cul desac en forme d'entonnoir, ne communiquant avec la cavité ventriculaire que par trois ou quatre orifices étroits situés entre les colonnes charnues de la paroi antérieure. L'artère pulmonaire se divise en trois branches, deux gauches, une droite ; celle-ci passe au-devant de la crosse aortique. La crosse de l'aorte donne naissance par sa convexité aux deux carotides primitives et aux deux sous-clavières ; il n'y a donc pas de tronc brachio-céphalique.

Dans ce même mémoire Bourneville, cite encore 24 autres observations, dont 4 seulement lui sont personnelles ; dans deux il n'y a pas de relation d'autopsie ; les autres sont empruntées à Franck, à Cruveilhier, à Bouillaud ; le rétrécissement de l'artère pulmonaire, la communication des deux ventricules, la naissance de l'aorte, soit des deux ventricules, soit du ventricule droit, sont relatés treize fois.

OBSERVATION X.

Cyanose cardiaque congénitale ; persistance du trou de Botal, rétrécissement de l'artère pulmonaire. etc., par Toupet.

Société anatomique, 1883, p. 64.

Jeanne G., 7 ans ; cyanose, extrémités des doigts en massue ; souffle systolique rude.

AUTOPSIE. — Volume considérable du ventricule droit, qui est beaucoup plus gros que le gauche ; la disproportion entre les deux oreillettes est encore plus marquée : tandis que la droite

semble bien conformée, c'est à peine si on trouve des vestiges de la gauche. Aorte très dilatée depuis son origine jusqu'au niveau de la naissance de la sous-clavière gauche où elle reprend son volume normal. L'artère pulmonaire a à peine le quart du volume de l'aorte. Les parois du ventricule droit sont très épaissies ; l'infundibulum est séparé de la cavité du ventricule droit par une sorte de cloison percée d'un orifice à bords indurés, admettant à peine une plume d'oie. La partie supérieure de la cloison interventriculaire présente une solution de continuité qui permet de passer le doigt du ventricule gauche dans le droit. L'origine de l'aorte se trouve à 7 ou 8 millimètres au dessus, de sorte qu'il y a là un espace sous-aortique commun aux deux ventricules. L'aorte se trouve exactement à cheval sur la cloison. Le trou de Botal n'est pas entièrement oblitéré, et on peut passer facilement une sonde cannelée entre les deux valvules qui doivent l'oblitérer ; la valve antéro-supérieure est percée de deux orifices dont l'un admettrait une plume de corbeau.

OBSERVATION XI.

Cyanose congénitale. Rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc., par Ménétrier.

Société anatomique, 1884, p. 233.

Etienne D..., 34 ans. Cyanose apparue à l'âge de 6 mois ; doigts terminés en massue. Ongles incurvés. Souffle systolique intense.

AUTOPSIE. — Cœur : toute sa face antérieure est formée par le ventricule et l'oreillette droite ; l'artère semble sortir directement du ventricule droit, tandis que l'artère pulmonaire est en grande partie cachée en arrière. Parois du ventricule droit très hypertrophiées. Infundibulum de l'artère pulmonaire considérablement rétréci, admettant à peine la pulpe de l'index, et diminuant rapidement jusqu'à n'avoir plus qu'un diamètre de deux millimètres au niveau des valvules ; celles-ci sont petites, ratatinées, et l'on ne peut trouver la trace que de deux nids valvulaires. Au dessus l'artère pulmonaire se dilate progressivement et finit par présenter un calibre assez voisin de la normale. Pas de trace de canal artériel. En arrière de l'infundibulum la cloison interventriculaire est interrompue ; elle se termine par un bord mousse sur lequel prennent insertion quelques cordages de la tricuspide. Cet orifice présente un centimètre de diamètre ; au dessus, partant également des deux ventricules, et à cheval sur

la cloison interrompue s'ouvre l'aorte. Oreillette droite très dilatée, occupant presque toute la base du cœur. Trou de Botal incomplètement fermé par un mince repli ; au dessous un orifice plus petit, du calibre d'une sonde cannelée, fait encore communiquer les deux oreillettes. Le ventricule gauche est petit, et encore rétréci par la saillie du ventricule droit dans sa cavité. L'oreillette gauche est toute petite, presque réduite à son auricule.

OBSERVATION XII.

Cyanose congénitale. Communication interventriculaire, etc., par Vilon et Lévêque.

Société anatomique, 1885, p. 539.

