

EN 1855.

Bœufs,	69,974	26	40
Vaches,	15,681	16	50
Veaux,	66,949	6	50
Moutons,	551,651	1	65
Porcs,	81,554	9	60
Sangliers,			
Viandes à la main, 559,780 kil.		»	14

On voit d'après ce petit tableau que la consommation des viandes de bonne qualité a progressivement diminué depuis l'an IX jusqu'aujourd'hui; on voit d'un autre côté que la viande de vache n'entraîne que pour une très-faible proportion dans l'alimentation des habitants de Paris en 1819, mais que le tarif s'élevant de jour en jour, il a bien fallu en revenir à ces sortes de viandes, de telle sorte que dans les derniers temps on a consommé presque deux fois autant de viande de vache qu'en l'an IX, et presque cinq fois autant qu'en 1819.

La consommation des viandes de mouton et de veau a été au contraire en décroissant; quant à celle de porc elle a été en augmentant, mais peut-être au détriment de la santé. J'ai dit plus haut, en parlant des boissons, que les ouvriers de nos villes, dans la presque impossibilité où les avait mis l'augmentation incessante des tarifs d'acheter du vin en suffisante quantité, s'étaient rejétés sur l'eau-de-vie qui produit des effets de stimulation à bien plus faible dose et à meilleur marché, j'en dirai autant pour la viande de porc et surtout pour les viandes à la main, viandes qui, sous un petit volume, produisent des effets plus marqués; ajoutons en outre que ces viandes sont vendues toutes préparées, ce qui les fait encore plus rechercher par la classe ouvrière.

D'après tout ce que nous venons de dire on conçoit combien des droits excessifs imposés sur l'alimentation première, indispensables, sont préjudiciables à la santé publique. La population s'accroît, et cependant les moyens de bonne alimentation vont en diminuant; si donc d'autres éléments n'agissaient avec force sur le mouvement de la population on la verrait rapidement tomber par le fait de ces lois fiscales.

La somme totale de l'alimentation liquide et solide reste la même, du moins elle éprouve peu de variations; mais elle se détériore, elle devient d'autant moins saine qu'on élève les tarifs; les ouvriers boivent autant que de coutume, mais ils boivent ou des vins falsifiés ou de l'eau-de-vie; leurs familles, leurs enfants boivent plus d'eau. Ils mangent toujours de la viande, mais la proportion des viandes de vache, de porc et de viandes à la main, est plus forte. Or, des deux côtés, veuillez en mesurer les effets sur la santé publique; calculez les effets d'un régime composé de viande de vache, de têtes de moutons et d'eau; ajoutez les effets d'un régime composé de charcuterie et d'eau-de-vie!!!

Sous le ciel de la France, et particulièrement sous celui de Paris, qui, chaque année, nous gratifie de cent quatre-vingts jours de brouillard, de cent quarante jours de pluie, et de vingt et un pouces d'eau, il faut de toute nécessité user de com-

bustibles; aussi on s'est empressé d'imposer les combustibles. Ici encore, comme pour les boissons et les comestibles, le tarif s'est graduellement élevé et la consommation moyenne a diminué; donc la somme des privations a été en s'agrandissant.

C'est sur les deux extrêmes de la vie qu'on dû nécessairement porter ces privations. S'il est un point de doctrine bien constaté en hygiène publique, c'est l'influence funeste des saisons rigoureuses sur les jeunes enfants et les vieillards. Pour deux enfants qui meurent en janvier, dit M. Quetelet, on n'en perd qu'un seul au mois de juillet. L'hiver recommence à faire sentir sa funeste influence après l'âge de 40 ans; après 65 ans le froid est aussi à craindre pour les vieillards que pour les enfants nouveau-nés.

Les mêmes faits ont été constatés par MM. Villerme et Edwards et par M. Lombard de Genève.

Il y a plus: nous pourrions donner à cet égard une sorte de contre-épreuve.

Il existe une petite ville à quatre lieues de Lyon sur la rive droite du Rhône et qu'on nomme *Givors*. M. Brachet en a relevé les décès avec soin, et à son grand étonnement, il a trouvé que le *maximum* de la mortalité pour les enfants y est déplacé, qu'il n'est plus le même qu'à Paris; l'hiver n'y exerce plus sa funeste influence sur le premier âge de la vie. Le froid cependant n'est pas moins vif à Givors qu'à Paris, mais, dit M. Brachet, les moyens de s'en garantir y sont très-communs; pour la classe ouvrière et surtout dans les ouvriers de la verrerie, le chauffage ne coûte rien; ils ont leur tour à recueillir ce qu'on appelle le *grésillon* ou charbon brûlé; chacun a un bon feu chez soi.

