

les ramollissements, car il y en a de plus d'une espèce, et d'espèces qui ne se ressemblent guère entre elles. C'est dans l'ordre suivant que je les examinerai : Ramollissement graisseux, ramollissement gélatiniforme, senile ou atrophique, ramollissement apoplectiforme ou gangréneux. Qu'on veuille bien permettre l'emploi de ces expressions, quelque vicieuses qu'elles soient; on s'en est servi jusqu'ici; et en examinant les faits auxquels elles se rapportent, il sera plus utile de rectifier les idées qu'on s'en était faites quand ces termes furent employés pour la première fois, qu'il ne le serait de prétendre réformer le langage avant de vérifier ou de réformer les opinions qu'il exprime.

§ V. RUPTURES DU CŒUR, SUITE DU RAMOLLISSEMENT GRAISSEUX DU TISSU DE CET ORGANE.

Le titre de cette section indique assez que nous entendons parler non pas des cœurs simplement gras, mais de ceux ramollis par la présence de la graisse; non pas des cœurs qui ne sont qu'enveloppés d'une couche adipeuse plus ou moins épaisse sans autre altération, mais de ceux dont la substance propre est plus ou moins transformée en matière grasse et sans consistance. Cette remarque est importante, car sous une épaisse enveloppe adipeuse la fibre musculaire peut conserver toute son intégrité, toute sa consistance, et tout cœur gras qui se déchire ne se rompt pas nécessairement par ramollissement. C'est ce que montre entre autres le cas de la comtesse de Nevron, rapporté dans la première partie de ce mémoire.

Ainsi donc c'est de ramollissement qu'il s'agit; et de ramollissement résultant de l'imprégnation, de la transformation adipeuse de la fibre musculaire du cœur. Il existe un grand nombre de cas de rupture amenée par cette cause; nous n'avons pas besoin de les consigner tous ici; quelques faits nous suffiront, nous tiendrons compte de beaucoup d'autres pour tracer l'histoire générale de ce qu'il y a de propre dans les ruptures de cette espèce.

« M. B., avocat, âgé de cinquante-six ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint musculaire et graisseux remarquable, et d'un caractère irascible, éprouva en 1813 des affections morales profondes, à la suite desquelles il eut une hémiplegie incomplète du côté gauche, qui céda au bout de quelque temps à l'emploi de plusieurs saignées et d'un régime approprié. En 1817, il épousa une jeune femme d'une conduite très-irrégulière, avec laquelle il fit de nombreux excès. Au mois de novembre 1822, il éprouva une *péripneumonie intense* du côté droit. A peine rétabli, et malgré les fatigues que lui causait sa nouvelle profession (il faisait la commission dans la librairie), il se livra de nouveau à ses habitudes. Au mois d'avril 1823, il commença à éprouver pour la première fois, à la région précordiale, un sentiment de gêne qui augmentait après un excès vénérien ou de table. Dans ces derniers temps soit en précipitant sa marche, soit en montant un escalier, cette gêne habituelle faisait place à une douleur qui était assez forte pour l'o-

bliger de s'arrêter pendant quelques instants.

» Le 28 novembre, il eut un violent accès de colère, s'abandonna à des excès vénériens dans la nuit; deux heures après, il ressentit une *constriction très-forte à la région du cœur, accompagnée d'une douleur qui s'étendait de là à la partie latérale gauche du cou et de l'épaule du même côté*: l'épigastre était tendu, et de distance en distance, il y avait des éructations qui apportaient un peu de soulagement.

» Le 29 au matin, M. B., se sentant mieux, reprit ses occupations, fit des longues courses, bien qu'il fût arrêté dans sa marche par une *douleur plus forte que de coutume*. Rentré chez lui, il eut toute sa gaité, et *mangea beaucoup*. Deux heures après être sorti de table, la douleur précordiale revint avec intensité; il ressentit en même temps de l'engourdissement à l'épaule, au bras gauche, et une tension très-forte à l'épigastre.