Henri J... , 21 ans. Cyanose ancienne ; doigts hippocratiques. Souffle systolique intense à la base du côté droit ; frémissement cataire.

AUTOPSIE. — Cœur volumineux ; ventricule droit surtout hypertrophié ; aorte dilatée à son origine ; ses parois ont une mollesse et une minceur qui ne se rencontre ordinairement que dans les veines. Parois du ventricule droit très épaisses. Infundibulum de l'artère pulmonaire normal ; orifice de l'artère pulmonaire presque entièrement oblitéré, admettant à peine une plume de corbeau ; cette occlusion est déterminée par une sorte de diaphragme en cul de poule à sommet supérieur. Ce septum paraît formé par des valvules sigmoïdes soudées entre elles et figurant ainsi un tronc de cône creux à base inférieure ; cette unique valvule conique est parfaitement suffisante. Cloison interventriculaire incomplète à la partie supérieure, permettant une large communication entre les deux ventricules ; vue d'en haut par l'aorte, cette cloison offre à ce niveau un bord mousse, assez épais ; au dessus de ce bord qui est tout à fait libre, s'élève l'aorte qui communique ainsi largement avec les deux ventricules ; son orifice à cheval sur la cloison est dilaté. Le trou de Botal est à peu près fermé par le rapprochement des deux valvules, mais il laisse voir à la moindre traction un orifice circulaire d'environ un centimètre de diamètre.

OBSERVATION XIII.

Inocclusion de la cloison interventriculaire. Rétrécissement de l'artère pulmonaire, par Dumontpallier.

Société médic. des hôpit. Paris, 1885, p. 441.

Ph...., 20 ans ; cyanose ; souffle systolique ; tubercules pulmonaires.

AUTOPSIE. — Hypertrophie portant surtout sur le cœur droit ; rétrécissement très marqué de l'artère pulmonaire admettant seulement l'introduction d'une plume d'oie ; valvules altérées. Infundibulum préarteriel rétréci. Large communication interventriculaire dans la partie la plus élevée du septum, admettant le petit doigt d'un adulte, et située immédiatement au dessous des sigmoïdes aortiques. Trou de Botal fermé ainsi que le canal artériel.

OBSERVATION XIV.

Cyanose. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire, etc.

Thèse de Lavergne, 1886. 3^{me} observation.

Enfant de 6 ans ; cyanose datant de la naissance ; extrémités des doigts renflées en baguettes de tambour ; ongles hippocratiques ; frémissement cataire ; souffle systolique intense vers le deuxième espace intercostal gauche.

AUTOPSIE. — Cœur mou, volumineux, presque globuleux ; sa pointe est formée par le ventricule droit énormément hypertrophié ; ses parois mesurent 12 millimètres d'épaisseur, tandis que celles du gauche ne dépassent pas 8 millimètres. A la partie supérieure du septum ventriculaire, perforation du diamètre de l'index, faisant communiquer les deux ventricules ; ses bords sont lisses, mousses et épais ; sa concavité regarde en haut et en avant. L'aorte est à cheval sur la cloison et présente une ouverture en rapport avec les deux ventricules, mais plus inclinée à droite qu'à gauche ; ses valvules sont saines. — Pas de trace de canal artériel. — L'artère pulmonaire naît du ventricule droit, en avant et en rapport avec le septum ventriculaire ; elle se trouve à gauche et un peu en dessous de l'orifice de communication interventriculaire ; elle est rétrécie ; son infundibulum est petit. Persistance du trou de Botal qui fait communiquer les deux oreillettes.

OBSERVATION XV.

Cyanose. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire, etc., par Norman Moore.

Société clinique de Londres, janvier 1885.
In *Semaine médicale*, 1885, p. 33.

Enfant de 3 ans, atteint dès sa naissance de coloration bleuâtre très marquée de la peau. Souffle systolique fort dans la région cardiaque, surtout entre le mamelon gauche et le sternum. Décès à la suite de gangrène de la joue.

AUTOPSIE. — Ventricule gauche normal; ventricule droit dilaté et hypertrophié. Aorte bien développée; artère pulmonaire au contraire, présentant un rétrécissement considérable à son origine; les valvules sigmoïdes formaient une sorte de cône au sommet duquel on voyait une ouverture de la grandeur d'une épingle. Les valvules mitrale, tricuspide et aortiques étaient normales. A la partie supérieure de la cloison interventriculaire se trouvait une large perforation, et les deux oreillettes communiquaient aussi largement entre elles par le trou ovale.