Ceci confirme pleinement cette vérité que l'homme, comme être intelligent, sait et peut réagir contre les climats, qu'il peut en atténuer les mauvais effets, les annihiler même; mais, pour cela, il ne faut pas que la misère vienne lui en ôter les moyens.

Qu'on établisse en effet à Givors des lois fiscales sur la consommation des combustibles, sans oublier le grésillon, et bientôt vous verrez le maximum de la mortalité des enfants retomber en hiver, et dès lors vous aurez une augmentation considérable dans cette mortalité; car le maximum d'hiver l'emporte nécessairement sur le maximum d'été.

Mais pour justifier la nécessité, la rigueur de ces sortes d'impôts, on nous objectera sans doute que la majeure partie des sommes perçues est précisément employée à secourir les indigents et les malades. Pour apprécier cette objection à sa juste valeur, il faut tout simplement examiner combien on exige des pauvres contribuables et combien on leur donne.

On a établi qu'en France la moyenne des impôts est actuellement de 51 fr. 25 cent. par individu; mais par suite des exigences locales, dont je n'ai fait connaître qu'une partie, dans certaines villes la moyenne s'élève annuellement à 100 fr., et ceci est rigoureusement vrai pour les individus qui touchent à l'indigence. Or, après mille expédients, après tant d'appels à la philanthropie des riches, tout ce que les bureaux de charité peuvent accorder aux indigents inscrits sur leurs livres ne va pas au delà de 20 fr. par an! Comparez.

Sans doute c'est pour leurs dépenses locales que les communes ont été autorisées à s'imposer extraordinairement, à s'entourer d'octrois; nous savons qu'une partie des rentrées doit faire face aux frais des hôpitaux, des hospices et des secours à domicile; mais nous avons vu que l'assiette de ces impôts est telle qu'elle accroît nécessairement d'année en année le nombre des indigents et des malades.

C'est comme une vaste plaie qu'on veut guérir aux dépens des parties malades elles-mêmes.

Si quelqu'un avait dit aux communes, ou plutôt à ceux qui se sont ingérés d'administrer les communes en France: Vous avez des hôpitaux, vous avez des indigents, eh bien! faites en sorte de trouver des lois fiscales telles que, de jour en jour, vous augmentiez le nombre de vos indigents et de vos malades; bien certainement ces administrateurs n'auraient pu rien trouver de mieux que d'imaginer des taxes progressives sur les boissons habituelles et indispensables, sur les comestibles de toute espèce et sur les combustibles de toute nature, sans oublier la tourbe et le poussier de charbon.

Il faut estimer à plus de cent soixante-quatorze mille le nombre des indigents secourus annuellement à Paris; nous comptons ici les réceptions dans tous les hôpitaux, ceux à qui les hospices ont donné asile, les enfants abandonnés, et les ménages secourus par les bureaux de bienfaisance; l'administration des hôpitaux travaille, et de tout cœur, à coordonner son budget de manière à faire tête à tant de dépenses imprévues, mais il me serait facile de prouver que, sous le rapport des dépenses elles-mêmes, on s'y prend encore de manière à augmenter le nombre des indigents et des malades.

Pour ce qui est des indigents à domicile, j'ai montré comment, par les taxes municipales, on commence par leur enlever annuellement environ le quart de ce qu'ils sont forcés de dépenser pour leur consommation de première nécessité, de sorte que ceux qui dépensent la modique somme de 400 fr. par an, paient environ 100 fr. d'impôts sous toutes les formes, tandis que l'aumône publique qu'on leur fait ne va pas au delà de 20 fr.; mais on a une satisfaction: on répète que pendant telle année des secours à domicile ont été généreusement accordés à quatre-vingts, à quatre-vingt-dix mille indigents; que la charité publique est inépuisable.

Pour ce qui est des hôpitaux et des hospices, on a d'abord admis en principe, et cela par pure humanité, 1° qu'il faut de temps en temps augmenter le nombre des lits et même des salles, attendu qu'il se présente toujours et progressivement un plus grand nombre de malades et des vieillards à secourir; 2° qu'il faut, à l'aide d'une grande économie, pourvoir à ces nouvelles et incessantes dépenses; or, comme le budget ne saurait s'accroître dans les mêmes proportions que la misère, on n'a trouvé rien de mieux à faire que de rogner sur la part de chaque malheureux pour accorder aux nouveaux venus.

