

les rênes. Il fut traîné par ce fougueux animal à une assez grande distance. On ne trouva à l'extérieur de la poitrine aucune contusion; les côtes n'étaient pas fracturées. Le péricarde était rempli de sang. Il y avait une rupture de la veine cave, près de son insertion au cœur, et une autre de l'oreillette droite. (*Miscell. Acad. nat. curios., dec. III, ann. 5, obs. 82.*)

Christ. Vater trouva une rupture du ventricule droit, à la pointe et près de la cloison du cœur, chez une femme qui avait été violemment renversée par une voiture. Il y avait une fracture de la clavicule et de plusieurs côtes, mais sans inflexion de ces os en dedans, et le péricarde, distendu par du sang, était parfaitement intact. (*Miscell., Acad. nat. curios. ann. 9 et 10, obs. 164.*)

C. G. Ludwig a publié une observation analogue: Un jeune homme robuste, âgé de 21 ans, voulant retenir un cheval qui s'échappait, reçut un violent coup de pied dans la poitrine; il fut renversé à plusieurs pieds en arrière. Il se releva cependant, enfonça son chapeau sur sa tête, fit plusieurs pas vers l'écurie, et tomba mort. Les téguments ne portaient aucune trace du coup qu'il avait reçu. Le sternum était fracturé transversalement à quatre pouces et demi au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le fragment inférieur était déprimé. Il n'y avait dans le médiastin qu'une légère ecchymose, et nul épanchement dans la poitrine. Le péricarde était rempli de sérum jaunâtre et de sang coagulé. On trouva, à la partie antérieure de l'oreillette droite, une rupture d'un demi-pouce d'étendue. Il y avait en outre une rupture incomplète du pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté, et enfin une troisième fissure sur la cloison qui ferme le trou de Botal. Toutes ces lésions sont décrites avec soin et représentées par une bonne figure. (Ludwig. *Adversaria medico-practica*, t. 1^{er}, p. 154. La même observation avait déjà été publiée dans l'excellente dissertation de Dieteric Mummssen: *De corde rupto*. Leipzig, 1764, in-4^o.)

Un homme reçut un coup de pied de cheval dans la poitrine, et tomba mort sur la place. On trouva le sternum fracturé, le péricarde rempli de sang, le cœur enveloppé d'une couche de sang coagulé, avec une rupture de deux lignes au ventricule droit. (*Graefe's und Walther's Journal der Chirurgie*, t. v, p. 669.)

Dans ces divers cas le cœur paraît s'être déchiré à la manière d'un sac rempli ou d'un corps quelconque distendu par la matière peu ou point élastique qu'il renferme, qui vient frapper l'agent extérieur qui le choque, au moment même où celui-ci l'atteint. Si c'est là le véritable mécanisme de cette rupture, on comprend que c'est dans la partie la plus faible des parois de l'organe qu'elle doit s'opérer, et l'on s'explique pourquoi tous les exemples que nous en avons vus se rapportent à des ruptures des cavités droites du cœur. C'est par un mécanisme qui ne diffère pas essentiellement de celui-là, que dut s'opérer la rupture du cœur dans les deux cas que je vais rapporter sommairement.

On trouve dans le *Recueil des Actes de la Société de santé de Lyon* (1798, p. 200), l'observation publiée par Fine, chirurgien en chef de l'Hôpital-général

de Genève, d'une rupture du ventricule droit du cœur, produite par un coup de feu non pénétrant à la région xyphoïdienne. L'intégrité parfaite du péricarde ne permet pas de douter que la rupture n'ait été le résultat de la percussion médiante qu'avait éprouvée le cœur, dont la substance, autour de la déchirure, n'était d'ailleurs nullement altérée.

Hufeland a publié dans son *Journal der practischen Heilkunde*, tom. XIV, n^o 2, p. 200, un cas encore plus singulier, car la peau n'était pas même entamée chez le sujet qui avait ainsi succombé. C'était un homme qui, dans l'intention de se donner la mort, se tira dans la poitrine un coup de pistolet chargé de deux balles: il existait une contusion vers le milieu du sternum. Les deux balles s'étaient aplaties. Le sternum était fracturé, mais sans enfoncement. Le péricarde était rempli de sang, et le cœur déchiré.

Dans les cas suivants, le mécanisme de la rupture paraît être peu différent.

Un enfant de six mois, sur lequel passa la roue d'un chariot, eut l'oreillette droite du cœur déchirée, et survécut quatorze heures à cet accident. (*Rust, Magazin, etc.*, t. XVI, p. 92.)

Dans tous les cas qui précèdent des ruptures du cœur par violences extérieures, la déchirure eut lieu dans l'une des cavités droites du cœur: les trois suivants se rapportent à des ruptures des cavités gauches, l'une du ventricule et les autres de l'oreillette.

