

DES RUPTURES ET PERFORATIONS DES PAROIS DU CŒUR

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

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

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

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

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

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

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

(4) Thèses de Paris, année 1822.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DE LA RUPTURE DES COLONNES CHARNUES ET DES TENDONS DU CŒUR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

parois sont hypertrophiées. Cependant ces lésions consécutives sont moins constantes ici qu'elles ne le sont dans les rétrécissements simples sans communication des cavités : c'est un point que M. Burguières a parfaitement établi dans sa thèse soutenue en 1841. MM. Louis et Gintrac ont démontré, en outre, que dans un peu plus de la moitié des cas de communication insolite entre les cavités du cœur, les valvules du côté droit étaient altérées, déformées et les orifices rétrécis. Les mêmes observateurs ont généralement noté que dans tous les cas (un seul excepté) la lésion occupait les valvules de l'artère pulmonaire. Des lésions analogues sont rares dans les cavités gauches; c'est-à-dire que, dans les communications insolites entre le cœur droit et le cœur gauche, on trouve l'inverse de ce qu'on rencontre dans l'état ordinaire. Nous avons vu en effet, précédemment, combien étaient fréquentes les altérations valvulaires du cœur gauche, et combien, au contraire, étaient rares celles du côté droit.

Nous croyons, avec M. Louis, que ces coarctations de l'orifice pulmonaire constituent le plus souvent une lésion congénitale, et il est rationnel de rapporter à cet obstacle la persistance du trou de Botal, lorsque ces deux lésions coexistent chez le même sujet. Disons cependant que la lésion des orifices n'a pas pour effet constant, nécessaire, de produire une communication entre les cavités du cœur. Chez les sujets qui succombent avec les lésions dont nous parlons, on trouve encore le système veineux gorgé de sang; les deux substances cérébrales sont peu distinctes, les muscles très-grêles et poisseux, les os amincis; tout le corps, enfin, semble avoir subi un arrêt de développement.

Symptômes. — Dans la plupart des cas de communication entre les cavités droites et gauches du cœur, les malades présentent une coloration bleuâtre, violacée, noirâtre, livide ou pourpre de la peau. Plus étendue et plus intense que dans toute autre affection organique du cœur, elle n'occupe presque jamais toute la surface du corps à la fois; mais on la trouve marquée spécialement aux lèvres, aux paupières, au pourtour des narines, sur les joues, au nez, aux oreilles, aux parties génitales, à la pulpe des orteils et des doigts, dont l'extrémité est renflée comme en massue. Cette coloration devient plus foncée pendant les quintes de toux, pendant la marche, les efforts, les émotions morales, ou sous l'impression du froid ou de la chaleur. Elle diminue, au contraire, et peut même (chose fort rare d'ailleurs) disparaître après un repos prolongé. Presque tous les malades ont la respiration courte et difficile; ils sont oppressés au moindre exercice; ils éprouvent de temps en temps des accès de dyspnée; ceux-ci peuvent être portés jusqu'à la suffocation; ils s'accompagnent ordinairement ou sont suivis de lipothymies et de syncope, ils ont aussi pour effet d'augmenter ou d'étendre sur de plus grandes surfaces la coloration bleuâtre; quelquefois aussi des hémorrhagies ont lieu par diverses muqueuses. Ces accès, dont la durée peut être de plusieurs heures, se répètent, en général, à d'assez courts intervalles; ils reviennent quelquefois périodiquement et sont provoqués par les causes les plus légères. L'exploration de la région précordiale fait constater chez ces malades une matité plus étendue, qui est en rapport avec le degré d'hypertrophie et de dilatation du cœur. A la main, on sent quelquefois le frémissement cataire. A l'auscultation, on perçoit le plus souvent un bruit de souffle ordinairement rude, tantôt au premier temps, plus rarement au second; d'autres fois on n'entend qu'un bruissement sourd, et il devient fort difficile d'analyser les mouvements du cœur. La plupart des malades accusent des palpitations; le pouls, toujours fréquent, est ordinairement petit, inégal, intermittent; l'appétit est en général conservé, et les digestions, quoique le plus souvent faciles, ont quelquefois pour effet

d'augmenter la dyspnée et de provoquer des accès d'oppression. Beaucoup de malades se plaignent de céphalalgie; leur système musculaire a généralement peu d'énergie; ils sont très-sensibles au froid, et le corps paraît souvent avoir une température au-dessous de la moyenne; leur sommeil est léger, souvent interrompu, et ils restent couchés la tête haute.

