

**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. 270-86

se rapprochent à ce point de vue des urines normales, puisqu'il faut un peu plus seulement de solution des cendres pour amener la mort. Mais les urines des malades que nous avons étudiées, étant plus toxiques, il s'ensuit que leurs cendres sont plus toxiques que les cendres des urines normales.

D'autres faits sont aussi à signaler dans ces expériences, faits que nous nous bornons, pour le moment, à enregistrer sans en chercher l'explication, c'est le peu de tendance à l'hypothermie, contrairement à ce que l'on a observé généralement dans les injections de même nature; c'est d'un autre côté la variabilité de l'action sur la pupille, qui tantôt était dilatée, tantôt au contraire contractée, et enfin c'est la constance à peu près absolue des secousses convulsives au milieu desquelles presque tous les animaux sont morts.

Comme on le voit cette étude est pleine d'intérêt, elle mérite d'être poursuivie, non seulement pour les tabétiques mais encore pour toutes les maladies apyrétiques du système nerveux central, c'est ce que nous nous proposons de faire.

Contribution à l'Anatomie pathologique de la Maladie bleue (Cyanose cardiaque)

Par le D^r A. FALLOT

(Suite).

Cependant on ne saurait nier qu'un certain nombre de travaux ait, depuis quelques années déjà, contribué à ébranler et à battre en brèche la croyance généralement accréditée. Cruveilhier s'était déjà à maintes reprises élevé contre elle. Dans sa savante étude des anomalies du cœur (1), Larcher décrit très exactement les diverses lésions que nous avons

(1) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, 1880.

signalées. A propos des solutions de continuité de la cloison interventriculaire, il indique comme n'étant pas rare, la déviation de cette cloison à gauche ; il en résulte que le ventricule droit prend des proportions inusitées et qu'il est ainsi en continuité avec l'orifice aortique dans une plus ou moins grande étendue ; « dans quelques cas c'est seulement une faible portion de l'orifice aortique (un tiers ou un quart de sa circonférence) qui naît du ventricule droit, tandis que dans d'autres, l'aorte communique également avec les deux ventricules, et dans d'autres même, où son calibre est remarquablement gros, elle naît entièrement du ventricule droit (Ward et Parker). » L'auteur signale comme coïncidant le plus habituellement avec les anomalies de cloisonnement des ventricules l'existence d'une cause quelconque mettant obstacle au passage du sang du ventricule droit dans l'artère pulmonaire. — Comme on le voit, la description est complète et d'une irréprochable fidélité ; malheureusement, par la nature même de son sujet, l'auteur a dû se tenir presque exclusivement sur le terrain de l'anatomie-pathologique, et, du tableau clinique tracé par lui, il ne ressort pas d'une façon suffisamment explicite que ces lésions, si exactement retracées, sont comme le substratum organique le plus habituel du syndrome clinique maladie bleue.

Dans l'étude, remarquable comme tout ce qui sort de sa plume, que le professeur Grancher a consacré à la maladie bleue (1), l'éminent clinicien, mettant à profit les recherches de Larcher, s'est approché beaucoup plus de ce que nous considérons comme la vérité ; nous n'hésitons même pas à dire qu'il l'a comme touchée du doigt. Il décrit successivement : 1° Les anomalies portant sur les cloisons ; 2° les anomalies des orifices du cœur et des gros vaisseaux. Parmi les premières, il considère la solution de continuité de la cloison interauriculaire, la persistance du trou de Botal, comme étant celle que l'on rencontre le plus fréquemment ; après avoir indiqué le siège et la forme la plus habituelle de

(1) Ibid.

la communication interventriculaire, il signale la déviation de la cloison vers le côté gauche, et l'émergence de l'aorte en totalité ou en partie de la cavité ventriculaire droite. Parmi les anomalies des orifices des gros vaisseaux, il insiste sur la fréquence du rétrécissement de l'artère pulmonaire, et donne comme venant immédiatement après lui, la persistance du canal artériel; il note la dilatation assez habituelle de la crosse de l'aorte, et il n'a garde d'oublier l'hypertrophie du ventricule droit. — Comme il est facile de s'en convaincre par ce simple résumé, nous sommes bien loin des descriptions de Valleix et de Grisolle; tous les traits du type anatomo-pathologique signalé deux ans auparavant dans la thèse de Debely, sont indiqués ici; ils y sont de plus infiniment mieux groupés que dans l'article de Gintrac fils.