Le premier cas a été observé par M. Worbe, et publié dans les *Bulletins de la Faculté de Médecine*, t. IV, p. 146.

Le 28 octobre 1815, M. Worbe fut appelé avec un chirurgien, pour constater la mort d'un jeune homme de 13 à 14 ans, écrasé sous une voiture. La tête du cadavre était tournée de droite à gauche d'une manière forcée. Les côtes, les cartilages, le sternum, étaient dans l'état ordinaire: il y avait distension de l'articulation sterno-claviculaire gauche, et de l'articulation de la première vertèbre avec la seconde. Tous les viscères de l'abdomen étaient intacts, et cependant il y avait beaucoup de sang épanché dans cette cavité. Le péricarde était également rempli de ce liquide, et le ventricule gauche du cœur rompu entièrement depuis sa base jusqu'à son sommet, le long du bord par lequel il se réunit au ventricule droit.

Cet enfant, logé et nourri par charité dans une auberge, s'y rendait utile en faisant des commissions, et en accompagnant les rouliers le matin pour ramener les chevaux de renfort. Il ne pouvait s'empêcher de dormir sur la route, et s'appuyait pour cela sur le timon d'une charette. Il était dans cette dangereuse position lorsque le roulier, qui marchait à côté du cheval de devant, entendit un cri perçant, se retourna, et le vit étendu sur le ventre et écrasé par la roue.

En 1769, le 14 novembre, M. Chaussier fut chargé de faire la visite juridique du cadavre du nommé Etienne Grappin, laboureur de Saulon. Ce jeune homme, fort et vigoureux, conduisait une voiture chargée de pierres; ayant voulu s'asseoir sur un des chevaux, le pied lui glissa, il tomba, et la roue lui

passa lentement sur la clavicule gauche, près du sternum, et continua son trajet obliquement sur le côté gauche de la poitrine: ce malheureux resta sur la place sans donner aucun signe de vie. Après avoir enlevé les téguments et les muscles, M. Chaussier trouva l'articulation sternale de la clavicule relâchée, et, sur tout le côté gauche du thorax, une suite de fractures, double sur chaque côté, et dont la distance respective répondait à l'épaisseur de la roue, qui s'étendait obliquement de la partie antérieure à la partie postérieure. Les téguments ne présentaient aucun vestige de contusion; il n'y avait pas une goutte de sang infiltré dans le tissu cellulaire; la plèvre était entière, le poumon sans altération; mais le péricarde était fort distendu, plein de sang coagulé; l'oreillette gauche était déchirée à sa base, près du ventricule, et le déchirement était si considérable, que l'on pouvait facilement porter par cette ouverture deux doigts dans le ventricule gauche. (*Portal. Sur les morts subites*, Mém. de l'Acad. roy. des Sciences, 1784.)

Il paraissait évident à Chaussier que la rupture de l'oreillette gauche avait été déterminée par la pression exercée sur la crosse de l'aorte. Tandis que la roue cheminait lentement sur la poitrine, enfonçant sous son énorme poids la clavicule et les côtes, la crosse de l'aorte comprimée refusait le passage au sang; l'oreillette gauche devait en regorger, et les contractions du cœur augmentant par la résistance qu'il éprouvait, avaient déterminé la rupture de l'endroit le plus faible de l'oreillette. C'est ainsi, ajoutait le savant physiologiste, qu'on voit la matrice se déchirer à son fond par la force de ses propres contractions, lorsqu'il existe à son col ou au bassin un obstacle assez puissant pour s'opposer à la sortie du fœtus.

Chaussier fit à la même époque, sur des animaux vivants, des expériences dont les résultats donnent un haut degré de probabilité à l'explication qui précède du mécanisme de cette rupture. Il vit les cavités du cœur se dilater, se rompre presque dans l'instant, lorsqu'il arrêtait la circulation dans les gros troncs artériels. Si, sur un animal vivant, on serre par une ligature, ou, ce qui est encore plus simple et plus commode, avec une pince, le tronc de l'aorte, le ventricule et l'oreillette gauches se déchirent. Si on exerce cette pression sur l'artère pulmonaire, ce ventricule, l'oreillette droite, se distendent, se dilatent considérablement, les contractions du cœur redoublent, chaque fibre frémit et palpète; mais il ne s'opère point de rupture.

Les résultats de ces expériences ne sont-ils pas propres à fournir des vues pour expliquer la rupture du cœur dans le cas suivant? Je le place ici, quoiqu'il appartienne d'ailleurs à une autre série de faits que nous n'avons pas encore abordés.