Marche. Durée. Terminaisons. — La cyanose et la plupart des autres accidents se déclarent le plus souvent peu de jours après la naissance. Il n'est pas rare pourtant de ne les observer pour la première fois qu'après plusieurs mois et même après un grand nombre d'années. Les accidents peuvent alors se déclarer progressivement; d'autres fois ils surviennent tout d'un coup à la suite d'une émotion morale, d'une frayeur, d'une douleur vive, d'une chute ou de toute autre cause apportant une perturbation brusque à la circulation. La maladie une fois caractérisée par des troubles fonctionnels, ceux-ci s'aggravent de plus en plus, et après quelques mois ou quelques années d'une vie pénible et languissante, les malades succombent, les uns dans un accès de suffocation, les autres s'éteignent lentement ou meurent tout à coup dans une syncope; quelques-uns s'infiltrèrent et meurent comme dans les autres affections organiques du cœur. Il n'existe jusqu'à présent aucun cas de guérison authentique; mais quelquefois on a vu les accidents s'enrayer, rester longtemps stationnaires et permettre aux malades de poursuivre assez loin leur carrière. C'est ainsi que plusieurs d'entre eux ont vécu jusqu'à vingt-neuf, quarante et quarante-sept ans, et même jusqu'à une vieillesse très-avancée.

Disons pourtant que la persistance du trou de Botal n'a pas pour effet constant, nécessaire, de produire les troubles divers que je viens d'énumérer. Quelquefois, en effet, ce vice de conformation peut persister toute la vie sans entraîner aucun accident sérieux. Ainsi M. le professeur Guillot m'a dit avoir rencontré à Bicêtre le trou de Botal ouvert sur le cadavre de huit ou dix vieillards qui n'avaient jamais présenté pendant la vie, nonobstant cette disposition anormale, aucun trouble du côté des organes circulatoires; Requin a cité en 1842 un fait semblable à la Société de médecine. Il est probable que, dans ces cas, l'équilibre existant entre les deux ventricules, les colonnes sanguines, poussées par une force égale, s'échappent par leurs orifices naturels, et ne traversent pas le trou de Botal pour se mélanger et causer par suite un trouble profond dans les fonctions du cœur.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre avec la cyanose les colorations violettes ou bleuâtres de la peau produites par l'usage à l'intérieur du nitrate d'argent; ou bien encore les colorations noirâtres bornées généralement à un petit espace, et dépendant d'un dépôt de matière colorante dans le corps réticulé; car, dans tous ces cas, il est facile de s'assurer que la coloration ne tient pas à la stase du sang dans les capillaires, et l'on n'observe, en outre, du côté des organes de la respiration et de la circulation, aucun des accidents que nous avons précédemment énumérés. Les rétrécissements des orifices du cœur et l'insuffisance des valvules sont à peu près les seules maladies qu'on pourrait confondre avec la communication insolite entre les cavités droites et gauches; car dans un grand nombre de cas où ces lésions existent, on trouve, indépendamment de troubles communs à toutes les maladies du cœur, une teinte violacée comparable à celle qu'on voit dans la cyanose proprement dite. Il faudrait alors, pour établir son diagnostic, remonter aux antécédents des malades. Si l'on apprend que des troubles graves du cœur ont été notés dès les premiers temps de la vie extra-utérine, on devra diagnostiquer presque sûrement la persistance du trou de Botal, car un rétrécissement simple des orifices

est chose presque inconnue à cet âge. Enfin, la considération des symptômes eux-mêmes donne, sinon une certitude absolue, du moins une grande présomption. En effet, les accès de suffocation, souvent périodiques et fréquents, surviennent ici à l'occasion de la moindre cause : ils sont accompagnés ou suivis de lipothymies, et constituent par là, comme M. Louis l'indique, un caractère distinctif et qu'on ne trouve point, du moins à ce degré, dans les autres affections organiques du cœur. Ces accès de suffocation devraient, même en l'absence de la coloration cyanique, faire soupçonner l'existence d'une communication anormale entre les cavités du cœur, si les accidents étaient observés chez de très-jeunes sujets, ou si, survenant à une période plus avancée de la vie, on apprenait qu'il a existé depuis la naissance quelques troubles graves du côté des organes circulatoires.

Pronostic. — La cyanose, telle que nous l'avons décrite, est une maladie incurable. La persistance du trou de Botal et du canal artériel est, parmi les lésions que nous avons énumérées, celle qui semble permettre la vie la plus longue. Au contraire, l'anomalie dans laquelle le cœur n'est constitué que par une oreillette et par un ventricule a rarement permis aux enfants de vivre au delà de quelques mois; la plupart, ainsi que l'a établi M. Thore, médecin distingué à Sceaux, succombent même dans la première semaine qui suit la naissance. Cependant la vie peut se prolonger beaucoup au delà, ainsi que cela résulte d'un fait jusqu'à présent unique que M. le docteur Valette a publié dans la *Gazette médicale* (1845) : il s'agit d'une petite fille qui, atteinte du vice de conformation dont nous parlons, vécut jusqu'à l'âge de six ans. Lanzoni a cité un fait bien autrement extraordinaire, puisque l'individu aurait poursuivi sa carrière jusqu'à trente et un ans. Mais on a généralement élevé quelques doutes sur l'exactitude de cette observation.