» A onze heures du soir, il m'envoya chercher pour la première fois. Je le trouvai levé, et rendant un lavement qu'il venait de prendre; il jouissait de toutes ses facultés, se plaignait d'éprouver au cœur, et sous la partie inférieure du sternum, une forte douleur qui s'étendait aux attaches des muscles pectoraux, bornée à droite en cet endroit, et se prolongeant à gauche le long de la partie interne du bras jusqu'à l'avant-bras où elle était plus intense que partout ailleurs. Le visage était pâle, les lèvres décolorées, le nez et les pieds froids; le reste du corps conservait sa chaleur naturelle; l'épigastre était tendu, avec sentiment d'une barre dans cette région et à la base de la poitrine, il y avait de nombreuses éructations qui apportaient peu de soulagement. La respiration était libre, la poitrine sonore à la percussion, excepté à la région précordiale qui rendait un son mat. Ce n'était qu'en appuyant fortement la main en cet endroit, que je parvenais à apprécier les battements du cœur, qui étaient faibles, mais assez réguliers. Le pouls était dur et fréquent. A des intervalles plus ou moins rapprochés, le malade éprouvait plus d'anxiété, la douleur précordiale était plus forte, celle de l'avant-bras devenait insupportable. Le malade, menacé de suffocation, se mettait sur son séant pour retomber presque aussitôt, en disant qu'il se trouvait mal: alors, perte incomplète de connaissance, pâleur extrême du visage, pouls plus faible, aussi fréquent, respiration plus lente. Cet état durait peu: vers la fin, le visage se colorait légèrement, pour reprendre presque aussitôt sa pâleur primitive: puis, survenaient des éructations nombreuses, des nausées et des envies d'aller à la selle qui restaient sans effet. (Potion antispasmodique; 2 ventouses sèches à la région précordiale.)

» Dans la nuit, les lipothymies furent plus fréquentes et plus longues; la douleur de l'avant-bras devint si forte, que le malade disait ne rien sentir au cœur; il se levait, se recouchait, pour chercher à l'apaiser.

» A six heures du matin, je fus de nouveau appelé. Je trouvai peu de changement dans l'état

général du malade: il était couché et se tenait fortement l'avant-bras gauche, afin de diminuer la douleur qu'il y ressentait. Le pouls ayant conservé sa dureté, je proposai de nouveau l'application de ventouses scarifiées. Le malade s'y refusa. Je me décidai à lui faire une saignée, me réservant d'arrêter le sang, pour peu qu'il fût menacé d'une syncope. La bande appliquée et la veine ouverte, deux cuillerées de sang s'étaient à peine écoulées que le malade, qui était sur son séant, tomba en arrière, en disant éprouver une douleur bien plus forte au cœur: alors perte complète de connaissance, suffocation, gonflement des veines du cou, teinte violette de la face, mouvements convulsifs des yeux et des membres supérieurs, roideur des extrémités inférieures, sortie de la langue, plaintes étouffées, presque aussitôt après, pâleur extrême du visage, mort.

» A l'ouverture, 24 heures après la mort, on trouva les altérations suivantes:

» Le péricarde distendu présentait une large surface; en l'incisant, il en sortit un verre de sérosité sanguinolente; sa cavité contenait en outre un caillot du poids de sept onces, qui embrassait la surface antérieure et les bords du cœur, et s'y trouvait retenu vers l'endroit correspondant à la cloison des ventricules par deux prolongements, dont l'un, étroit et filiforme, pénétrait dans un trou situé à un demi-pouce de la pointe du cœur; tandis que l'autre, de forme aplatie, correspondait à la déchirure longitudinale, d'un pouce d'étendue, placée sur la même ligne que la perforation précédente, et à un pouce et demi au-dessus. Le cœur, très-volumineux et mou, était surtout chargé de graisse sur le ventricule droit, et à la partie inférieure du ventricule gauche; les parois de celui-ci, incisées sur son bord, parurent ne pas avoir perdu de leur épaisseur, si ce n'est vers la pointe où elles étaient très-amincies et soutenues par de la graisse; son tissu charnu était d'un rouge pâle, et se laissait pénétrer facilement par le doigt; sa cavité, peu élargie, présentait à la partie antérieure, vers la cloison, des caillots anciens très-adhérents, circonscrits en avant et en arrière par une colonne charnue: au-dessous de ces caillots le tissu du cœur paraissait comme maché, et formait une cavité creusée aux dépens de l'épaisseur du ventricule, et dont la partie la plus mince correspondait à la grande déchirure. En introduisant un stylet par la perforation inférieure on parvenait, par un trajet sinueux, jusque dans la poche anévrysmale.

» Quant au ventricule droit, il était presque entièrement graisseux, et, pour ainsi dire, réduit à ses colonnes charnues. » Docteur CARRIER. (*Journal universel des sciences médicales*, t. XXXV, p. 338 et suiv.)