OBSERVATION XVI.

*Anomalie congénitale du cœur.
Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire, par Léo.*

Société de médecine interne, de Berlin, mars 86.
In *Semaine Médicale*, 1886, p. 117.

Enfant chez lequel la cyanose n'a été constatée qu'à l'âge de 3 ans et demi. Souffle systolique marqué à gauche du sternum dans le deuxième espace intercostal; doigts renflés en baguette de tambour.

AUTOPSIE. — Cœur extrêmement augmenté de volume; les veines caves et pulmonaires s'abouchaient dans leur oreillette respective; le trou ovale était perforé en forme de fente. L'aorte, de calibre très grand, était déplacée à droite et prenait naissance à la fois sur le ventricule gauche et sur le ventricule droit. Les deux ventricules étaient énormément hypertrophiés et dilatés. A la partie postérieure de la cloison interventriculaire il existait une ouverture assez grande, par laquelle les deux ventricules communiquaient. L'artère pulmonaire ne communiquait

avec le ventricule droit que par un canal ne permettant que le passage d'une allumette. Dans la région du rétrécissement il existait du tissu calleux et des produits endocardiliques de date récente. Par suite de ce rétrécissement la bulbe de l'artère pulmonaire représentait, pour ainsi dire, un troisième ventricule. L'artère même, dont l'orifice n'était muni que de deux valvules, était notablement plus mince que l'aorte. Le conduit de Botal se présentait comme un cul de sac du côté de l'aorte.

OBSERVATION XVII.

Communication interventriculaire. Rétrécissement de l'artère pulmonaire, par Holl.

Revue Internationale des Sc. médic. Hayem, 1882, t. XIX, p. 556.

Enfant de 15 jours. — Autopsie : perforation de la partie postérieure de la cloison; aorte naissant à droite de l'artère pulmonaire, provenant comme elle du ventricule droit, mais beaucoup plus développée que ce vaisseau : elle a 12 millim. à son origine, l'artère pulmonaire rétrécie n'en a que 6, et naît à gauche de l'aorte d'un infundibulum très étroit. Trou de Botal persistant.

OBSERVATION XVIII.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire combiné à une séparation incomplète des deux cavités ventriculaires, par Gevaert.

Annales de la Société de Médecine de Gand.

Il nous a été impossible de nous procurer le texte de cette observation.

OBSERVATION XIX.

Un cas de sténose congénitale du conus artériosus droit avec communication interventriculaire

C. Assmus, Centralblatt, 1878, p. 95.

Garçon de 15 ans, remarquable dès son enfance par de la cyanose, une forme particulière des doigts; avait présenté tous

les symptômes du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Mort subite.

AUTOPSIE. — Absence de la partie postérieure de la région antérieure de la cloison interventriculaire. Anomalie de situation des troncs artériels dont le calibre est normal ainsi que les valvules. Le conus artériosus droit est rétréci par suite du développement excessif de sa paroi postérieure. Signes d'endocardite ancienne dans la cavité du conus. Fosse ovale perforée.

OBSERVATION XX.

Un cas de malformation du cœur.

S. O'Sullivan (The Dublin Journ. of Medec., avril 1880).

Garçon de 17 ans, mal développé physiquement et intellectuellement; a souffert depuis sa première enfance de dyspnée et de cyanose.

AUTOPSIE. — Trou ovale non fermé; perforation de la cloison interventriculaire au niveau de sa partie postérieure, admettant le passage du doigt. Rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Hypertrophie considérable du ventricule droit.

OBSERVATION XXI.

Cas de Samuel Busey (Americ. Journ. of the Medic. Sc. Janvier 1880).

Les bruits du cœur étaient normaux. — A l'autopsie, communication entre les deux ventricules au niveau du septum; aorte naissant des deux ventricules et fortement dilatée; artère pulmonaire considérablement rétrécie à l'origine.

Cité dans Revue d'Hayem, t. XVII, p. 123.

OBSERVATIONS XXII et XXIII.

Deux cas de perforation de la cloison ventriculaire.

Orth. Centralblatt, 1881, p. 558.

Premier cas. — Enfant de 9 ans, opéré d'imperforation de l'anus et atteint d'hypospadias.