Cependant, s'il nous était permis d'adresser une humble critique à l'éminent professeur, nous exprimerions le regret que sa description soit trop analytique, alors qu'au contraire un tableau synthétique eut eu, à notre avis au moins, bien plus de ressemblance et de fidélité. L'auteur n'a peut être pas suffisamment insisté sur ce fait que les diverses lésions, qu'il étudie avec tant d'exactitude, n'existent presque jamais isolément, mais qu'elles ne sont que les éléments artificiellement dissociés d'un tout anatomo-pathologique complexe. On serait presque en droit de croire à la lecture que chacune d'entre elles peut se rencontrer à peu près indifféremment dans les divers cas de maladie bleue, on ne voit pas avec assez de netteté qu'elles sont étroitement reliées les unes aux autres et ne se présentent jamais ou presque jamais à l'état d'isolement.

Sans doute, dans l'étude qu'il fait ensuite de leur pathogénie, l'auteur démontre l'influence qu'elles ont les unes sur les autres, et il est amené par là à insister sur leur enchaînement; bien que cette partie de son remarquable travail soit de nature à atténuer notre critique, nous croyons cependant que celle-ci n'en subsiste pas moins dans ce qu'elle a d'essentiel.

Quoiqu'il en soit, on peut dire que c'est au professeur Gran-

cher que revient pour la plus grande part l'honneur d'avoir un des premiers tracé de l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe un tableau exact et fidèle. Il a ainsi porté un rude coup à la vieille doctrine de la maladie bleue par persistance du trou de Botal. Il a eu de plus le mérite de replacer la question sur son véritable terrain, la clinique, et de rompre d'une façon complète avec cette conception essentiellement erronée qui fait de cette maladie une sorte de syndrome commun aux malformations cardiaques les plus diverses et les plus bizarres ; là est certainement une des causes qui ont le plus largement contribué à laisser dans le vague, la confusion et l'incertitude l'histoire anatomo-pathologique de cette affection. La plupart des auteurs ont eu le tort grave de ne pas savoir établir une ligne de démarcation entre la clinique et la tératologie ; ils ont, dans leurs classifications, cité presque côte à côte les faits les plus évidemment disparates : — d'abord ces cas de tératologie cardiaque dont la science enregistre à peine quelques très rares exemples par siècle, cœur à une, à deux cavités, sur lesquels Lancereaux a publié, il y quelques années, d'intéressantes leçons (1) ; ces faits, constatés presque exclusivement chez des fœtus monstrueux, nés avant terme, non viables, d'un haut intérêt pour l'embryologiste, sont presque de nulle valeur pour le clinicien, car ils se passent tout à fait en dehors de sa sphère d'observation ; — puis, à côté, ces cas de malformation cardiaque dont la rareté n'est pas telle que nous n'ayons pu en relater plus de 50 exemples dans l'espace de quelques années, la plupart constatés chez les sujets adultes ou même d'âge mûr. En éliminant complètement de sa description des lésions de la maladie bleue, l'interminable série des cœurs à 1, 2, 3, cavités, le professeur Graucher a rendu à l'étude de cette affection le plus signalé des services, il a puissamment travaillé à lui assurer une individualité clinique incontestable (2).

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1880.

(2) Voir encore, Cadet Gassicourt : *Maladies des enfants*, et Constantin Paul, *Maladies du cœur*.

V

« De toutes les communications anormales entre les cavités droites et gauches du cœur, la variété la plus fréquente est celle qui existe entre les oreillettes, c'est la persistance du trou du Botal. » Telle est la proposition, on pourrait presque dire l'aphorisme que, au cours de cette étude, nous avons vu se reproduire presque constamment dans les auteurs les plus justement appréciés ; c'est lui que nous avons eu l'occasion de relever sous la plume de Valleix, de Grisolle, de Jaccoud, de Gintrac, même de Grancher. C'est à coup sûr par une interprétation vicieuse de ce fait que la plupart d'entre eux ont été amenés à considérer cette lésion comme la cause la plus ordinaire de la maladie bleue. Nous nous arrêterons quelques instants sur ce point ; en effet, l'erreur accréditée résulte d'un malentendu, d'une sorte d'équivoque dont il importe de ne rien laisser subsister.