Robert Adams, parmi les observations curieuses qu'il a publiées de maladies du cœur, en cite deux du genre de la précédente.

Une dame de 60 ans, d'un embonpoint considérable, constipée, fut saisie tout à coup d'une douleur vive dans l'épigastre. Les fomentations et les liniments sur l'abdomen, les purgatifs, les clystères et la saignée ne procurèrent aucun soulagement.

Présumant que la douleur épigastrique était peut-être causée par quelque calcul biliaire arrêté dans les voies de la bile, on prescrivit l'opium; mais, avant qu'il fût administré, la malade eut un vomissement avec suffocation, elle poussa un gémississement et elle expira. Le péricarde était rempli de sang liquide ou coagulé qui s'était échappé par une déchirure d'un pouce de long au ventricule gauche. Le tissu musculaire du cœur était tellement ramolli, que, pressé entre le pouce et l'index, il se laissait traverser sans résistance, le cœur était extrêmement chargé de graisse, le foie était accru de volume; dans la vésicule biliaire existaient trois calculs, dont le plus gros était engagé à l'entrée du canal cholédoque. (ROBERT ADAMS, *cases of diseases of the heart, with pathological observations, in Dublin hospital Reports, etc.* T. IV. 1827. Part. 2, art. 14.)

Un homme avait eu des symptômes d'apoplexie; on lui pratiqua une saignée et on lui ouvrit un exutoire au bras; la semaine suivante il fut frappé de mort subite. Le péricarde était plein de sang, tout le cœur était enveloppé dans une couche de graisse. Il y avait une déchirure au ventricule gauche dans laquelle passait facilement une grosse bougie; la substance du cœur était molle et flétrie. (*Ibid.*)

Feldham communiqua un fait de même espèce à Schmucker qui le publia dans ses mélanges de chirurgie.

Un homme d'un embonpoint considérable, depuis bien des années, éprouvait au moindre exercice de la gêne et de la constriction à la poitrine, et avait la respiration très-courte. Durant les 6 mois qui précédèrent sa mort, arrivée le 21 mai 1780, la respiration devint de plus en plus difficile, les membres inférieurs s'infiltrèrent, l'œdème remonta jusqu'à l'abdomen. On le traita comme atteint d'une hydro-pisie dont on ne pouvait bien déterminer le siège primitif, et encore moins la cause; le pouls ne présentait aucune particularité; le mal ne fit que s'aggraver, et le malade, voyant venir la mort, recommanda à son médecin d'ouvrir son corps pour reconnaître la lésion qui la lui aurait donnée, et faire profiter la science des lumières qu'il y pourrait puiser. Cette ouverture fut faite. Tous les viscères de la cavité abdominale, dans laquelle il n'existait nul épanchement, étaient parfaitement sains à l'exception de la rate qui était extrêmement ramollie; du reste, tous les vaisseaux sanguins étaient fortement injectés jusque dans leurs dernières ramifications. Le médiastin était rempli d'une grande quantité de graisse épaisse et consistante. Le péricarde était plein de sang. Le cœur était enveloppé de toutes parts d'une couche épaisse de graisse fort molle, et ne paraissait être lui-même qu'une boule de graisse. Il était déchiré à la pointe du ventricule droit; et c'était par cette ouverture que s'était formé l'épanchement de sang dans le péricarde auquel devaient être rapportées les douleurs et les angoisses qui avaient précédé la mort. Le cœur était dilaté, aminci, ramolli, surtout à la pointe où son tissu s'écrasait sous le doigt et se réduisait en bouillie. Les poumons étaient parfaitement sains, et il n'y avait point d'épanchement dans les

plèvres. (FELDHAM, in *Schmucker's vermischte chirurgische Schriften*. T. III, p. 294, éd. 1788.)

A la suite de cette observation, Schmucker en rapporte une fort analogue. Un grenadier, de 45 ans, d'un énorme embonpoint, qui éprouvait aussi, au moindre exercice, une grande gêne dans la respiration, et une suffocation qu'une saignée faisait cesser, après un accès de cette espèce, éprouva une vive douleur dans les mollets et eut bientôt un gonflement considérable aux jambes; le lendemain, sueurs abondantes, délire léger, pouls insensible; il mourut dans la journée sans la moindre agitation; la poitrine était en quelque sorte pleine de graisse, le péricarde était rempli de sang, le cœur, aminci, et d'une extrême mollesse, présentait une déchirure de deux pouces de long au ventricule droit.