Perforations multiples de la cloison ventriculaire, recouvertes en partie par des colonnes charnues; de plus, perforation habituelle au niveau de la partie postérieure de la région antérieure du septum. Sténose de l'artère pulmonaire.

Deuxième cas. — Homme de 20 ans. — Perforation de la partie postérieure de la région antérieure du septum interventriculaire; situation et diamètre normaux des deux troncs artériels; mais entre le conus et le sinus du ventricule droit se trouvait un rétrécissement musculo-tendineux considérable, ne laissant qu'une fente de 15 millimètres sur 6.

OBSERVATION XXIV.

Communication interventriculaire.

Chiari. Jahrb. für Kinderheilk., 1881, p. 448.

Fille d'un an : Souffle systolique et diastolique au foyer pulmonaire. Cyanose. Tuberculose pulmonaire.

AUTOPSIE. — Dilatation et hypertrophie du ventricule droit; valvules de l'artère pulmonaire épaissies, soudées entre elles et à la paroi de l'artère; l'orifice est rétréci et insuffisant. Canal artériel persistant dans une longueur de deux millimètres. Trous nombreux dans le septum interventriculaire, tapissés d'un endocarde lisse, sans trace d'inflammation.

OBSERVATION XXV.

Rétrécissement et malformation de l'artère pulmonaire.

Cronk. Trans. of the obstétric. Soc. Londres, 1882.

Enfant mort 15 jours après sa naissance; cyanose intense.

AUTOPSIE. — Septum interventriculaire ouvert à la partie supérieure. Artère pulmonaire consistant en un prolongement en haut du ventricule droit, et en un tube ouvert en haut dans l'aorte; séparée de l'infundibulum par un septum membraneux sur lequel trois dépressions marquaient ce qui devait être la place des valvules semi-lunaires.

OBSERVATION XXVI.

Sténose congénitale de l'artère pulmonaire.

Charon. Bullet. de l'Acad. roy. Belge, 1883, p. 664.

Garçon de 4 ans. Souffle systolique. Cyanosé.

AUTOPSIE. — Dilatation excessive des veinules de la face postérieure du sternum. Veine sous-clavière droite très dilatée. Pas de tubercules pulmonaires. — Cœur très hypertrophié. Déviation de l'aorte à droite; les artères carotide et sous-clavière droites naissent séparément de l'aorte. Le canal aortique naît à l'origine de la sous-clavière gauche et se rend à la branche gauche de l'artère pulmonaire. L'artère pulmonaire est rétrécie, son calibre est d'un tiers moindre que le calibre normal. La sténose porte surtout sur l'orifice, qui n'a que 3 millimètres de diamètre et est entouré d'anneaux fibreux. Pas trace de valvule. Communication interventriculaire.

OBSERVATION XXVII.

Vice de conformation du cœur.

Burnier. Rev. médic. de la Suisse romande, 1884, p. 282.

Enfant de 4 ans et demi. Cyanose; déformation des doigts constatée à 9 mois. Pas de souffle cardiaque, mais bruit de galop intermittent.

AUTOPSIE. — Foie muscade. Poumons atélectasiés, emphysémateux. Epanchement péricardique. Cœur très gros. Aorte large. Artère pulmonaire petite; l'aorte ascendante paraît plus médiane que normalement. L'oreillette droite surtout est très-distendue et hypertrophiée. Trou de Botal fermé. Ventricule droit énormément hypertrophié et dilaté; valvule tricuspide insuffisante avec petites granulations rouges. Septum interventriculaire perforé à sa partie supérieure. L'infundibulum pulmonaire est rétréci par une colonne charnue très hypertrophiée. L'orifice de l'artère pulmonaire au niveau des sigmoïdes mesure 27 à 28 millimètres, au lieu de 40 à 47 millimètres, dimensions normales. Deux valvules sont soudées ensemble et épaissies. Végétations au-dessous des valvules dans le cône de l'artère pulmonaire, endocarde épaissi. Pas de canal artériel. Cœur gauche légèrement hypertrophié, valvule mitrale insuffisante; orifice aortique dilaté.

OBSERVATION XXVIII.

Contribution au diagnostic des vices de conformation du cœur d'origine congénitale.

Kaulich. Prager medic. Wochenschrift, 1884, p. 505.

Garçon de 3 ans. Cyanose datant de la 6^e semaine de la vie.

Développement physique incomplet. Déformation des phalanges des mains et des orteils. Souffle systolique inconstant.