L'administration dispose de 15 à 14 millions sur un budget de 150 millions produit par la seule ville de Paris; il y a plus, l'administration ne prélève réellement que 5,500,000 fr.; car, sauf les 400,000 fr. généralement accordés par le département, le reste appartient foncièrement aux hôpitaux; de sorte que

pour secourir plus de cent soixante mille indigents, l'état qui perçoit annuellement la somme énorme de 150 millions, consent à peine à donner 6 millions; aussi messieurs les membres du conseil d'administration des hôpitaux se mettent-ils continuellement l'esprit à la torture pour faire de nouvelles économies, économies dont nous exposerons les résultats dans un autre mémoire.

Observation de rupture du cœur, suivie de quelques remarques sur les ruptures spontanées de cet organe; par J.-A. HENROZ.

J. Corvisart a écrit qu'il n'avait jamais vu de cas de rupture totale du cœur. Nous sommes plus heureux que Corvisart. Dans le mois de mai de l'an dernier, nous avons été témoin d'un exemple de cette cause de mort subite. Nous le livrons aujourd'hui à la publicité, avec quelques réflexions sur ce genre de lésion du cœur.

Un homme, âgé de 77 ans, opticien, constitution moyenne, tempérament sanguin, habituellement très-bien portant, entre, le 15 mai, à la Charité, service de M. Bouillaud.

Il y a cinq mois, érysipèle léger aux deux jambes, qui s'est dissipé au bout de huit jours. Depuis deux mois, douleurs de temps en temps, s'étendant du sternum aux deux bras, augmentant par le froid. Il étouffe en montant. Il y a deux mois, enflure des jambes. Depuis un mois, toux avec légère expectoration blanchâtre. Point de soif; bon appétit; alité depuis quelques jours; depuis lors, diarrhée.

Il a toujours continué son régime habituel. Il y a un mois, une saignée; et il y a huit jours, huit sangsues à l'anus.

15 mai, au soir. — Visage pâle un peu livide, de même que les lèvres. Résonance assez bonne des deux côtés en avant. Respiration très-bonne en avant et en arrière. Point de voussure sensible de la région précordiale. Impulsion du cœur faible à la main. Matité de cette même région, 5 pouces 7 lignes verticalement et 4 pouces transversalement. Un souffle prolongé masque les deux bruits, surtout le deuxième; et particulièrement dans les cavités gauches. Pouls à 88, assez dur, 24 inspirations. Enflure sensible aux deux jambes.

16 mai. — Bruit de souffle double, plus prolongé au deuxième temps. Même souffle très-fort à la partie inférieure du sternum. L'enflure a diminué depuis hier, mais elle occupe encore la partie inférieure des jambes. La peau y conserve l'impression du doigt. Veines jugulaires dilatées. Chiendent nitré; julep scillitique; lavement; le quart.

Le 19. — 5 pilules de 2 grains de digitale chacune. Vers le soir, il meurt subitement dans son lit, sans cause apparente.

Autopsie. — 55 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Pâleur considérable de la face et particulièrement des lèvres. L'infiltration des membres inférieurs a disparu.

Thorax. — Epanchement médiocre de sérosité des deux côtés de la poitrine. Quelques adhérences an-