§ VI. RUPTURE, SUITE DU RAMOLLISSEMENT GÉLATINIFORME, SÉNILE OU ATROPHIQUE.

Selon M. Blaud, le ramollissement gélatiniforme serait exclusivement propre à la vieillesse, et constituerait à ce titre un genre tout à fait à part. Ce médecin a vu quatre fois la maladie qui nous occupe, et toujours chez des vieillards. L'autopsie lui a montré une dégénérescence remarquable dans la texture de l'organe central de la circulation; les fibres de cet organe étaient ramollies, comme infiltrées d'une sérosité gélatineuse, facilement déchirables, friables même sous la pression des doigts. Cette dégénérescence gélatiniforme du cœur, affaiblissement organique sénile, n'est point, suivant M. Blaud, à proprement parler, une véritable affection morbide; elle dépend immédiatement et inévitablement de la nature des fonctions du cœur, et il est peu de vieillards qui ne la présentent à un degré plus ou moins remarquable.

En supposant que cette théorie de la cause prochaine de la maladie paraisse suffisamment claire, il resterait à en rechercher une autre pour expliquer les cas où elle n'est point applicable; ceux, par exemple, de rupture du cœur, suite d'un ramollissement de même nature, chez les jeunes sujets, faits dont la possibilité est incontestable. J'emprunterai à M. Blaud deux des cas qu'il a publiés.

Le 21 mars 1805, à huit heures du matin, M. Cl., âgé de 86 ans, ayant toujours joui d'une assez bonne santé, éprouve la sensation d'une vive douleur, d'une chaleur brûlante, et d'un poids incommode dans la région cordiale; en même temps anxiété inexprimable, oppression, grande faiblesse. On s'empresse autour de lui; on le soutient; tout à coup il pâlit et il expire.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort: habitude du corps décolorée, lèvres d'un violet blanchâtre, cerveau sain, sinus cérébraux vides, poumons crépitants et sains, péricarde distendu par une grande quantité de sang, ventricule gauche du cœur déchiré obliquement, dans sa région antérieure, de dedans en dehors, et de haut en bas dans l'étendue d'environ un pouce. Cette étendue allait en diminuant à mesure que l'on s'approchait de la surface interne du ventricule, où l'ouverture, irrégu-

lière et comme frangée, permettait à peine l'introduction du petit doigt.

Tissu du cœur, et principalement du ventricule gauche, mou, flasque, d'une couleur grisâtre, s'écrasant facilement sous les doigts, converti en une substance particulière gélatiniforme, dans laquelle on distinguait à peine la forme et la direction des fibres musculaires: il n'était point aminci.

Le système vasculaire à sang rouge était vide; le système vasculaire à sang noir, l'oreillette et le ventricule droits ne contenaient qu'un peu de sang noirâtre, demi coagulé; tout le reste de l'organisation était sain.

Si ce cas de rupture du cœur, arrivé chez un sujet plus qu'octogénaire, paraît propre à étayer l'opinion de M. Blaud, qui ne veut voir dans le ramollissement gélatiniforme du cœur qu'un résultat naturel des progrès de l'âge, il n'en est pas de même de l'observation suivante, dont on lui est redevable à lui-même.

M. A..., épiciier, âgé de 58 ans, très-adonné aux plaisirs vénériens, et n'ayant d'autre incommodité qu'une gêne de respiration produite par des polypes muqueux qui, depuis longues années, obstruaient les fosses nasales, éprouva le 20 novembre 1812 une sorte de constriction douloureuse dans la région cordiale, qui se dissipa bientôt et revint à des intervalles irréguliers; boissons adoucissantes.

Dans la nuit du 28 au 29, les douleurs deviennent plus fréquentes et plus vives; elles cessent le matin; le malade se lève, et, quoiqu'il se trouve assez bien, un sentiment intérieur l'avertit de sa fin prochaine, et il la prédit lui-même à tous ses amis. On lui prescrit une potion huileuse opiacée qui provoque quelques vomissements.

Les douleurs cordiales reparaisent, par intervalles, dans la journée; à quatre heures du soir, après avoir pris une cuillerée de la potion prescrite, le malade éprouve une grande anxiété, il fait des efforts violents pour vomir, se lève, se rassied, et expire.