Il convient de poser les termes de la question d'une façon tout à fait nette, ne laissant place à aucune ambiguïté. Nous distinguerons deux variétés de cas essentiellement différents : — 1^o La fosse ovale n'est pas complètement fermée, la valvule de Vieussens n'est qu'imparfaitement développée, il y a solution de continuité *manifeste* dans l'épaisseur de la cloison interauriculaire ; l'orifice de communication peut être plus ou moins large, ses dimensions peuvent varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres, il peut être unique ou multiple, mais il est de toute évidence qu'à travers cet orifice le sang pouvait passer librement d'une oreillette dans l'autre ; — 2^o La fosse ovale est fermée, la valvule de Vieussens a atteint son complet développement : cependant si l'on explore avec soin, au moyen d'un stylet ou d'une sonde de femme, la zone d'insertion de cette valvule, on découvre que sur un ou deux points ses bords ne sont pas exactement soudés, et l'instrument peut, après avoir parcouru un trajet oblique plus ou moins long, pénétrer dans la cavité auricu-

laire opposée. Telle était la disposition notée chez nos malades I et II.

Doit-on ranger les faits de cette seconde catégorie dans le groupe des cas de persistance du trou de Botal? De la solution donnée à cette question dépendent complètement les résultats de la statistique; si on adopte une réponse affirmative, immédiatement les cas de communication interauriculaire deviennent d'une fréquence extraordinaire, ils se multiplient tellement que ce mode de conformation devient une simple particularité anatomique presque vulgaire et banale. Tous les auteurs anciens et modernes sont d'accord sur ce point. Au commencement de ce siècle, Portal (1) s'exprimait ainsi : « si le trou ovale est jamais complètement fermé par sa valvule, c'est bien rare, car je l'ai presque toujours trouvé ouvert, même dans des vieillards; il est vrai que souvent cette ouverture se trouve dans le fond d'un sinus assez étroit, formé par la valvule du trou ovale et par la cloison des oreillettes, et qu'on a de la peine à le découvrir. On ne doit pas être surpris d'après cela qu'Albinus ait trouvé le trou ovale ouvert chez une vieille femme, et que J.-J. Hubert, Lecat, Weitrecht et Morgagni l'aient trouvé ouvert dans des vieillards. » Meckel vers 1816 signalait également la fréquence de la non occlusion parfaite du trou ovale (2). Robin et Hiffelskeim l'ont constatée une fois sur trois chez les enfants nouveau-nés. Alvarenga a examiné 213 cœurs de un jour à deux ans, et noté que l'occlusion n'existait que huit fois, c'est-à-dire 3,7 pour 100; suivant lui, avant deux mois, l'orifice est constamment ouvert, et il n'y a pas d'époque fixe pour son occlusion. Parrot a été conduit par des recherches personnelles à des conclusions à peu près identiques. Sur 62 sujets âgés de moins de deux ans, l'oblitération du trou de Botal n'était complète que quatre fois, c'est-à-dire 6,4 pour 100; sur 52 sujets des deux sexes, depuis 19 ans jusqu'à un âge plus avancé, l'occlusion existait

(1) *Cours d'anatomie Médicale*, an XII, 103.

(2) *Anatomie générale*, t. II, p. 306, traduction Jourdan, 1825.