ciennes, surtout à gauche. Le cœur, enveloppé du péricarde, est à découvert dans une étendue de six pouces transversalement et verticalement. Sa pointe est dirigée très-obliquement à gauche. Les poumons adhèrent au péricarde au moyen d'adhérences très-anciennes, formant des espèces d'épiploon. Dans la région du ventricule gauche, le péricarde pariétal est adhérent au feuillet cardiaque; dans celle du ventricule droit, le péricarde est au contraire distendu par un épanchement de sang, tout récemment caillé. Il y en a un bon verre environ. Vers la pointe du cœur, on observe une certaine quantité de sang encore liquide. Les adhérences du péricarde s'étendent à la partie postérieure. Elles consistent en un tissu cellulo-fibreux très-dense. Le cœur est généralement hypertrophié. Ventricule droit un peu dilaté, de même que l'oreillette correspondante. Les colonnes charnues de ce ventricule sont extrêmement fortes. Orifice auriculo-ventriculaire droit, 5 pouces 9 lignes de circonférence. La valvule tricuspide est bien conformée, un peu boursoufflée et rougeâtre. A la base, les parois du ventricule droit ont 5 lignes d'épaisseur. La circonférence de l'orifice de l'artère pulmonaire est de 2 pouces 9 lignes. Ses valvules sont bien conformées, minces, rougeâtres. L'artère pulmonaire est un peu dilatée, saine. Orifice aortique, 5 pouces 5 lignes de circonférence. Les valvules aortiques bien conformées, épaissies à leur base, et parsemées de quelques taches jaunes. L'aorte, dans toute sa crosse est transformée en un tissu dur, parsemé de très-nombreuses plaques calcaires, avec déchirure, inégalité, saillie et érosion de la surface interne qui est très-raboteuse. Cette altération se continue dans l'aorte descendante et dans les artères qui en naissent. Le ventricule gauche, un peu dilaté, offre des parois dont l'épaisseur est de 10 lignes dans leur maximum. Valvule bicuspidée généralement épaissie, comme boursoufflée, ratatinée et rougeâtre. Orifice auriculo-ventriculaire gauche 5 pouces 1/2 de circonférence. L'extrémité des colonnes charnues, qui s'insèrent à la valvule bicuspidée, est transformée en un tissu jaunâtre, fibreux. L'oreillette gauche est dilatée, avec épaississement de ses parois et de la membrane interne en particulier. A la base du ventricule gauche, vers la partie moyenne de la valvule, existe une solution de continuité, à bords déchiquetés. Un stylet, introduit dans ce point, pénètre de part en part la base du ventricule, et conduit dans la cavité du péricarde, où l'on trouve une nouvelle solution de continuité. Cette dernière déchirure est en partie cachée par des caillots minces, dont quelques-uns sont engagés au-dessous du feuillet cardiaque du péricarde. Dans le voisinage de la rupture, dans le péricarde, les deux feuillets de ce sac sont légèrement agglutinés par des caillots.

Les deux poumons ne présentent aucune trace d'engorgement, même à la partie postérieure. Ils sont peu volumineux, comprimés qu'ils ont été par le volume anormal du cœur.

Abdomen. — On ne trouve d'altération notable dans le tube digestif, qu'un peu de rougeur et d'injection dans quelques points de la muqueuse du gros intestin. Foie ridé, un peu ratatiné, d'un volume sensiblement normal. Le feuillet séreux qui le recouvre est épaissi et opalin.

Tête. — Un peu de sérosité s'écoule à l'ouverture des membranes cérébrales. L'artère basilaire et ses ramifications offrent à l'intérieur plusieurs plaques crétacées, d'un blanc jaunâtre; les membranes injectées, surtout dans la partie la plus déclive.

La masse cérébrale est peu volumineuse. Point d'épanchement dans la substance cérébrale. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Les plexus choroïdes offrent des grappes d'hydatides assez volumineuses. La substance cérébrale est généralement un peu molle.

A l'occasion de cette observation, je vais examiner quelques points de l'histoire des ruptures spontanées du cœur. Et d'abord, on sait que, dans la plupart des cas de rupture du cœur, la mort est subite, instantanée;

Que la déchirure a lieu ordinairement dans le ventricule gauche;

Qu'elle a lieu le plus souvent à la base de ce ventricule, et non à sa partie moyenne, comme l'a dit M. Cruveilhier, dans son anatomie pathologique;

Qu'elle survient plutôt chez l'homme que chez la femme.

Le fait qu'on vient de lire, confirme ces diverses propositions.

Il est évident que l'on ne peut trouver la cause de la mort dans la quantité du sang extravasé. On a donc dû chercher cette cause ailleurs. M. Cruveilhier a dit que « la mort est la conséquence nécessaire de l'impossibilité où se trouve le cœur de se dilater, vu l'inextensibilité du péricarde, lorsque l'intervalle qui existe naturellement entre la surface du cœur et la surface interne du péricarde a été rempli par le sang; » car, d'après les recherches de ce médecin : « l'intervalle qui sépare le péricarde de la surface du cœur mesure exactement le volume du cœur dans sa plus grande distension. » Je ne saurais partager l'opinion de M. Cruveilhier. Tant s'en faut que, dans la majorité des cas de rupture du cœur, le péricarde ait été rempli par le sang, de manière à rendre impossible la dilatation du cœur. Et, par exemple, dans l'observation que nous avons rapportée, est-ce un verre de sang qui a pu comprimer le cœur, rapprocher les parois de ses cavités, et suspendre ainsi la circulation. D'ailleurs, n'a-t-on pas de fréquentes occasions d'observer, dans le péricarde, des épanchements de sérosité, bien autrement considérables, et qui pourtant n'entraînent point une mort instantanée? Enfin, si la mort était le résultat de la compression mécanique exercée par le sang sur le cœur, il s'ensuivrait que la rapidité de la mort serait en raison de la rapidité de l'épanchement, c'est-à-dire qu'elle serait d'autant plus soudaine que la déchirure serait plus grande, plus arrondie, plus perpendiculaire. Or, c'est ce qui n'est pas. M. Rochoux a bien affirmé que les choses se passaient ainsi; mais les faits s'élèvent contre l'affirmation de M. Rochoux. On pourrait en citer plusieurs; je me contente d'en prendre deux : un premier, où l'on verra une déchirure du cœur, dans laquelle on engageait facilement le petit doigt, n'être suivie de la mort qu'après vingt-quatre heures de l'existence des symptômes qui avaient signalé cette grave lésion; et un second, dans lequel une déchirure fort peu considérable, et irrégulière,