Autopsie, faite 50 heures après la mort: aucune lésion bien remarquable dans l'organe cérébral; poumons crépitants et sains; péricarde rempli de sang noirâtre et en partie coagulé; ventricule droit déchiré vers sa pointe, dans la région intérieure, dans l'étendue d'environ un pouce, et selon la direction de ses fibres; un semblable déchirement à la partie antérieure moyenne et inférieure du ventricule gauche; on remarquait aussi, sur l'un et l'autre ventricule, trois autres déchirements, mais incomplets, c'est-à-dire, ne pénétrant pas dans les cavités de l'organe; deux sur le ventricule gauche et un sur le droit, situés au-dessus et dans le voisinage des premiers, et ayant comme eux une direction parallèle aux fibres musculaires.

Tissu du cœur d'un rouge pâle, d'une épaisseur ordinaire, mais mou, flasque, facilement déchirable. On y distinguait encore la forme et la direction des fibres musculaires qui étaient comme abreuvées d'un fluide séro-gélatineux.

Toutes les cavités du cœur et les gros vaisseaux, vides; tout le reste de l'organisation saine.

L'observation suivante, communiquée à Hodgson

par Langstaff, nous révèle une cause (probablement la plus ordinaire), de ce genre d'altération du tissu du cœur; elle nous permet de découvrir dans une condition anormale des artères, commune chez les vieillards, et qui déterminant chez eux une forme spéciale de gangrène, avait fait donner à celle-ci la dénomination de sénile, le motif qui a fait donner aussi la qualification de sénile au ramollissement du cœur dont nous nous occupons en ce moment.

Une dame de 70 ans, ayant de l'embonpoint, éprouvait depuis six ans une difficulté de respirer accompagnée de tous les symptômes de l'asthme. Au mois d'août 1811, elle eut une attaque apparente d'apoplexie, à laquelle succéda une légère affection paralytique du bras et de la jambe gauches, dont elle ne recouvra jamais entièrement l'usage. La difficulté de respirer augmenta après cette attaque. Elle ressentit une douleur constante sous le sternum; le pouls était petit et intermittent, et la moindre anxiété ou le plus léger exercice amenaient un état de syncope.

Dans la nuit du 24 janvier 1812 elle s'éveilla avec une douleur cruelle à la région du cœur; le pouls était plus plein qu'à l'ordinaire, et la respiration difficile et précipitée. La douleur diminua un peu par une légère saignée du bras. Elle ne put se rendre dormir et resta très-agitée, son pouls tomba, sa figure devint livide, et elle mourut subitement le lendemain, à six heures du soir.

Les poumons étaient parfaitement sains, le péricarde était distendu par environ douze onces d'un sang coagulé très-foncé, qui s'était épanché par une rupture à la partie antérieure du sommet du ventricule gauche. Ce déchirement avait un pouce de long à la surface interne du cœur, et extérieurement n'avait guère qu'un quart de cette étendue. Le cœur avait une grande quantité de graisse molle, et ses fibres musculaires étaient très-remarquables par leur flaccidité et leur atténuation, surtout autour du déchirement du ventricule gauche. Les artères coronaires étaient encroûtées de matière calcaire, et il y en avait une si grande quantité dans celle qui se distribue au côté gauche du cœur, que sa cavité en était complètement oblitérée. La membrane du ventricule était opaque; les valvules semi-lunaires de l'aorte étaient dans leur état naturel, mais une croûte étendue de matière calcaire entourait l'origine des artères coronaires. La membrane interne de l'aorte devenue cartilagineuse était parsemée de points calcaires nombreux, dont quelques-uns se détachaient et s'avançaient dans la cavité du vaisseau. (HODGSON, *Traité des maladies des artères et des veines*; t. 1, p. 45.)

C'est certainement à côté des observations précédentes qu'il faut placer celle qui va suivre, quoique le sujet sur lequel elle a été recueillie ne fût pas un vieillard, et quoique la cause essentielle du mal nous paraisse avoir résidé ailleurs que dans les vaisseaux de l'organe malade.