AUTOPSIE. — Cœur. Hypertrophie du ventricule droit. Sténose du cône artériel. Communication entre les oreillettes et entre les ventricules. Le rétrécissement du cône avait été causé par une endomyocardite ; la séreuse apparaissait lisse et épaissie ; l'artère pulmonaire était rétrécie à son origine et sur son tronc.

OBSERVATION XXIX.

Malformation congénitale du cœur.

Moore. Médic. Times and Gazette, 1885, p. 128.

Enfant de 3 ans, cyanosé dès sa naissance. Souffle systolique ; doigts en massue.

AUTOPSIE. — Cœur droit très hypertrophié. Artère pulmonaire normalement située, rétrécie à son orifice ; ses valvules sont soudées, épaissies, en forme de dôme avec une orifice au sommet. Communication des deux ventricules. Foramen ovale largement ouvert. Pas de canal artériel.

OBSERVATION XXX.

Cas de malformation congénitale du cœur.

Crocker. Transact. of pathol. Soc. London, 1879, p. 273.

Fille de 6 ans, cyanosée dès la naissance. Souffle systolique inconstant.

AUTOPSIE. — Oreillette droite dilatée ; foramen ovale persistant. Orifice auriculo-ventriculaire normal. Valvules de l'artère pulmonaire adhérentes, formant un cône présentant une ouverture admettant une plume de corbeau. Artère pulmonaire rétrécie au début ; branches droite et gauche normales. Persistance du canal artériel qui admet une sonde ; aorte naissant en partie du ventricule droit.

OBSERVATION XXIX.

Atrésie congénitale de l'artère pulmonaire.

Stifell. Améric. méd. J., 1880, p. 363.

Pas d'observation clinique.

AUTOPSIE. — Cœur largement dilaté. Artère pulmonaire pré-

sentant un orifice entièrement oblitéré par un septum membraneux. Ce septum avait la position des valvules semi-lunaires qui paraissaient s'être soudées. Au delà du septum l'artère pulmonaire est perméable, et communique avec l'aorte par persistance du canal artériel. Le septum interventriculaire offre une ouverture de 35 millimètres.

OBSERVATION XXXII.

Oblitération complète de l'artère pulmonaire.

Luneau. Journ. de méd. de l'Ouest, 1880, p. 131.

Enfant cyanosé dès sa naissance. Souffle systolique.

AUTOPSIE. — Cavités droites hypertrophiées, trou de Botal persistant. Ventricule droit hypertrophié, dilaté, ayant deux fois le volume du gauche. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est à l'état de vestige, il s'effile en cul de sac sur une sorte de tubercule qui occupe la place des valvules sigmoïdes et obstrue complètement cette artère. Au-dessus le tronc de l'artère reprend son volume. Ce tubercule, qui atteint l'artère pulmonaire, représente un mamelon dont l'extrémité regarde du côté de l'artère pulmonaire, ayant sur ses côtés les trois culs de sac en nids de pigeon qui devaient répondre aux valvules sigmoïdes, comme si les trois valvules atrophiées s'étaient réunies complètement et avaient formé cette sorte de tubercule. Persistance d'un orifice dans le septum interventriculaire. Rien d'anormal du cœur gauche.

OBSERVATION XXXIII.

Affection congénitale du cœur.

Cadet Gassicourt. Rev. mens. des maladies de l'enfance, 1884.

Enfant de 10 ans. Cyanose intermittente. Souffle systolique.

AUTOPSIE. — Ventricule droit hypertrophié. Artère pulmonaire présentant deux sortes de lésions, les unes congénitales, les autres récentes. Les premières sont : rétrécissement de l'orifice de l'artère, dilatation de l'artère au-dessus du rétrécissement, et à la partie supérieure du septum interventriculaire, communication entre les deux ventricules. Les lésions récentes sont des végétations molles, dures, blanches, crétacées sur le bord libre des sigmoïdes, et des plaques d'artérite sur l'artère pulmonaire.

OBSERVATION XXXIV.

Forme particulière du septum interventriculaire.

Babesiu. Jahrb. für Kinderheilkund, 1879, p. 263.

Fille de 13 ans. Cyanose.