frappa l'individu de mort foudroyante. Ce dernier fait, c'est celui dont nous avons été témoin; j'emprunte le premier au *Journal général de médecine*, t. 91, pages 163 et suiv. M. Charpentier, médecin à Valenciennes, a consigné, dans ce volume, l'histoire d'un homme âgé de 39 ans, *sujet depuis longues années à des douleurs rhumatismales* et, depuis peu de temps, à de l'oppression, à de la dyspnée. Un jour qu'il souffrait plus que d'ordinaire de son rhumatisme, quoiqu'il se portât bien d'ailleurs, « il sort après avoir soupé, par un temps très-froid, » pour se rendre dans un estaminet, lieu qu'on entendrait à une température très-élevée. Après y être resté quelques heures et avoir pris une quantité modérée de bière, il en sort... Revenu chez lui, « il ne tarde pas à éprouver un malaise intérieur, » qu'il ne peut définir, puis, *douleur précordiale*, orthopnée, agitation, *douleur violente dans le bras droit*, syncopes, etc. Mort, 24 heures après le début de la maladie.

A l'autopsie qui fut faite 25 heures après la mort, on trouva :

Une énorme quantité de sang, en partie coagulé, dans le péricarde; cette membrane séreuse n'offrait pas de trace d'inflammation. Cœur volumineux. Rien de particulier dans le ventricule droit. « Ventricule gauche sensiblement hypertrophié supérieurement, » où il avait de 8 à 10 lignes d'épaisseur, tandis qu'inférieurement, près de la pointe, et à la partie antérieure surtout, il n'avait pas plus de deux lignes. « Là existait une déchirure, dans laquelle j'engageai facilement le petit doigt; les bords n'en étaient point ulcérés. Le tissu musculaire du cœur, dans sa totalité, était rouge et de consistance ordinaire; les valvules n'étaient point incrustées. »

Ainsi, une faible rupture du cœur peut amener la mort instantanément, et une large ouverture de cet organe peut occasionner cette terminaison fatale qu'après une assez longue durée des accidents caractéristiques de la solution de continuité. D'où il résulte que la disposition anatomique de la déchirure du cœur n'est pas capable de nous expliquer la rapidité ou la lenteur de la marche funeste de cette lésion. D'où il résulte encore que ce n'est pas toujours dans les cas où une grande quantité de sang aborde le plus promptement dans le péricarde, ou si l'on veut, lorsque le cœur est le plus fortement comprimé, que l'individu succombe dans le plus court espace de temps.

Il me semble donc qu'il est tout à fait contraire à la saine observation d'attribuer la mort à l'influence mécanique du sang sur le cœur, dans les cas de rupture de ce viscère. Je crois qu'il faut en demander la raison à un autre élément des mouvements du cœur, qu'à son élément physique; il me paraît que l'innervation seule peut nous rendre un compte satisfaisant de cette terrible issue; car, ne l'oublions pas, le contact brusque du sang sur la tunique séreuse doit occasionner d'inévitables désordres nerveux. Et c'est bien plutôt aussi, dans les modifications de l'innervation, que dans toute autre circonstance physique, qu'il faut chercher l'explication de la rapidité plus ou moins considérable de la mort. Si je tiens ce langage, si je dépouille ici la physique au profit des ténèbres de la vitalité, c'est que je me sou-

mets à la loi de l'exacte et impartiale appréciation des faits; car, personne plus que moi n'aime à retrouver la physique, la mécanique et la chimie, dans l'interprétation des phénomènes du corps humain. Mais : *lex dura sed lex.*

N'existe-t-il point de signes qui indiquent l'approche d'une rupture du cœur? Aucun pathologiste, que je sache, n'a encore remarqué qu'il y ait de symptômes précurseurs de cette altération.