Le professeur de chirurgie de l'université de Wilna, Nizzkowski, homme âgé d'environ 40 ans, d'une constitution lymphatique, éprouvait fréquemment depuis l'année 1814 et particulièrement le matin, de l'anxiété, des nausées, des vomissements, dont il était surtout tourmenté sous l'influence des

préoccupations pénibles d'esprit et des veilles trop prolongées. A un peu de fréquence près, le pouls était normal. Il ne s'était jamais plaint de palpitations ni de rien qui pût faire supposer l'existence d'une maladie du cœur. Le 31 du mois d'août 1816, il s'était promené avec le professeur Joseph Frank sur les bords de..... Le 5 septembre, à six heures du matin, on vint chercher ce dernier en toute hâte, en lui annonçant que son confrère était mourant. Joseph Frank le trouva le visage défait, dans la plus grande anxiété, n'ayant pas de position, éprouvant une douleur violente sous le sternum, ayant le pouls fréquent, petit et irrégulier. Il conservait d'ailleurs toute sa connaissance et raconta qu'après un sommeil agité il avait été pris de ses vomissements habituels, mais avec plus de violence que de coutume, ce qui l'avait laissé dans une extrême faiblesse. Nonobstant cette débilité, on pratiqua une saignée de 9 onces. Elle fut suivie d'un peu de soulagement. Il était évident néanmoins que le malade était encore en danger de mort. Les médecins ne le quittèrent point. A six heures du soir, les angoisses devenaient plus vives que jamais; le malade sauta du lit, prit une chaise et s'écria, « Ah! je suis bien mal, ma maladie est grave et sera longue. » il avait à peine prononcé ces mots qu'il tomba en syncope, eut quelques mouvements convulsifs de la tête, et expira entre les bras de Joseph Frank. On trouva le péricarde rempli de sang; le ventricule gauche du cœur présentait une déchirure verticale d'un pouce de long. Ce viscère, dans un état normal en apparence, était tellement friable, que, quoiqu'on le maniât avec précaution, il se déchira sous le doigt dans un autre point. Les nerfs vagues, au moment où ils entrent dans la poitrine, étaient l'un et l'autre le siège de tumeurs stéatomateuses. Une autre tumeur de même nature, de la grosseur d'un œuf de poule, occupait le côté droit du cou, et simulait un goître. Joseph Frank regarde ces tumeurs des nerfs comme ayant été la cause des vomissements habituels et du ramollissement du cœur, ramollissement qui mit cet organe hors d'état de résister aux efforts de vomissement. Un caillot de sang formé aussitôt après la rupture mit peut-être obstacle au passage du sang dans le péricarde, et c'est pour cela que le malade survécut pendant plus de 12 heures. (*Prax. méd. præcepta*, part. 2, vol. 2, sect. 2, p. 292.)

A défaut de renseignements descriptifs sur l'état du tissu du cœur dans ce cas, il faut hasarder quelques inductions d'après les circonstances de la maladie, et les lésions trouvées ailleurs que dans le cœur. Eh bien! l'on a de grandes probabilités en faveur de son opinion, si l'on place le ramollissement qui existait dans ce cas dans la catégorie des ramollissements gélatiniformes. Les raisons qui portent à le penser sont que l'origine de cet état morbide remontait indubitablement à une époque trop éloignée pour qu'on puisse le considérer comme un ramollissement aigu; qu'il existait en d'autres endroits du cœur que celui dont la rupture avait causé la mort; qu'il était parvenu, et non dans un point restreint de l'étendue de l'organe, à un degré que le mal ne saurait atteindre par une marche aiguë, car la rupture arriverait plutôt, à cause de la faiblesse inégale des divers points des parois du cœur.

Une raison non moins forte, c'est que, selon toute apparence, le ramollissement du cœur était la suite de l'altération des nerfs, et que des altérations de ce genre amènent dans d'autres viscères un ramollissement gélatiniforme; dans l'estomac, par exemple, dont le ramollissement ainsi dénommé a été reconnu pour dépendre en bien des cas d'une altération des nerfs qui vont s'y distribuer.

Les deux catégories de faits qui viennent d'être examinées ne comprennent que des cas d'altérations chroniques du cœur; les ramollissements dont nous allons parler maintenant sont aigus de leur nature, et paraissent pouvoir se former, dans certains cas, avec une prodigieuse rapidité. Nous aurons plus tard à les comparer aux précédents sous d'autres rapports que celui de leur marche: quant à présent, nous ne voulons qu'en donner une première idée par l'exposé de quelques faits.

§ VII. RUPTURES DU COEUR, SUITE DU RAMOLLISSEMENT APOPLECTIFORME.