26 fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas. Mais nul n'a mieux indiqué ce fait et plus exactement apprécié sa valeur physiologique que ne l'a fait Cruveilhier. « Rien n'est plus fréquent, dit l'illustre anatomo-pathologiste, que de rencontrer chez l'adulte et chez le vieillard un pertuis, une espèce de fente ou de fissure très oblique qui résulte du croisement de la valvule ou repli qui forme le fond de la fosse ovale avec la valvule ou repli qui limite en arrière cette fosse ; cette disposition est même tellement fréquente qu'on peut la considérer comme une variété anatomique plutôt que comme un état morbide. On conçoit d'ailleurs qu'aucun mélange des sangs du cœur droit et du cœur gauche ne puisse être la conséquence de cette conformation : en effet la contraction des deux oreillettes étant simultanée, cette contraction a pour résultat l'application plus exacte des deux valvules l'une contre l'autre, et par conséquent le défaut absolu de communication entre les deux oreillettes (1). » Les recherches expérimentales des physiologistes contemporains sont venues confirmer de tous points cette manière de voir : Chauveau, Marey, Ludwig, etc., ont démontré l'inégalité de pression dans les deux ventricules, l'excès de pression dans le ventricule gauche par rapport à son congénère. Les deux premiers physiologistes ont trouvé chez le cheval 128 millimètres dans le ventricule gauche, 25 dans le ventricule droit, et 5 dans l'oreillette droite (2). On doit donc admettre que c'est au niveau de cette dernière que se constate le minimum de pression intracardiaque ; par suite, s'il existe entre les deux oreillettes une voie de communication oblique, cheminant dans l'épaisseur de la cloison, l'excès de pression de l'oreillette gauche appliquera étroitement l'une contre l'autre les parois de ce canal, et, comme le disait Cruveilhier, tout passage du sang d'une des cavités dans l'autre deviendra absolument impossible. Nous ne saurions donc en aucune manière

(1) *Traité d'anat. path. génér.*, t. II, p. 473, 1852.

(2) Beaunis. *Éléments de physiologie*, t. II, p. 1051, 1881.

regarder tous les cas de cette catégorie comme des exemples de communication interauriculaire.

Si on considère exclusivement comme cas de persistance du trou de Botal, ceux dans lesquels un développement tout à fait insuffisant, un état criblé de la valvule de Vieussens établissait une large et évidente communication interauriculaire, on ne tarde pas à acquérir la double conviction que cette disposition anatomique est loin de présenter la fréquence qui lui est généralement attribuée, et qu'elle ne s'accompagne presque jamais des symptômes cliniques de la maladie bleue.

Cette large ouverture du trou de Botal a été, au siècle dernier, signalée par Sénac comme se rencontrant même chez des vieillards : « il n'est point d'âge, dit-il, où l'on n'ait trouvé une communication assez grande entre l'oreillette droite et l'oreillette gauche (1). » Il cite l'opinion d'un anatomiste, son contemporain, « qui a cru que la nature travaillait à boucher ce passage jusqu'à 50 ans dans les femmes, et jusqu'à 56 ans dans les hommes ; mais c'est là une opinion qui n'a nul fondement ; ce qu'on peut assurer, c'est qu'on trouve plus rarement le trou ovale non fermé dans les vieillards que chez les jeunes gens. Il y a donc apparence que l'ouverture peut subsister longtemps dans la cloison des oreillettes et ne s'effacer que dans un âge avancé. » Cruveilhier a cité un cas de persistance du trou de Botal chez une femme de la Salpêtrière ; Guillot, Requin, à Bicêtre, l'ont noté comme une disposition qui ne serait point absolument rare chez les vieillards.

Cependant en ne consultant que les résultats de nos recherches, nous n'en avons trouvés que trois observations dans les dix dernières années du *Bulletin de la Société anatomique* et de la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* ; ce qui nous autorise à admettre que la fréquence de cette lésion a été peut-être un peu exagérée. Nous plaçons du reste ces six faits sous les yeux du lecteur.

(1) *Traité de la structure du cœur*, t. I, p. 178, 1749.

OBSERVATION LVIII.

Société anatomique 1886, p. 117.

Chez un vieillard de 73 ans, mort subitement, L. Monnier, interne des hôpitaux, a constaté que sur la cloison interauriculaire, la fosse ovale apparaissait nette et lisse; au niveau de sa portion postéro-inférieure et non antéro-supérieure comme c'est l'ordinaire, existait une fente de 8 millimètres de hauteur, se fermant lorsqu'on pratique une légère traction verticale, mais se transformant par une traction antéro-postérieure en un orifice ovale de 6 à 7 millimètres. — L'auteur est d'avis que, puisque pendant la vie cette perforation est demeurée latente, il faut admettre une obturation parfaite, due sans doute à la contraction en sens opposé des deux demi-sphincters bordant l'orifice.

OBSERVATION LIX.

Persistence du trou de Botal, par Gibier de Savigny.

Société anatomique, 1880, p. 325.

X., épithélioma de la verge; pas de cyanose.