En janvier 1771, un homme, enfermé à la maison de force de Dijon, périt subitement dans une violente dispute qu'il eut avec un de ses camarades. Son cadavre servit aux démonstrations publiques d'anatomie. Les parois du ventricule gauche du cœur étaient amincies, étendues, et il y avait à sa pointe une rupture oblongue longue d'environ un pouce. On trouva, près de la crosse de l'aorte, une tumeur de la

grosseur du poing, d'une consistance presque cartilagineuse, qui enveloppait le tronc de l'artère un peu au-dessous de la naissance des sous-clavières et carotides. Cette tumeur avait tellement rétréci le diamètre de l'aorte, qu'à peine pouvait-on y passer l'extrémité du petit doigt.

Je reviens aux ruptures par cause externe, pour mentionner le troisième fait indiqué plus haut de rupture d'une cavité gauche du cœur.

M. Bérard, dans sa Dissertation inaugurale (*Paris, 1827, n^o.....*), rapporte qu'un maçon tomba du haut d'un échafaudage, et mourut quelques instants après. Outre une déchirure du foie et diverses autres lésions, on trouva une rupture de l'oreillette gauche du cœur. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer, puisque cette observation se trouve ici placée si près de celle de Chaussier, que l'explication donnée par M. Bérard, du mécanisme de la rupture, et qu'il ne hasardait qu'avec une certaine réserve, est précisément la même que celle qu'en avait donnée Chaussier, mais que celui-ci avait pris soin de donner à cette explication toute la consistance qu'on peut désirer, en faisant connaître le résultat d'expériences tentées sur des animaux, dans le but d'en éprouver la justesse, et qui ont été rappelées plus haut.

Nous trouverons dans les faits qui viennent d'être rapportés, des matériaux suffisants pour tracer plus tard l'histoire générale des ruptures du cœur par violence extérieure (1); nous pouvons passer à une autre catégorie de ruptures.

§ II. RUPTURES SPONTANÉES, SANS LÉSION ANTÉRIEURE DU TISSU DU COEUR.

Les ruptures survenues, sans cause extérieure, sans avoir été précédées d'aucun symptôme de maladie du cœur, et dans lesquelles le tissu de l'organe n'a présenté aucune apparence d'une lésion antérieure, se placent ici naturellement. Nous en rapporterons plusieurs exemples, car un grand nombre de médecins doutent encore de la possibilité de ces ruptures; nous indiquerons en outre les sources où l'on en peut trouver beaucoup d'autres. Nous ne donnerons place ici qu'à des faits qui sont peu connus.

Un savant, âgé de 46 ans, menant une vie sédentaire, d'une constitution robuste, et n'éprouvant d'autre indisposition que des digestions laborieuses qui lui causaient, de temps à autre, des symptômes hypochondriaques, fut pris tout à coup, au mois de novembre 1775, vers midi, d'une douleur violente de l'épaule, du bras et de tout le côté gauche du corps. Cette douleur diminua peu à peu, et permit au malade de se mettre à table et de diner. Vers la fin du repas, le retour de la douleur, qui reprit avec plus de violence, l'obligea de se mettre au lit. Le pouls était petit, faible et lent. Les mouvements du bras n'augmentaient point la douleur. Guil. God. Ploucquet crut reconnaître à ces caractères une douleur purement spasmodique. Ils prescrivit des lavements répétés, des médicaments antispasmodiques, des laxatifs légers. La douleur persista, et le malade

(1) Consultez aussi le fait publié par M. Gariel. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1835, n. 1, p. 24.

expira dans la nuit, environ quinze heures après l'invasion du mal. *Autopsie.* — L'extérieur du cadavre ne présentait rien de particulier. Les intestins grêles présentaient par place, et dans une grande étendue, les traces d'une inflammation légère. Le colon offrait çà et là quelques rétrécissements. A cela près, tout était sain dans l'abdomen. A l'ouverture de la poitrine, on vit le péricarde fort distendu. Il s'en écroula, quand on l'ouvrit, plusieurs onces d'un sang noir et grumelé; 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. *Ceterum cor ipsum nequaquam adesum vel extenuatum, sed robustissimum erat.* Les poumons étaient mous, de couleur cendrée, et ne présentaient nulle trace d'inflammation, de congestion ni d'engorgement. (Guil. God. Ploucquet. *Nov. act. Acad. nat. curios.* t. VI, p. 212.)

Voici une autre observation, fort analogue à la précédente, que je prends dans un opuscule étranger fort peu connu, et qui n'a guère franchi les limites du pays dans lequel il a été publié. (Agostino Olmi. *Memoria di una morte repentina cagionata dalla rottura del cuore.* Florence, 1805, in-4°, 25 p.)