AUTOPSIE. — Cœur horizontal; la face antérieure formée exclusivement, par le ventricule droit extrêmement dilaté. Absence de la partie postérieure du septum ventriculaire. Transposition des troncs artériels: l'artère pulmonaire sort à gauche et derrière l'origine de l'aorte. Rétrécissement du cône de l'artère pulmonaire; à son orifice, deux valvules de même dimension et une troisième plus petite. L'artère à son origine a son calibre normal, ainsi que la branche droite; la branche gauche à son origine est à peu près de 1 millimètre et se dilate ensuite en forme d'entonnoir pour atteindre son volume normal. Le ventricule gauche est très diminué.

OBSERVATION XXXV.

Un cas de sténose énorme de l'ostium de l'artère pulmonaire.

Von Maschka. Zeitschrift für Heilkunde Prag., 1884, p. 393.

Enfant de 15 ans: la cyanose a été constatée dès la naissance. Souffle systolique. Tuberculisation.

AUTOPSIE. — Cœur augmenté de volume; communication des deux ventricules en arrière et en haut. Foramen ovale ouvert. A l'endroit où doit se trouver l'artère pulmonaire dans le ventricule droit, on voit un tronc artériel que l'on doit considérer comme l'aorte. En arrière et un peu à gauche de l'aorte, on voit un vaisseau à parois épaissies avec indication de valvules de la grosseur d'un tuyau de plume: c'est l'artère pulmonaire qui ne laisse pénétrer qu'une très fine sonde tant elle est rétrécie: elle s'ouvre dans le ventricule gauche. Pas de canal artériel.

Il y a donc: sténose considérable de l'artère pulmonaire, transposition des vaisseaux, communication des deux oreillettes et des deux ventricules.

OBSERVATION XXXVI.

Une malformation rare du cœur.

Brewer. Boston méd. Journ., 1885, p. 341.

Enfant cyanosé dès sa naissance, et n'ayant vécu que 54 heures.

AUTOPSIE. — Cœur. Oreillettes bien conformées, la gauche considérablement élargie. Foramen ovale admettant le bout du petit doigt. Une seule valvule auriculo-ventriculaire, la gauche; à la place de la tricuspide existe une dépression légère au fond de laquelle se trouve un petit anneau fibreux de 3 millimètres de diamètre. Un seul ventricule, à cavité spacieuse, sans trace de septum. Un seul large tronc artériel, l'aorte; un petit vaisseau de 3 millim. de diamètre, et bifurqué à 8 millim. de son origine naissait de l'aorte et peut être considéré comme l'artère pulmonaire rudimentaire.

OBSERVATION XXXVII.

Anomalie congénitale du cœur avec transposition des viscères,
par Coulson Bull.

Semaine médic., 1885, p. 318.

Sujet de 9 ans, atteint de bec de lièvre; cyanose constatée dès le neuvième mois; phalangettes renflées en baguettes de tambour. Souffle systolique rude.

AUTOPSIE. — Foie situé dans l'hypocondre gauche, estomac et rate dans le droit, etc. Aorte thoracique descendant à droite du rachis. Cœur: une oreillette unique recevant à sa partie supérieure les deux veines pulmonaires, à sa partie inférieure les veines caves. Le ventricule formait une grande cavité unique dans laquelle on voyait un rudiment de septum. Le ventricule droit n'était guère plus gros que la dernière phalange du pouce et communiquait largement avec le gauche. L'orifice aortique était normal; au devant de lui se trouvait une fente large de 1 centimètre qui conduisait dans une sorte d'infundibulum formé par les valvules pulmonaires accolées les unes aux autres; au sommet de l'infundibulum existait une petite ouverture triangulaire qui le faisait communiquer avec l'artère pulmonaire qui mesurait le volume du petit doigt.

OBSERVATION XXXVIII.

Cyanose congénitale; cœur à un seul ventricule; rétrécissement de l'artère pulmonaire, par Hippolyte Martin.

Société anatomiq. Paris, 1877, p. 443.

F. Léon, âgé de 11 ans; cyanose; débilité constitutionnelle; dernières phalanges renflées en massue; ongles hippocratiques; tuberculose.