A l'autopsie, persistance du trou de Botal, qui mesure 13 millimètres ou 14; le pourtour de l'orifice est constitué sur une largeur de 57 millimètres par du tissu blanchâtre membraneux n'offrant aucune trace de fibres musculaires.

OBSERVATION LX.

A propos du fait précédent, Petit relate un autre cas observé dans le service de Peter. Femme de 25 ans, n'ayant jamais présenté de cyanose. A l'autopsie, persistance du trou de Botal admettant facilement le doigt indicateur; il est disposé de telle sorte qu'il paraît impossible que la communication n'ait pas existé d'une manière permanente entre les deux oreillettes; on ne trouve pas cette disposition valvulaire qui se rencontre quelquefois et dans laquelle il y a communication en quelque sorte virtuelle des deux oreillettes par un canal creusé obliquement dans l'épaisseur de la cloison interauriculaire.

L'auteur relate une autre observation de mort subite chez une femme enceinte dont le cœur présentait à l'autopsie la persistance du trou de Botal. (Thèse Campbell, Paris 1849, n° 64.)

OBSERVATION LXI.

*Persistence du trou de Botal chez un homme de 62 ans,
par Desnos, interne des hôpitaux.*

Société anatomique 1880, p. 354.

Affection cardiaque. — A l'autopsie, communication entre les deux oreillettes, mais disposée de telle façon qu'existant anatomiquement, elle ne devait plus avoir lieu pendant le fonctionnement de l'organe; la pression sanguine devait appliquer contre la circonférence de l'anneau de Vieussens la valvule qui limitait l'orifice.

OBSERVATION LXII.

Communication entre les deux oreillettes par destruction partielle de la cloison destinée à obturer le trou de Botal, par Bucquoy.

Société médicale des hôpitaux, Paris 1880, juillet.

Jeune fille de 20 ans, souffle systolique rude au niveau du deuxième espace intercostal gauche; tubercules pulmonaires; jamais de cyanose.

AUTOPSIE. — Cœur gauche et droit normaux dans leur partie ventriculaire; anneau de Vieussens très élargi; septum du trou de Botal très aminci, laissant un large hiatus d'un centimètre au moins de diamètre; large communication entre les oreillettes.

Ainsi donc, six cas seulement dans les deux recueils les plus riches en faits anatomo-pathologiques et cliniques que nous possédions en France; encore, convient-il d'en déduire deux: l'un (Obs. LXI), comme étant au moins douteux, l'autre (Obs. LVIII) comme ne répondant nullement à son titre et ne constituant point du tout un vrai cas de communication interauriculaire.

Dans un intéressant travail présenté comme thèse à la Faculté de Paris en 1881 (1), le docteur Morel a fait de cette

(1) *Essai sur la persistance du trou de Botal chez l'adulte*, thèse. Paris 1881, n° 68.

question une étude suffisamment complète; il combat à plusieurs reprises l'opinion vulgaire qui attribue la maladie bleue à la persistance du trou de Botal. Malheureusement, sa protestation est d'une extrême timidité, et de nombreuses réticences en atténuent singulièrement la portée. « Les médecins, dit-il, se sont habitués depuis longtemps à considérer le symptôme cyanose comme synonyme de la persistance du trou de Botal, ce qui, dans la majorité des cas, est vrai; cependant il n'y a pas là un rapport nécessaire.... On a toujours eu beaucoup de tendance à attribuer à la communication des oreillettes les phénomènes de la cyanose, tendance combattue constamment par Cruveilhier: donc, persistance du trou de Botal et maladie bleue ne seraient point les termes d'une même équation. »

Morel distingue trois variétés cliniques de cette lésion: — Dans la première, les symptômes sont nuls, la lésion reste tout à fait latente; — dans la deuxième, on constate les signes les plus habituels d'une affection cardiaque, — dans la troisième, il existe de la cyanose; mais ces cas « sont de beaucoup les moins nombreux; nous croyons que si l'inocclusion du trou de Botal existe seule, sans lésion valvulaire ou vasculaire, si le calibre des vaisseaux qui partent de la base du cœur est normal, elle passe inaperçue et ne trouble en rien la santé de l'individu (1). C'est l'opinion également émise par Zehetmayer et Maurice Raynaud ». — Il est profondément regrettable que l'auteur, comme repris et dominé par la croyance vulgaire, se soit ensuite attaché à atténuer la rigueur de la formule précédente, cependant si exacte et si conforme aux faits observés. Oubliant que les cas de persistance du trou de Botal accompagnés de cyanose sont « de beaucoup les moins nombreux », il conclut que chez les sujets présentant cette conformation anatomique, « il existe dans la moitié des cas, à un certain moment, un symptôme spécial, la cyanose qui, bien que n'étant point exclusivement l'indice de la persistance du trou de Botal, doit y faire penser de préférence à toute