Un homme de 60 ans, d'une constitution peu robuste, avait, depuis l'âge de 58 ans, des varices aux membres inférieurs, dont une avait donné naissance à un ulcère à la malléole interne de la jambe droite, qui ne guérit jamais et qui mit peu à peu le malade dans un état de faiblesse extrême, entraînant des syncopes assez fréquentes et l'œdème des extrémités. Après une visite faite à sa femme qui demeurait loin de chez lui, et près de laquelle il s'était livré aux plaisirs de l'amour d'une façon qui pouvait être considérée comme un excès en raison de sa faiblesse, un jour, après le repas, il fut saisi tout à coup d'une douleur violente le long du sternum. Le malade pâlit, tomba dans une angoisse extrême; une sueur froide se répandit sur son visage et sur ses membres supérieurs, tandis que les membres inférieurs restaient chauds. Le pouls était extrêmement petit, non intermittent, mais inégal, beaucoup plus petit au poignet droit qu'au gauche. Ce malheureux conservait sa connaissance, et ne cessait de répéter qu'il allait mourir. L'endroit où la douleur qu'il accusait était la plus violente était la partie inférieure de l'omoplate gauche. La respiration était facile, profonde, régulière; le malade pouvait rester couché sur l'un et sur l'autre côté; il n'éprouvait aucun engourdissement dans les bras, mais bien une sensibilité incommode sur le trajet du nerf radial et du cutané externe jusqu'au pouce et à l'extrémité de l'indicateur de la main gauche. Le traitement qui fut employé par Olmi et Visconti n'amena aucun changement, et, après une apparence légère de mieux qui ne dura qu'un instant, le malade mourut subitement le lendemain. Le cadavre fut ouvert dix-huit heures après la mort. On remarqua plusieurs ecchymoses à l'épigastre, au visage et au cou. Le cœur était très-

volumineux; le péricarde rempli d'une grande quantité de sang noir et grumelé. Il existait à la partie postérieure du ventricule gauche du cœur une déchirure longue de deux travers de doigt, à une demi-pouce de distance de la cloison, sans gonflement de ses bords et sans le moindre signe d'inflammation ni de suppuration. C'était à travers cette déchirure dans la substance même du cœur qu'avait passé le sang qui remplissait le péricarde. L'oreillette gauche était un peu contractée sur elle-même; la droite, ainsi que les orifices des veines et des artères et leurs valvules, étaient dans leur état naturel. Les viscères de l'abdomen ne présentaient aucune lésion.

A part le volume considérable du cœur en ce cas, on ne voit pas qu'il y eût aucune lésion dans ce viscère, ou plutôt on reconnaît positivement, aux détails de l'observation qu'il a fallu supprimer, que l'hypertrophie de l'organe était la seule condition anormale que présentât son tissu. Mais l'hypertrophie n'est point précisément une altération, et elle n'a pas dû nous empêcher de placer ce fait dans la classe des ruptures spontanées du cœur sans lésion antérieure du tissu de cet organe.

Nous pourrions y placer au même titre les quatre observations publiées par M. Rostan en 1820 (*Nouveau journal de médecine*, avril, page 263). Car dans tous ces cas les cœurs déchirés présentaient de l'hypertrophie sans aucune altération; mais ces faits sont parfaitement connus de tout le monde, et n'ont pas besoin d'être répétés ici.

Le cas suivant est le plus décisif que je connaisse pour démontrer la possibilité des ruptures du cœur sans lésion antérieure du tissu de cet organe. Je regrette de ne pouvoir le donner que d'une manière très-sommaire, et j'engage le lecteur à en voir les détails, qui sont très-intéressants, dans le *Journal de Hufeland*, ou dans la *Bibliothèque médicale* qui en a donné un extrait étendu, mais insuffisant.

Un homme de 68 ans, en proie à des profonds chagrins, fut saisi, le 16 octobre, au milieu d'une longue promenade, d'une violente douleur qu'il prit pour des crampes d'estomac, et qui se dissipa d'elle-même. Le lendemain 17, en faisant la même promenade, il est repris de la même douleur, qui se dissipe encore au bout de quelques heures. Le 19, après être sorti de l'église, M. K. (c'est le malade) étant occupé à écrire quelques lignes, éprouva tout à coup un frisson général avec contractions spasmodiques des extrémités, angoisses affreuses et douleurs intolérables dans la région de l'estomac. Face rouge, extrémités froides. Le pouls, observé seulement au déclin de l'accès, était naturel, et seulement contracté à plusieurs reprises, pendant deux à trois pulsations consécutives. Le 20 au matin, nouvel accès présentant un symptôme nouveau, savoir: un sentiment d'engourdissement de tout le bras gauche jusqu'à l'extrémité des doigts, mais qui se dissipa comme les précédents. Autre accès vers deux heures, dont le docteur Fischer fut témoin, et ce médecin déclare n'avoir jamais rien vu de plus horrible. Deux hommes robustes, dit-il, conduisaient ou entraînaient le malade dans sa chambre. Le désespoir était peint sur tous ses traits, ses cris ressemblaient à des hurlements, et il invoquait la mort. L'agitation et les angoisses étaient extrêmes. On parvint à force d'ins-

tances, à faire coucher le malade, et on lui prodigua les calmants de toute espèce. Il éprouva à plusieurs reprises des élancements dans les gros orteils et dans les épaules. Les extrémités reprurent leur chaleur naturelle, le pouls, de petit, spasmodique et intermittent qu'il était, devint plus libre et fut presque régulier après que la sueur fut survenue. Le calme était rétabli et le docteur Fischer quitta le malade en concevant l'espoir d'une amélioration plus prononcée. Mais le lendemain on lui annonça que M. de K... n'était plus, et on lui donna les détails suivants sur les circonstances dont sa mort avait été précédée.