AUTOPSIE. — Cœur à trois cavités : deux oreillettes, un ventricule unique ; l'oreillette gauche communique avec ce ventricule par une valvule tricuspide dont les trois valves sont très nettement dessinées et oblitèrent très bien l'orifice ; l'oreillette droite vue par sa face interne permet de constater l'absence de l'orifice auriculo-ventriculaire normal ; il est remplacé par un long canal étroit qui semble se glisser dans la paroi postérieure du ventricule unique pour venir s'ouvrir dans ce ventricule à environ 15 millim. de la pointe ; cet orifice ventriculaire est tout à fait dissimulé entre deux volumineux piliers de deuxième ordre sur la paroi postérieure, de sorte qu'il échappe complètement à un premier examen, et on n'en constate l'existence qu'en y faisant pénétrer un stylet par l'ouverture auriculaire ; pas de trace de valvule dans toute l'étendue de ce canal. A la base du cône ventriculaire, à droite de la valvule et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, s'ouvrent à côté l'une de l'autre, l'aorte et l'artère pulmonaire ; un pilier charnu horizontal, volumineux, convertit la portion du ventricule correspondant à ces deux vaisseaux en une sorte de diverticulum. L'aorte est antérieure, son orifice, ses valvules, ses divisions sont normalement constituées. L'artère pulmonaire naît immédiatement derrière l'aorte ; son diamètre est tellement rétréci qu'il n'est pas supérieur à celui d'une forte plume de corbeau ; elle présente deux valvules semi-lunaires plus larges et bien plus élevées que sur un cœur normal ; elles paraissent oblitérer complètement l'orifice. Persistance du trou de Botal ; entre les deux oreillettes, ouverture pouvant admettre une sonde uréthrale. Le ventricule unique a l'épaisseur d'un ventricule gauche normal.

OBSERVATION XXXIX.

Cas de transposition complète des troncs artériels du cœur,
par Luigi Mazotti.

Rivista clinica, cité dans Rev. d'Hayem, 1880, t. XV, p. 59.

Garçon de 14 ans ; cyanose. A l'autopsie, l'artère pulmonaire rétrécie naissait sur un plan postérieur à celui de l'aorte. Les deux cavités ventriculaires communiquaient entre elles par un orifice elliptique à bords lisses, situé en haut, à la base, et du calibre de l'index.

OBSERVATION XL.

Rétrécissement extraordinaire de l'orifice pulmonaire par suite de la réunion des valvules sigmoïdes de cet orifice; hypertrophie excentrique du ventricule droit; dilatation hypertrophique considérable de l'oreillette droite; communication interauriculaire par le trou ovale, intercentriculaire par une ouverture garnie de valvule à la partie supérieure de la cloison, et interartérielle par le canal artériel; trochocardie.

Alvapenga. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, 1878, p. 247.

Antonio Rezende, 16 ans; constitution faible; cyanose très intense; extrémités digitales non seulement livides mais encore grosses et arrondies. Frémissement cataire; bruit de scie au premier temps à maximum à la base.

AUTOPSIE.—Cœur volumineux, couché transversalement sur le diaphragme, ayant sa base inclinée à droite et tordu comme s'il avait tourné sur son grand axe, de manière à présenter en avant son bord droit, en haut la face antérieure du ventricule droit, en arrière la face antérieure et le bord du ventricule gauche, et en bas une grande partie de la face postérieure du ventricule droit. On voyait à peine l'origine de l'artère pulmonaire au côté gauche et postérieur du commencement de l'aorte.

Le cœur gauche était caché, et l'on n'avait en vue que le cœur droit. La plus grande partie du ventricule droit était formée par la chambre pulmonaire, qui avait une capacité extraordinaire. Oreillette droite très dilatée, ayant sa paroi externe très épaisse et son appendice très long. Trou ovale ouvert (6 millimètres de longueur et 2 millimètres de largeur). Orifice auriculo-ventriculaire droit grandement dilaté; valvule tricuspide insuffisante; quelques noyaux indurés dans son épaisseur, quelques végétations dites en chou-fleur sur son bord libre. Le ventricule droit dont les parois étaient plus épaisses que celles du ventricule gauche, présentait ses deux chambres bien séparées par une épaisse colonne musculaire existant dans l'ouverture inférieure ou interne de l'infundibulum d'où elle envoyait des tendons à la valvule tricuspide. Près du bord supérieur de cette colonne était une ouverture qui faisait communiquer le ventricule droit avec le gauche. La chambre auriculaire du ventricule, petite comparativement à la chambre pulmonaire, était conique. La chambre pulmonaire représentait un canal conique de 5 centimètres de

longueur, courbe et entouré de parois très épaisses se terminant inférieurement par une ouverture circulaire de 2 cent. 5 et se continuant à sa partie supérieure avec un étroit canal formé par la réunion des valvules sigmoïdes, lequel présentait dans l'intérieur de l'artère pulmonaire un rebord épais et proéminent, au centre duquel était l'orifice auriculo-pulmonaire, qui avait à peine 2 millimètres de diamètre. Les deux chambres du ventricule droit avaient une capacité très petite comparativement au volume que présentait ce même ventricule vu à l'extérieur, ce qui était dû à l'hypertrophie considérable de ses parois. L'oreillette gauche était beaucoup plus petite que la droite. A la partie supérieure de la cloison interventriculaire, au-dessous des valvules aortiques, existait une ouverture oblongue de 2 centimètres 1/2 de longueur et de 1 centimètre de largeur, laquelle s'ouvrait à la base de l'infundibulum.