(1) Page 33.

autre anomalie, celle-ci étant de beaucoup la plus fréquente. »

Il suffit de se reporter aux pages qui précèdent pour se convaincre de l'inexactitude absolue de cette proposition, de la vérité parfaite de la formule donnée plus haut par l'auteur; nous voyons que les quatre sujets atteints de persistance vraie du trou de Botal dont il a été question, se distinguaient tous quatre par l'absence complète de cyanose; le seul fait observé par Siredey fait exception à la règle. Nous nous croyons en conséquence autorisé à conclure :

- 1° Il n'est pas du tout établi que la persistance vraie du trou de Botal est la plus fréquente des anomalies cardiaques;
- 2° La statistique démontre que cette lésion est tout à fait exceptionnelle en tant que lésion anatomique directement liée à la maladie bleue.

Un fait qui est assez curieux mérite d'être signalé ici: la persistance du trou de Botal a été, au siècle dernier, considérée par certains auteurs comme une anomalie anatomique heureuse dans ses conséquences, et de nature à assurer à celui qui en est atteint certains avantages physiques importants. Nous empruntons à la thèse de Gintrac père (1) les lignes suivantes, qui sont bien propres à démontrer à quelles idées bizarres peuvent entraîner les conceptions systématiques et *a priori*.

« On a cru pendant longtemps que la conservation du trou interauriculaire et du canal pulmo-aortique donnait la faculté de rester un temps assez long sans respirer, et conséquemment de plonger, de demeurer sous l'eau plusieurs instants sans encourir le danger de perdre la vie. Descartes (*de Formatione fetus*, 2° p. XV, p. 202), Harvey, *Exercitationes anatomicæ de motu cordis* (1661, p. 64), avaient avancé que chez les oies, les canards et les animaux qui peuvent vivre sous l'eau sans respirer, ce canal et ce trou ne s'oblitérent pas. Green (*Philosophic. Transact.*, p. 166), crut devoir attribuer à la persistance du trou auriculaire la faci-

(1) Paris, 1814.

lité qu'eut un enfant de trois ans, de rester immergé pendant un quart d'heure sans périr. Ces différentes assertions donnèrent à Th. Consentinus (*Progymn. physic. de vita*, p. 308), l'idée de rendre l'homme amphibie en fermant, à plusieurs reprises de suite, après la naissance, les narines et la bouche. Buffon avait fait des expériences à ce sujet chez de jeunes chiens (*Hist. natur. de l'Homme, de l'Enfance*). Vandermonde (*Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, t. II, p. 224), pense que l'on pourrait à l'aide d'un artifice analogue rendre les enfants capables d'habiter et dans l'air et dans l'eau, et concourir de cette manière à la perfection de l'espèce humaine. Le docteur Hasses, en 1803, signalait encore cette particularité de conformation comme de nature à prévenir les accidents de la submersion. Mais l'anatomie comparée démontre la fausseté d'une semblable opinion : Wepfer, Schelammer, Bartholin, Cheselden, Cuvier, surtout ont démontré que le trou de Botal était fermé chez le castor, le phoque, le marsouin, chez les cétacés et les amphibiens en général. Loin d'être une sauvegarde, ce passage du sang noir par le trou interauriculaire est, au contraire, la cause d'une maladie dangereuse qui produit une sorte d'asphyxie lente. »

Corvisart et Bertin reproduisant cette opinion, qu'ils disent avoir été partagée par Bichat, n'hésitent pas à la traiter comme Gintrac, de fable et d'erreur grossière (1).