Une heure après le départ de M. Fischer, les douleurs augmentèrent et les sueurs persistèrent. Tout à coup le malade se mit sur son séant; son regard devint farouche, il saisit son gardien brusquement au cou, comme s'il voulait l'étrangler. « Soutenez ma tête avec votre bras », s'écria le malade. Il resta dans cette position pendant plus d'une demi-heure, après quoi il se coucha sur le côté gauche, puis sur le côté droit, et expira sans le moindre mouvement convulsif.

Le péricarde était recouvert d'une couche de graisse. On le trouva, après avoir séparé celle-ci, très-distendu et paraissant contenir une substance de couleur bleu-foncé. Une incision en fait sortir environ deux à trois livres de sang très-rouge, et après avoir fendu le péricarde on voit le cœur entouré d'une grande quantité de sang coagulé, et l'on découvre une rupture du ventricule gauche. Non loin de cette déchirure, à la pointe du cœur existait une appendice d'environ deux lignes de diamètre, dont l'aspect la faisait juger formée de petits vaisseaux variqueux. Pour examiner le cœur avec plus de soin, on l'enleva de la poitrine avec les gros troncs vasculaires. Il était un peu pâle, entouré d'un peu de graisse à sa base, et, de même que tout le corps du sujet qui était sans roideur cadavérique, un peu plus mou que ne sont ordinairement les muscles complètement refroidis. La déchirure s'étendait verticalement de la pointe à la base du ventricule; ses bords étaient frangés, mais ils s'ajustaient parfaitement l'un à l'autre, et la séparation d'un demi-pouce qui existait entre eux à leur partie moyenne était l'effet de la présence d'un caillot de sang. La longueur de cette rupture était d'un pouce et demi à la surface extérieure du cœur. On ouvrit le ventricule par la face opposée, et l'on trouva que la longueur de la rupture à la surface interne n'était que d'un demi-pouce. L'appendice dont il a été parlé, enlevée avec le scalpel, ne montra qu'une membranule mince et bleuâtre, au-dessous de laquelle la substance du cœur était parfaitement saine.

Fischer examina ensuite avec l'attention la plus scrupuleuse le reste du cœur et des vaisseaux; il n'y avait aucun caillot de sang, et nulle part il ne découvrit absolument rien qui s'éloignât de l'état normal. Seulement l'aorte lui parut un tant soit peu plus étroite que l'artère pulmonaire, mais dans toute son étendue et non dans un point circonscrit; il examina ensuite avec le même soin tous les viscères de la poitrine et de l'abdomen, sans y trouver la moindre lésion.

C'était donc là, ajoute Fischer, la rupture d'un cœur non-seulement sain en apparence, mais re-

connu tel après l'examen le plus attentif et la dissection la plus scrupuleuse, (*Hufeland's Journal der practischen Heilkunde*, 181..., décembre, p. 5-17.)

Ne craignons pas d'accumuler trop de faits sur un point qui ne cessera d'être contesté que quand on sera forcé de convenir qu'il existe un grand nombre de cas du même genre. En voici encore un exemple; il est d'un homme qui ne met pas toujours dans ses descriptions anatomiques toute la précision qu'on pourrait désirer, mais auquel on ne peut refuser pourtant d'avoir eu des notions assez justes sur les ruptures du cœur, qui insiste d'ailleurs d'une manière particulière sur l'assertion que, dans le cas qui va être rapporté, il n'existait aucune altération du tissu de l'organe, et dont l'assertion a d'autant plus de valeur qu'il l'oppose à l'opinion de plusieurs auteurs dont l'autorité était grave à ses yeux.