Cette ouverture était garnie à sa partie supérieure d'une valvule séro-fibreuse, un peu rugueuse, qui se prolongeait vers l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Dans le ventricule gauche, elle était limitée en haut par la base de la dite valvule aortique, et dans le reste de son étendue, par un rebord musculaire formé par la cloison interventriculaire; dans le ventricule droit, elle avait à son pourtour inférieur l'épaisse colonne musculaire déjà mentionnée; à la partie supérieure se trouvait la valvule de cette ouverture déjà décrite; enfin latéralement elle était bornée par la paroi de l'infundibulum. — L'appareil valvulaire aortique et mitral était sans altération. L'aorte et l'artère pulmonaire communiquaient entr'elles par le canal artériel qui n'était pas complètement oblitéré.

OBSERVATION XLI.

Dexiocardie, transposition des artères, rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, inoclusion des cloisons interventriculaire et interauriculaire, albuminurie, etc.

Lancereaux. Traité d'anatomie pathologique,
t. II, p. 701, 1879-81.

P. M., âgée de 16 ans; intelligence faible, cyanose excessive; elle est effrayante à voir, tant ses lèvres et ses mains sont noires; extrémités digitales, principalement celles des mains, renflées en baguelettes de tambour; souffle de moyenne intensité au niveau de la troisième côte.

AUTOPSIE. — Le cœur est entièrement renversé; sa pointe correspond au cinquième espace intercostal et à la sixième côte

droite, à 4 centimètres en dehors des cartilages costaux ; sa base est à gauche du sternum.

De cette disposition, il résulte que le ventricule gauche se trouve situé en avant à droite, tandis que le ventricule droit est en arrière et à gauche. La cavité ventriculaire gauche est très petite ; on peut à peine y cacher deux doigts ; à sa partie supérieure naît l'aorte dont les valvules, au nombre de trois, présentent, sur la face ventriculaire et au niveau du bord supérieur, des végétations papillaires du volume d'un grain de millet. L'orifice mitral non altéré permet au plus le passage du petit doigt. L'orifice aortique, légèrement insuffisant, laisse facilement pénétrer le doigt indicateur ; les deux cavités ventriculaires communiquent entr'elles par l'intermédiaire d'une ouverture de la dimension de l'extrémité du pouce, et qui occupe la partie supérieure de la cloison au-dessous des orifices aortique et pulmonaire séparés par une sorte de bride. Vu du ventricule, ce dernier orifice est arrondi, de la forme d'un infundibulum et tellement étroit, qu'il est difficilement traversé par une plume d'oie ; vu de l'artère pulmonaire, ce même orifice, de forme triangulaire, présente les rudiments des trois valvules sigmoïdes dont l'une est à peu près normale, tandis que les autres sont considérablement rétrécies ; mais le rétrécissement le plus considérable à la base de l'orifice semble porter principalement sur l'infundibulum. Le ventricule droit est large ; ses colonnes charnues sont très épaissies et ses parois notablement hypertrophiées. La valvule tricuspide est normale ; l'orifice peut contenir deux bons travers de doigts ; les deux veines cavées viennent s'aboucher dans une oreillette dont l'auricule, remplie de sang, est située à gauche de l'aorte. Cette oreillette est réunie par un orifice qui a au plus les dimensions du petit doigt avec la cavité ventriculaire d'où émane l'aorte ; l'autre oreillette qui reçoit les veines pulmonaires communique avec la cavité ventriculaire qui donne naissance à l'artère pulmonaire, de telle sorte que le ventricule droit se trouve en rapport avec l'oreillette gauche, et le ventricule gauche avec l'oreillette droite. Les deux oreillettes communiquent entr'elles par l'intermédiaire du trou de Botal. Le canal artériel est oblitéré.

(A suivre.)