En parcourant quelques observations de cette maladie, j'ai été frappé de l'existence antécédente d'un phénomène qui serait peut-être de nature à faire redouter l'imminence du danger. Ce phénomène, c'est une *douleur de la région précordiale qui s'irradie de là vers les bras et vers l'épigastre*. Cette douleur a été notée, sans intention, et comme par un heureux hasard, dans l'observation que nous avons rapportée : *depuis deux mois, douleurs de temps en temps, s'étendant du sternum aux deux bras, augmentant par le froid*. Dans l'observation qu'on doit à M. Rostan, d'une femme qui succomba à une rupture du cœur, et chez laquelle on trouva en outre des traces d'une rupture ancienne cicatrisée, il est dit que *cette femme éprouvait depuis 15 ans une douleur intolérable dans le côté gauche de la poitrine et dans l'épigastre, douleur qui s'étendait dans la région dorsale et revenait par intervalle*. Dans un autre fait publié par M... on voit un *sentiment de gêne habituelle, qui fait place à une douleur assez forte, dans une marche rapide, précéder la déchirure du cœur*.

En présence des ces faits, je crois que l'on peut se demander, si cette douleur n'est point l'indice d'un travail morbide, qui prépare la substance du cœur à se rompre, dans des circonstances données. N'est-ce pas là une sorte de phare qui annonce le péril? On n'oserait encore l'affirmer actuellement; néanmoins, je ne pourrais, après cela, me défendre d'une certaine terreur de l'avenir, si j'entendais un malade, atteint d'un vice chronique du cœur, accuser une douleur aiguë et persistante dans la région précordiale, les bras et l'épigastre. Il importe aussi de noter que cette douleur se fait sentir dans les mêmes points et d'une manière vraiment atroce, lorsque le sang fait irruption dans le péricarde.

Je pense que la digestion joue un rôle important, comme cause occasionnelle, dans la production des ruptures spontanées du cœur. En effet, dans l'observation du docteur Charpentier, les accidents apparurent quelques heures après le souper, et, dans celle du *Journal universel*, deux heures après un repas où l'individu avait beaucoup mangé. M. Ferrus a également inséré dans le *Journal universel* (t. 10, p. 169 et suiv.), la relation d'un cas de rupture du cœur qui se manifesta chez un homme de 67 ans, qui venait de dîner avec son appétit ordinaire. Les repas copieux doivent donc être proscrits avec sévérité chez les sujets que l'on aurait lieu de croire disposés aux ruptures spontanées du cœur.

On a soutenu que la rupture du cœur pouvait s'opérer sans lésion antérieure de cet organe, et alors que son tissu était parfaitement sain. Le savant rédacteur de ce journal a émis cette opinion dans

un mémoire publié dans les *Archives de médecine* de 1834. Malgré le respect que je professe pour une aussi imposante autorité, je ne puis partager cet avis. On s'est appuyé sur des faits pour mettre cette proposition en avant; je me servirai de ces mêmes faits pour la combattre.

M. Ollivier (*Dict.* en 25 vol.) a invoqué une observation de M. Baron. Or, dans cette observation, on note que les bords de la rupture étaient un peu amincis; on n'affirme point avec assurance qu'il n'y avait eu aucun ramollissement de la substance charnue du cœur, on se borne à dire que l'on ne remarquait pas de ramollissement notable dans cette partie du ventricule. La vraisemblance doit donc nous porter à croire qu'un point dont les bords étaient un peu amincis, n'était pas lui-même sans avoir éprouvé quelque altération. Cette hypothèse est au moins plus probable que l'hypothèse contraire.