La comtesse de Nevron, d'un embonpoint extrême, éprouvait depuis longtemps de la difficulté à respirer, lorsqu'elle se livrait à un exercice un peu fatigant. Elle vint de Nancy à Paris sans s'arrêter. Le soir de son arrivée elle éprouva une forte dyspnée avec des coliques assez vives. Vers le milieu de la nuit, la dyspnée augmenta, la malade appela du secours, on accourut en toute hâte, elle expirait quand on arriva. Le corps de cette dame était tellement surchargé de graisse, qu'il était d'un volume énorme; il y en avait sous la peau plus de quatre travers de doigt; les muscles en étaient comme pénétrés. L'épiploon contenait une quantité de graisse si prodigieuse, qu'il occupait la plus grande partie de la cavité abdominale; il y en avait aussi une si grande quantité entre les lames du médiastin, qu'elles étaient considérablement écartées, ce qui rétrécissait la capacité de la poitrine, et comprimait les poumons. Le cœur, qui était couvert d'une couche de graisse de plus de deux travers de doigt d'épaisseur, baignait dans le sang, dont le péricarde était plein: ce sang s'était épanché dans le sac membraneux par une ouverture qu'on découvrit à la base du cœur, près de l'artère aorte; le rebord ligamenteux qui fixe cette artère avec le cœur en était détaché dans la partie antérieure de sa circonférence, au point qu'il en résultait un trou dans lequel on put facilement introduire le petit doigt; du reste, la substance du cœur était solide et compacte, comme elle l'est ordinairement. Les ventricules, même celui qui s'était déchiré, n'étaient pas plus grands que de coutume, et il n'y avait aucune marque d'érosion en aucun endroit de sa texture; les vaisseaux qui portent ou qui reçoivent le sang de ce viscère n'étaient point altérés, de sorte qu'on ne pouvait attribuer cet accident à aucun vice qui leur fût propre, ni à aucune affection contre nature des fibres musculaires du cœur.

Malgré la grande quantité de sang épanché dans le péricarde, il y en avait encore beaucoup dans les vaisseaux, soit dans les artères, soit dans les veines.

L'auteur ajoute plus loin: « Le ventricule du cœur, dans lequel cette ouverture s'est faite, n'était pas plus dilaté qu'il ne l'est ordinairement, et ses parois n'étaient point ramollies, comme Senac et Morgagni l'ont trouvé dans les cœurs couverts de graisse, et qui s'étaient rompus. Ils ont attribué aussi

quelquefois la rupture à un ulcère qui avait rongé, aminci ou même perforé le cœur; mais dans le cœur dont il s'agit, il n'y avait ni ramollissement, ni aucune trace d'ulcération; le cœur jouissait au contraire de toute sa force. (Portal. *Sur des morts subites occasionnées par la rupture du ventricule gauche du cœur*; Mém. de l'Acad. royale des Sciences, 1784; et *Mémoire sur la nature et le traitement de plusieurs maladies*, tome II, 1804.)

Le même auteur nous fournira encore une autre observation du même genre.

Une dame âgée de 63 ans, maigre, d'une sensibilité extrême, éprouvant depuis longtemps des palpitations de cœur, qu'on croyait spasmodiques, faisait un grand usage de bains tièdes; on lui conseilla de les prendre froids, et bientôt on lui dit d'y joindre de la glace, et même d'en mettre sur la tête, dans une grande vessie, ce qu'elle exécuta fidèlement. Un jour elle eut une syncope dans le bain; on l'en retira en toute hâte, on la plaça dans son lit, et l'on tenta tous les moyens propres à la ranimer. Tout fut inutile, elle était morte. *Autopsie*. Le péricarde était tellement dilaté, qu'il comprimait le poumon gauche, qui était refoulé vers la partie supérieure de la poitrine; il était plein de sang, en partie liquide et en partie grumelé; on découvrit un caillot considérable qui adhérait à la partie postérieure et supérieure du cœur. Ce caillot ôté, on vit une ouverture d'environ huit lignes de longueur, laquelle aboutissait dans le ventricule gauche qui était plein de sang; l'ouverture de l'aorte était très-rétrécie; les valves étaient aussi dures qu'un cartilage, renversées vers le cœur; deux colonnes charnues longitudinales avaient été déchirées; quelques unes de leurs extrémités tendineuses étaient adhérentes aux bords de la crevasse; ces bords étaient frangés, inégaux, comme serait ceux d'un morceau de drap qu'on aurait déchiré en tiraillant. Il n'y avait aucune trace d'ulcération; les parois du cœur avaient aussi leur solidité à peu près naturelle; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'après de cette ouverture contre nature 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. (*Ibid.*)

C'est une chose remarquable que l'analogie qui existe, sous plusieurs rapports, entre ce cas et la quatrième observation du mémoire de M. Rostan, sur les ruptures du cœur; nous engageons le lecteur à les comparer (1).

§ III.

Avant de passer aux ruptures du cœur déterminées par des altérations variées, mais toujours profondes, de sa texture, il convient de placer ici, comme une classe intermédiaire d'accidents de cette

(1) Dans une des sections ultérieures de ce mémoire, relative aux ruptures des colonnes charnues, et dans quelques autres endroits encore, nous citerons plusieurs autres cas de ruptures du cœur sans lésions antérieures du tissu de cet organe.

espèce, les ruptures qui ont lieu dans les parois de quelque cavité du cœur préalablement distendue et amincie, mais non autrement altérée.