VI

Il ne saurait entrer dans notre pensée d'entreprendre de retracer l'*historique* de l'anatomie pathologique de la maladie bleue : un tel dessein nous entraînerait beaucoup trop loin, et il aurait surtout pour nous l'inconvénient capital d'être tout à fait hors de proportion avec la modicité des ressources bibliographiques dont on dispose généralement en

(1) Bertin. *Traité des maladies du cœur*, 1824, p. 439.

province. Nous nous contenterons d'en esquisser ce que l'on pourrait appeler la première période ; deux raisons nous y décident : l'une, c'est le désaccord beaucoup trop profond que nous avons été amené à constater ici encore entre les résultats de nos recherches et les données des auteurs classiques ; — l'autre, c'est que nous aurons ainsi l'occasion d'exhumer un certain nombre de faits aujourd'hui oubliés, dans lesquels nous retrouverons le type anatomo-pathologique si souvent décrit dans le cours de ce travail ; de cette étude ressortira donc une démonstration nouvelle et indirecte de la doctrine que nous voudrions établir.

Il est classique aujourd'hui de considérer comme ce que l'on pourrait appeler les premiers ancêtres de la maladie bleue deux illustrations médicales du XVIII^e siècle, Sénac et Morgagni. Tous les auteurs, depuis Grisolle jusqu'à Gran-cher, s'accordent à le répéter. Nous croyons cependant que cette double affirmation renferme — peut-être une erreur complète, — à coup sûr une assertion très-contestable.

Pour ce qui est de Sénac, c'est lui qui « le premier admit, dit Gintrac fils (1), que la coloration bleue pouvait dépendre d'une communication anormale entre les cavités à sang rouge et les cavités à sang noir. » « Cet auteur, dit Gran-cher (2), constatant dans une autopsie une communication anormale entre les cavités du cœur droit et celles du cœur gauche, attribue au mélange des deux sangs la coloration bleue qu'avait présentée le malade pendant la vie. » Du reste, ni Gintrac fils ni Grancher ne donnent sur ce fait aucune indication bibliographique précise. Nous avons feuilleté avec attention l'admirable ouvrage qui a nom : *Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies* (1749), véritable monument élevé à la gloire de la science anatomique française de la première moitié du XVIII^e siècle, nous n'avons rien pu y découvrir qui justifie les affirmations cependant si nettes de ces deux auteurs. Etudiant « les

(1) *Nouv. Dict. de médecine*, art. Cyanose.

(2) *Dict. encyclopédique des sc. médic.* art. Cyanose.

constructions monstrueuses du cœur », Sénac, après avoir signalé les anomalies des oreillettes, constate que « dans quelques cœurs les deux ventricules n'étaient pas séparés, c'est-à-dire que les deux cavités confondues n'en formaient qu'une seule ; en quelques autres, une ouverture creusée dans la cloison conduisait le sang d'un ventricule à l'autre (1). » Plus loin il indique que « dans de tels cœurs tout le sang ne passe pas par les poumons (2). » Ainsi donc, si le fait anatomique de la communication interventriculaire est indiqué, ses symptômes ne sont nullement mentionnés, et il n'y a rien là qui ressemble à une indication de la maladie bleue. Du reste, et ce fait est d'une grande importance, Gintrac père, dans sa thèse déjà citée, ne fait aucune allusion à Sénac ; dans les quarante observations qu'il relate nous n'en trouvons aucune qui soit empruntée à cet auteur. De même Frank dans son *Traité de pathologie interne* (3), ouvrage d'une richesse inépuisable en renseignements bibliographiques, ne cite pas le nom de Sénac dans sa liste si longue et si détaillée des auteurs qui ont traité de la cyanose. C'est dans Corvisart que nous avons rencontré pour la première fois le nom de Sénac à propos de la maladie bleue. Relatant une observation qui lui est personnelle, Corvisart (4) dit que quand il a eu l'occasion de la recueillir, il ne connaissait d'autre fait analogue que celui cité par Sénac, t. II, p. 404. Or voici la reproduction textuelle du passage en question. Dans un chapitre consacré à l'étude des *polypes du cœur*, Sénac s'exprime ainsi : « Pozzis nous a donné l'histoire d'une semblable maladie qui ne pouvait pas être attribué à des polypes. Un homme de 27 ans, fut tourmenté par les palpitations ; de continuelles saignées lui donnaient quelque soulagement, mais il mourut enfin dans une syncope. Le cœur avait un

(1) Tome I, p. 180.