M. Ollivier a cité ensuite l'observation de M. Andral. Là on dit positivement que le tissu du cœur n'avait subi aucun ramollissement. Mais il y avait cinq perforations oblongues dans la paroi postérieure du ventricule gauche, et de plus une perforation de l'estomac. Or, je le demande, comment veut-on que cinq perforations oblongues soient le simple résultat de l'action de la force expansive du sang sur le ventricule qui se contracte? S'il n'y en avait qu'une, s'il n'y en avait que deux, à la bonne heure! On comprendrait qu'un liquide violemment comprimé surmontât la résistance de son compresseur, et se fit jour au dehors par une ou deux issues. Mais cinq perforations, et cinq perforations oblongues, ce serait impossible à comprendre, en n'admettant que l'influence d'un effort mécanique sur une substance uniformément résistante. Si l'on ne connaissait le ramollissement partiel du cœur, ses abcès, ses ulcérations, il faudrait les inventer pour expliquer cette étrange exception aux lois de la mécanique. Et ne perdons pas de vue que l'estomac avait souffert d'un ramollissement, puisqu'il offrait une perforation. N'est-ce pas encore une sorte de témoignage confirmatif de l'existence supposée d'une altération analogue dans la substance du cœur? Quoi qu'il en soit, cette observation ne peut certainement être apportée en preuve de la réalité des ruptures du cœur sans lésion préalable: elle laisse trop de doute dans l'esprit.

M. Dezeimeris parle d'une observation de Plouquet, dans laquelle «le ventricule gauche était déchiré; les fibres qui avaient éprouvé la rupture rapprochées les unes des autres, offraient l'aspect d'une plaie faite par une balle de mousquet. On pouvait facilement introduire l'extrémité de deux doigts à travers la déchirure, jusque dans la cavité ventriculaire. Du reste, la substance du cœur, loin d'être ulcérée ou amincie, était au contraire, très-forte (*cor robustissimum erat*).» Et d'abord, je crois qu'un cœur très-fort, *robustissimum cor*, est bien un cœur hypertrophié. Or, l'hypertrophie est une altération, et, à ce compte, l'observation de Plouquet est ici déplacée. D'ailleurs, est-il supposable qu'une large déchirure qui offre l'aspect d'une plaie faite par une balle de mousquet, et dans laquelle on introduit facilement

l'extrémité des deux doigts, est-il supposable qu'une telle déchirure se produise dans un cœur très-robuste, par l'unique expansion dont le sang est animé pendant les contractions des ventricules? Cela ne paraît pas croyable. Il est plus naturel de soupçonner que le tissu du cœur était plus fragile dans cet endroit qu'il ne devait l'être normalement. Ce fait ne sert donc, d'aucune manière, la cause pour laquelle on l'appelait en aide.

On donne une observation du journal de Hufeland, comme le fait le plus décisif que l'on connaisse pour démontrer la possibilité des ruptures du cœur, sans lésion antérieure du tissu de cet organe. Or, il s'agit dans cette observation, d'une rupture survenue chez un homme de 68 ans, en proie à de violents chagrins, et à la suite d'une longue promenade. A l'autopsie on trouva «le cœur un peu pâle, entouré d'un peu de graisse à sa base..... et un peu plus mou que ne sont ordinairement les muscles complètement refroidis.» Évidemment ce cœur n'était pas sain; on ne peut le ranger parmi les cas où la rupture s'opère sans lésion antérieure, après l'indication d'un affaiblissement de sa consistance.

Dans une autre observation, extraite d'un mémoire de M. Visconti, on rapporte que le cœur était très-volumineux, c'est-à-dire atteint d'hypertrophie. Or cette altération exclut le cas de la catégorie de ceux où il n'y a point de lésion antérieure.

Enfin, on s'étaye encore de deux observations de Portal. Mais cet étai est fort mal choisi; car, dans la première, le cœur était couvert d'une couche de graisse de plus de deux travers de doigt d'épaisseur; et, dans la seconde, «l'ouverture de l'aorte était très-rétrécie; les valvules étaient aussi dures qu'un cartilage, renversées vers le cœur...; les parois du cœur avaient leur solidité à peu près naturelle; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'auprès de cette ouverture contre nature, (la perforation), il y avait une fossette bouchée par une membrane très-mince, qui n'était point percée. L'oreillette gauche, les vaisseaux pulmonaires, et le ventricule droit étaient très-dilatés, et les parois de celui-ci étaient extrêmement minces.» Rien ne justifie donc, dans ces deux observations, l'usage que l'on a voulu en faire, pour démontrer l'existence de ruptures spontanées du cœur sans altération précédente.

En dernière analyse, il résulte, ce me semble, de l'examen auquel nous venons de nous livrer que la science attend encore un fait bien observé de rupture spontanée du cœur, où cet organe ne présente aucun vestige de lésion antérieure, ancienne ou récente. On avait fait des cas de cette espèce une catégorie à part; je crois qu'on peut donc la supprimer jusqu'à nouvel ordre.

23 janvier 1859.