Il semblerait assez naturel de croire, au premier coup d'œil, que, les dilatations des cavités cardiaques n'étant point rares, les déchirures de cette espèce ne doivent pas l'être; et l'on serait tenté de croire que cette rupture est le terme naturel et ordinaire des dilatations. Il n'en est pourtant pas ainsi. Les dilatations, même les plus considérables, arrivent rarement à un degré tel qu'il y ait impossibilité pour le tissu du cœur à fournir une ampliation ultérieure, et nécessité de se déchirer; et, d'un autre côté, quand la rupture a lieu, c'est qu'elle est provoquée accidentellement par quelque circonstance sans laquelle l'état du cœur aurait pu permettre encore une assez longue vie. Ainsi, dans les cas qui vont être rapportés, la dilatation des cavités qui se sont ouvertes n'était pas très-considérable, mais on y voit néanmoins pas elle a été la condition essentielle qui a donné lieu à l'accident.

Un médecin de 62 ans, hypochondriaque au plus haut degré, ayant le teint jaunâtre, fut pris, au commencement de l'année 1753, d'une douleur forte, remontant du ventre à la poitrine, et déterminant quelques mouvements convulsifs et une respiration anxieuse. La saignée répétée procura de l'amendement. Mais le lendemain, les symptômes reprirent leur violence, et le malade périt en très-peu de temps. Rien d'anormal dans l'abdomen, à l'exception du foie qui était beaucoup plus volumineux qu'il ne doit être et de l'intestin iléon qui présentait une couleur livide dans une certaine étendue. Le péricarde était rempli de sang qui s'y était épanché par trois perforations du ventricule gauche du cœur. Ce ventricule était dilaté au point que sa cavité avait trois fois l'ampleur qui lui est naturelle. (Morgagni. *De sedibus et causis morborum per anat. indagat* Epist. 64, art. 11.)

Dilatation du cœur droit, hypertrophie du gauche, rupture du premier. — Un homme de 54 ans, qui avait joui d'une bonne santé, remarquait, depuis quelques années, la lenteur de son pouls, et éprouvait des vertiges et des serremments du cœur. Ces symptômes devinrent plus forts en juin 1823, qu'ils furent ramenés par un écart de régime et de vives affections de l'âme. Le pouls, qui battait d'abord 40 fois avec intermittence à la 50^e, tomba à 20 pulsations, avec intermittence après cinq battements. (Sel ammoniac avec rhubarbe, tartre émétique, saignée et dérivatifs.) Amélioration rapide. Au mois de mars, après un accès de colère, le malade devint triste, faible, puis fut pris de symptômes gastriques, passa les nuits sans sommeil, plus tard eut des vertiges, de l'anxiété, des étouffements, et au moindre mouvement des palpitations du cœur. Les premiers médicaments déjà employés, et l'infusion de digitale avec acide hydrocyanique, de plus les dérivatifs, calmèrent encore une fois les accidents, et après qu'un gonflement œdémateux se fut développé aux pieds et au visage, le pouls reprit de la fréquence, la respiration fut plus facile, et le sommeil revint. Le malade prit du quinquina et du lichen. Une passion vive de l'âme vint de nouveau

détruire ce mieux-être à la fin de mars. Faiblesse extrême; le malade était incapable d'exprimer les idées même les plus simples. Respiration très-pénible, expectation sanglante d'abord, puis de sang pur, et, au commencement d'avril, accès de suffocation. Retour du calme après l'emploi d'une infusion de sénega, de serpentaire et d'arnica, d'un mélange de sel ammoniac et tartre stibié avec rhéum, de l'elixir acide de Haller, et l'application d'un vésicatoire; mais le malade ayant eu l'imprudence de sortir, le 15 avril, par un vent âpre, fut repris des accidents, et mourut subitement le 14 avril. A une petite adhérence près, les poumons étaient sains, ainsi que les viscères abdominaux. Le cœur avait le double de son volume ordinaire; les gros vaisseaux étaient très-dilatés, les veines coronaires variqueuses; beaucoup de sérosité sanguinolente épanchée dans le péricarde. Les cavités droites du cœur étaient très-dilatées, et leurs parois très-amincies; il y avait au ventricule de ce côté, une déchirure à bords brusquement coupés, dirigée en travers, de cinq lignes à la surface extérieure, et de deux lignes seulement en dedans de la cavité, on en fit sortir par la pression beaucoup de sang noirâtre. Concrétion polypiforme entre les valves tricuspides. Cœur gauche épaissi dans tous les sens; colonnes charnues d'une force remarquable. (J. G. J. Martini, *medizinische Beobachtungen. Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde*, avril 1835; et *Kleinert allgemeines Repertorium*, etc., janvier 1854.)