(2) Tome II, p. 416.

(3) *Præceps medicæ præcepta universa*, Lipsiæ, 1826-1832, 2^{me} édition, traduite par Bayle, 1838-1845.

(4) *Essai sur les maladies et lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, 2^e édition, 1818.

volume extraordinaire, les deux ventricules étaient réduits à une seule cavité qui contenait seize once de sang; la substance musculaire était extrêmement exténuée; les artères coronaires s'étaient fort allongées, elles étaient tellement rétrécies qu'elles ne pouvaient plus recevoir le sang; il n'est pas surprenant que, dans un tel cas, la veine cave fut fort dilatée; elle formait une espèce de réservoir ou d'oreillette où le sang se ramassait. »

Le lecteur jugera si une semblable observation a quelque droit à être rangée parmi les documents ayant trait à la maladie bleue.

Pour ce qui est de Morgagni, le passage qui l'a fait considérer comme ayant un des premiers relaté un cas de cette affection, est contenu dans la XVII^e lettre de son célèbre traité *de Sedibus et causis morborum* (1). Bien que Grancher en ait donné un résumé rapide, nous reproduisons, en partie, ce fragment, afin que chacun puisse apprécier par lui-même la valeur et la portée de notre critique. — « Virgo, quæ ab nativitate usque semper cægotans jacuerat... tota cæte colore quasi livido infecta erat... Ventriculus sinister forma erat qua solet dexter, et dexter vicissim qua sinister... Inter utramque auriculam etiam tum patebat foramen ovale, ut minimum digitum posset admittere. Sigmoides quæ pulmonaris arteriæ ostio proeficiuntur... parte superiore cartilagineæ videbantur... erantque ea parte sic inter se colligatæ, ut vix foramen relinquerent, lente non majus, per quod sanguis exiret. Erant autem ad illud foramen quædam exiguæ productiones carneo-membranosæ, eâ ratione collocatæ ut valvularum vices supplere possint, egredienti sanguini cedendo, regressuro autem obstando. » — Morgagni est d'avis que la lésion de l'artère pulmonaire était congénitale.

Il nous semble qu'au point de vue des symptômes, le *livido colore* est bien insuffisant pour caractériser la maladie bleue; pour ce qui est des lésions, l'inclusion du trou de Botal, l'hypertrophie du ventricule droit ayant pris l'apparence du

(1) Tome XII.

ventricule gauche, le rétrécissement de l'artère pulmonaire sont décrits de main de maître. Rien cependant n'indique d'une façon positive qu'il ne s'agit pas ici d'un de ces cas de rétrécissement *acquis* de l'artère pulmonaire, lesquels, s'ils ne sont pas d'une extrême fréquence, ne sont pas non plus extraordinaires. Morgagni ne fait qu'émettre sur ce point son opinion personnelle, sans donner aucun argument à l'appui, de sorte que, suivant la juste remarque de Bouillaud, rien ne prouve que cette opinion soit exacte ; il nous paraît incontestable que parmi les altérations de l'artère pulmonaire, ces *exiguæ productiones carneo-membranosæ*, faisant l'office de valvules, étaient de date récente et n'avaient rien de congénital.

Nous ne croyons donc pas que le nom de Morgagni doive être, plus que celui de Sénac, rattaché à l'histoire de la maladie bleue.

Et cependant nous trouvons dans la littérature médicale de la deuxième moitié du XVIII^e siècle un certain nombre de faits qui, passés entièrement sous silence par les auteurs classiques, nous semblent, au contraire, constituer les premiers documents historiques de cette maladie.

Le plus ancien de tous à notre connaissance est emprunté à Hunter et date de 1772. (A suivre).

ETUDE

SUR LE MOUVEMENT DE LA POPULATION A MARSEILLE

Comparé à celui de la France et des autres nations
1866-1886.

PAR LE DOCTEUR H. MIREUR

(Suite) (1)

Les diverses causes de mort par accidents selon les âges sont là nettement établies ; il n'y a donc aucun commentaire à ajouter.

(1) Voir le *Marseille Médical*, des mois d'Avril, Mai, Juin, Octobre, Novembre, Décembre 1886 ; Janvier, Février, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet, Août, Septembre, Novembre, Décembre 1887, Janvier, Février et Mars 1888.