Docteur J. A. HENROZ.

BULLETIN MÉDICAL

DU MIDI.

JANVIER 1859.

Observations de maladies du nez et des fosses nasales; par J.-J. CAZENAË, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Teigne faveuse; ganglions péri-maxillaires et sous-mentonniers suppurants; coryza chronique; beaucoup plus tard lupus exedens de l'aile droite du nez; ozène accompagné de carie et de la destruction totale de la cloison cartilagineuse des fosses nasales.

Mademoiselle Elisabeth C....., habitant le département de l'Aude, maintenant âgée de vingt-deux ans, grande, forte et jouissant d'une santé générale parfaite, fut porteuse d'une teigne faveuse depuis l'âge de trois ans jusqu'à seize. A cette époque des ganglions péri-maxillaires et sous-mentonniers se tuméfièrent, suppurèrent et se cicatrisèrent à la longue, mais en laissant des traces indélébiles de leur existence. Ce fut à la même époque que cette jeune personne sentit son nez s'embarrasser, éprouva de l'enclenchement et une céphalalgie frontale à peu près permanente.

M. le docteur Sernin, de Narbonne, ayant été consulté en août 1855, déclara que Mademoiselle Elisabeth C..... était porteuse d'une ancienne affection strumeuse dont il décrit les caractères. Il conseilla un laxatif au début, puis une solution iodurée; la poudre de ciguë à doses graduellement augmentées; un léger purgatif tous les quinze jours pendant l'usage de la ciguë; une tisane préparée avec la racine de gentiane, les fleurs de romarin et le bois de réglisse; des frictions faites sur les ganglions péri-maxillaires et dans l'intérieur du nez avec la pommade au proto-iodure de mercure; des lotions dans le nez aussi, faites avec une solution iodurée rubéfiante; du 25 au 50 de chaque mois, des lavements préparés avec une décoction de fleurs de camomille romaine; des pédiluves sinapisés et des frictions faites à la face interne des cuisses avec une cuillerée de teinture anti-spasmodique de Chrestien; l'application de quatre ou six sangsues à la vulve, application succédant aux lavements, aux pédiluves et aux frictions; un régime approprié et l'usage des vêtements de flanelle sur la peau.

Les parents de la malade et la malade elle-même

ne voyant aucune amélioration s'opérer à l'aide du traitement si rationnel et si bien indiqué qu'avait prescrit notre très-honorable et très-habile confrère le docteur Sernin, s'adressèrent (1854) à un officier de santé de leur voisinage, qui ne crut devoir s'occuper qu'à détruire dans la fosse nasale droite, et avec une pommade cautérisante, ce qu'il dit être un polype, et ce que M. Sernin avait dit être, lui, homme fort compétent, une végétation fonguïde adhérente à la cloison intermédiaire des fosses nasales. Cette cautérisation occasionna des douleurs intolérables, et parut avoir augmenté le mauvais état du nez.

En 1856, c'est-à-dire deux ans après ces cautérisations, l'aile droite du nez fut envahie par des fissures douloureuses, et bientôt après par une ulcération dont l'aspect n'avait rien de rassurant. Dans cet état de choses, la malade réclama les conseils d'un officier de santé de Gignac, département de l'Hérault, qui parcourait les campagnes. Ce médecin appliqua sur l'aile du nez ulcérée une pommade rougeâtre qui détermina une tuméfaction considérable de la face, du cou et de la presque totalité du cuir chevelu, tout en irritant et en agrandissant l'ulcération qu'il avait essayé de détruire en usant d'une vigoureuse cantérisation.

Un peu plus tard enfin, notre honorable confrère M. le docteur Combes, de Gruissan, fut consulté. Ce praticien distingué recourut inutilement aux médications les plus opportunes, et voulut bien m'adresser son intéressante malade que la longueur du voyage et les chaleurs avaient singulièrement fatiguée.

Je la vis pour la première fois le 8 juillet dernier, et ne procédai que deux jours après à l'exploration très-attentive et très-minutieuse de l'extérieur du nez et de toute l'étendue des fosses nasales.

Aspect extérieur du nez.

L'aile droite du nez était fortement échancrée, ulcérée, d'un rouge mollasse et fongueux. J'avais affaire à un véritable *lupus exedens*, s'accompagnant de désordres intérieurs que je signalerai plus bas.

La tuméfaction des parties et quelques cicatrices indurées avaient considérablement rétréci les ouvertures nasales, et la malade me dit éprouver là des