Terminons par l'indication d'un troisième fait de même espèce que les précédents; il est particulièrement remarquable par le siège de la rupture à l'une des oreillettes, circonstance qu'on peut considérer comme rare, quoique M. Lobstein se soit évidemment trompé (*Anat. pathol.* T. II) quand il a dit qu'on n'en connaissait qu'un seul exemple.

Dans le mois de mars 1811, un domestique occupé à préparer du chocolat pour son maître, mourut subitement. On trouva l'oreillette droite du cœur extrêmement dilatée et déchirée. Cet homme ne s'était jamais plaint de palpitations, et son pouls n'avait offert aucune intermittence. (I. Schaeffer, *Die Zeit- und Volkskrankheiten, in Hufeland's Journal*, etc., 1811, août.)

§ IV. RUPTURES SPONTANÉES AVEC LÉSION PROBABLE MAIS NON POSITIVEMENT INDIQUÉE DU TISSU DU CŒUR, OU PEUT-ÊTRE SANS LÉSION.

Avant de passer aux ruptures du cœur évidemment causées par des altérations profondes de sa texture, nous ne pourrions, sans manquer de réserve, ne pas marquer ici la place d'une classe intermédiaire de faits, incomplets sous quelques rapports, mais susceptibles d'être utilisés sous beaucoup d'autres, dans lesquels on ne saurait dire, à défaut de renseignements suffisants, de recherches anatomiques assez scrupuleuses, s'il y a eu ou non avant l'accident qui a amené la mort, quelque lésion dans les parois du cœur qui a subi la rupture, et malgré la facilité avec laquelle toute cette catégorie d'observations a disparu devant l'assertion tranchante de ceux qui n'admettent de rupture possible que

celle qui avait été préparée par un travail morbide désorganisateur, on peut affirmer qu'il y a un nombre assez considérable de faits qu'il faut laisser dans cette catégorie; car on n'a nul motif suffisant de les placer dans celle qui va suivre, plutôt que dans celle qui précède. Nous ne prétendons point par cette assertion infirmer celle par laquelle on établit que la grande majorité des cas d'espèce indéterminée, doit rentrer parmi les ruptures précédées de lésion; cette dernière est évidente par elle-même, puisque les ruptures par altération de tissu étant de beaucoup les plus fréquentes, il y a plus de probabilités qu'on doive y rapporter un cas indéterminé par rapport à sa cause, qu'il n'y en a pour une décision contraire.

Nous pouvons nous dispenser de citer ici les observations qui composent cette catégorie; mais il ne faudra pas oublier d'en tenir compte en faisant l'histoire des ruptures du cœur considérées sous tout autre point de vue que celui de leurs causes. Nous donnerons seulement la suivante pour terminer par une observation.

M. Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont, communiqua l'observation suivante à la Société de la Faculté de Médecine de Paris. (*Bulletins*, tome 1^{er}, p. 171.)

Un vieillard, âgé d'environ 80 ans, s'étant rendu à l'hôpital de Clermont, pour une oppression et une faiblesse qu'il éprouvait depuis quelques jours, fut frappé d'une mort subite, sans aucuns signes, à l'extérieur, de lésion organique.

A l'ouverture du cadavre, M. Fleury trouva le péricarde très-distendu, rempli d'un sang rouge et coagulé, dont l'évacuation lui fit découvrir une crevasse dans le ventricule gauche du cœur. Cette ouverture, longue de dix à douze lignes, était dirigée selon l'axe de cet organe; elle était à peine sensible du côté de la cavité du ventricule, à cause du caillot qui en bouchait presque toute l'étendue. Les valves aortiques et le tronc de l'aorte présentaient dans leur épaisseur plusieurs points d'ossification. Les artères sous-clavières, les carotides, les crurales, et leurs principales branches, étaient presque totalement ossifiées.

M. Fleury regardait cette ossification comme la cause de la rupture du ventricule du cœur, qui n'avait pu surmonter l'obstacle contre lequel il avait à lutter pour faire arriver le sang dans les dernières ramifications artérielles.

Je me suis étendu assez longuement sur les ruptures du cœur non précédées d'altération du tissu de cet organe. J'ai accumulé en assez grand nombre les faits dans lesquels l'observateur affirme d'une manière positive que la déchirure existait dans un tissu parfaitement sain; et ce nombre était nécessaire, puisqu'il s'agissait là d'un point contesté par des hommes dont l'opinion a beaucoup de poids. Si l'on persistait à soutenir leur manière de voir, je pourrais aujourd'hui produire un bien plus grand nombre encore de faits devant lesquels on serait forcé de l'abandonner. Mais l'ordre que je me suis prescrit au commencement de ce travail exige que je passe à l'étude des altérations diverses du tissu du cœur, à la suite desquelles ont lieu les ruptures de cet organe.

Je commencerai par le ramollissement, ou plutôt