Étiologie. — La plupart des vices de conformation qui produisent la cyanose s'expliquent par des arrêts de développement ou par une perversion dans le mode de formation des organes, dont nous ignorons absolument les causes. La persistance du trou de Botal se lie, dans la moitié des cas, au rétrécissement de l'orifice pulmonaire, et peut aisément s'expliquer par lui. Le sang, en effet, ne pouvant s'échapper qu'en quantité moins grande par l'orifice rétréci de l'artère pulmonaire, trouve un diverticulum dans la communication insolite qui existe entre les cavités droites et gauches. Aucune des autres causes prédisposantes ou déterminantes invoquées par les auteurs n'est démontrée.

Traitement. — Le traitement est purement palliatif. Il consistera à diminuer les congestions veineuses, et à faciliter la circulation en pratiquant de temps en temps une saignée; le malade gardera le repos; il évitera tout ce qui pourrait troubler l'action du cœur; on excitera les sécrétions, celles des reins et de l'intestin surtout; on choisira des aliments d'une digestion facile. Aux accès d'oppression qui accompagnent si souvent la cyanose, on oppose les révulsifs cutanés, les antispasmodiques, et dans les cas extrêmes, la saignée; mais on ne le fera qu'avec réserve.

Physiologie pathologique. — Deux opinions ont été émises sur la cause de la coloration bleue, qui est un des phénomènes prédominants de la maladie. Corvisart, M. Gintrac, l'attribuent au mélange des deux sangs; Ferrus et M. Louis l'expliquent plutôt par la gêne considérable de la circulation. Cette dernière opinion nous semble être la seule admissible. Pour réfuter la première, il nous suffira de dire qu'on a vu la cyanose manquer dans les cas où l'aorte naissait du ventricule droit, ou bien encore lorsque le cœur n'était constitué que par une oreillette et par un seul ventricule. Enfin, comme l'a remarqué fort judi-

cieusement le professeur Fouquier, le fœtus n'est pas cyanosé, quoique les deux sangs soient mêlés chez lui. La couleur cyanique s'explique par la gêne de la circulation dépendant du vice primordial de conformation du cœur et des lésions qui l'accompagnent le plus souvent, comme le rétrécissement des orifices, la dilatation des cavités et l'hypertrophie des parois, lésions qui forcent le sang à stagner dans les capillaires de la peau. C'est encore par les troubles de la circulation, plutôt que par le mélange des deux sangs, qu'il faut expliquer la dyspnée, les accès de suffocation, etc., accidents qu'on observe dans la plupart des affections organiques du cœur, mais ils sont plus marqués dans les conditions que nous venons d'exposer.

DES RUPTURES ET DES PERFORATIONS DE L'AORTE

Presque toujours les ruptures de l'aorte se font sur un point du vaisseau qui est affecté de dilatation anévrysmale. Dans quelques cas fort rares, pourtant, la rupture peut s'opérer sur des parois non dilatées, mais qui le plus communément sont affectées de dégénérescences athéromateuse ou crétacée, ce qui rend le tissu du vaisseau friable et cassant. D'autres fois la solution de continuité est produite par les progrès d'une ulcération. M. Destouches a présenté à la Société anatomique, en 1850, un cas unique peut-être de rupture de l'aorte survenue dans les conditions suivantes : une tumeur cancéreuse développée sous le péricarde avait envahi de dehors en dedans les tuniques artérielles; pour se frayer un passage jusque dans la cavité péricardique, le sang avait dû se creuser une voie à travers la substance même du cancer. Enfin, une violence extérieure, comme la chute d'un lieu élevé, un coup porté sur le dos, etc., peuvent occasionner une rupture de l'aorte, même dans les cas où les parois du vaisseau sont souples; cependant un pareil effet ne se remarque guère que lorsque les tuniques artérielles sont le siège de quelque altération chronique. Quoi qu'il en soit, ces ruptures occupent presque toujours la portion de l'aorte comprise dans le péricarde : elles peuvent ne consister qu'en un pertuis ou avoir plus de 10 centimètres d'étendue.

Dans la rupture de l'aorte, la mort est presque toujours instantanée, ou du moins très-rapide.

Ce que je viens de dire de l'aorte s'applique également à toutes les autres artères, qui se rompent ou qui se perforent sans être affectées d'anévrysmes.

DE LA PERFORATION DU POUMON, OU DU PNEUMOTHORAX SYMPTOMATIQUE

La perforation des poumons a pour effet de déterminer un épanchement plus ou moins considérable de gaz dans la cavité des plèvres. Cette lésion est la cause la plus ordinaire, ou, pour mieux dire, la cause presque constante du pneumothorax.

Historique. — Cette lésion était à peu près inconnue avant les immortels travaux de Laënnec. Quelques anatomistes et chirurgiens, tels que Riolan, Littre et Pouteau, avaient bien constaté plusieurs fois la présence d'un gaz inodore ou fétide dans la plèvre; Itard, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1803, avait bien publié quelques considérations importantes sur ce sujet encore obscur; mais ce fut Laënnec qui le premier traça l'histoire de la maladie, qu'il apprit à reconnaître pendant la vie. Ses successeurs n'ont presque rien ajouté à ce qu'il avait dit lui-même : cependant M. Louis dans son *Traité de la phthisie*,