Les ruptures du cœur qui succèdent au ramollissement général ou partiel de cet organe, sont de beaucoup les plus communes, et leur proportion à l'égard de toutes les autres est telle, que MM. Bland, Rochoux, et beaucoup d'écrivains anciens, les ont regardées comme seules possibles. Les ruptures consécutives aux ulcérations du cœur ne sont peut-être pas de beaucoup moins fréquentes. Les premières doivent être classées, comme nous l'avons déjà vu, en plusieurs espèces fort distinctes; car le ramollissement qui les précède est bien loin d'être identique dans tous les cas. La première espèce, décrite sous le nom de gangrène du cœur par les écrivains antérieurs à notre siècle, sous celui de ramollissement inflammatoire, par les auteurs plus modernes, et sous la dénomination d'apoplexie du cœur, par M. Cruveilhier, est la plus anciennement connue.

L'un des faits les plus remarquables qu'on en puisse citer est celui qui fut communiqué à l'Académie royale des sciences par M. Portal, en 1770. La multiplicité des ruptures qui s'étaient opérées sans autre cause occasionnelle qu'un accès de colère, le rend infiniment curieux, et nous le rapporterons dans un autre endroit de ce mémoire.

L'observation suivante n'est pas moins remarquable, soit par rapport à la cause immédiate de la mort, soit par l'histoire de la maladie. Je la tire d'une dissertation qu'on ne connaît guère en France, soutenue sous la présidence de Murray en 1785.

Un militaire fort distingué fut pris tout à coup d'une douleur violente, aiguë, oppressive, occupant le milieu de la poitrine, et s'étendant jusqu'au bras; elle cessa subitement après que le malade eut bu un verre d'eau fraîche, reparut le même jour vers midi, mais pour ne durer qu'un instant. Aux approches de la nuit, retour de la douleur; mais beaucoup plus intense, intolérable. Des carminatifs procurèrent quelque soulagement. Les jours suivants nouveaux accès également violents: les douleurs, fixées principalement dans le côté gauche de la poitrine, ne dérangeaient, malgré leur violence, ni la respi-

ration ni le pouls. Les évacuants, les carminatifs, les antispasmodiques, semblaient procurer quelque amendement. Cependant au troisième jour, augmentation de l'oppression, des angoisses; expectoration sanguinolente. L'accélération du pouls et l'oppression déterminèrent à pratiquer la phlébotomie. Le sang coulait avec force, et il en était sorti quatre ou cinq onces, quand tout à coup le malade, qui jusque-là n'avait éprouvé nulle faiblesse, pâlit, tombe en syncope et, après quelques inspirations répétées, rend le dernier soupir. A l'ouverture du cadavre, le péricarde, distendu et de couleur bleuâtre, montra dès l'abord que le cœur était déchiré; lorsqu'on eut ouvert ce sac membraneux, on vit le cœur plongé dans un amas de sang et de sérosité d'environ deux livres. Le ventricule gauche présentait une déchirure de la longueur d'un pouce, entre le sommet du cœur et l'oreillette du même côté. Les bords en étaient inégaux; la substance du cœur, amincie dans le même trajet, était d'une couleur brune foncée, comme si elle eût été auparavant frappée de gangrène. Du reste, nulle autre altération dans le cœur ni dans les poumons. Ni le cœur ni les gros vaisseaux ne présentaient rien qui eût pu mettre obstacle au cours du sang. (PET. GUSTAV. TENGMALM. *Diss. de ruptura cordis, præc.* Adolph. Murray. Upsal 1783, in-4°.)

L'altération de la substance du cœur (*carnea cordis substantia multo tenuior quam solet, et obscuri coloris, veluti gangrena corruptum locum prius occupasset*) ne donne-t-elle pas à ce cas la plus grande analogie avec ceux que M. Cruveilhier désigne sous le nom d'apoplexie du cœur. La cause déterminante de la mort dans ce cas (la saignée) mérite toute l'attention du médecin. Ce n'est point un événement fortuit; et l'observation publiée, il y a peu d'années, dans le *Journal universel des sciences médicales* (t. XXXV), par M. Carrier, observation reproduite un peu plus haut, et dans laquelle on voit aussi une rupture du cœur déterminée par la même opération, suffit bien, avec celle-ci, pour éveiller la prudence du praticien, et faire naître des réflexions sérieuses sur la convenance de ce moyen dans les cas où l'on croirait avoir à redouter un pareil accident.

Corvisart rapporte un cas de rupture de l'espèce de celles dont il est ici question. On en trouve encore plusieurs autres dans une thèse intéressante soutenue à la Faculté de Paris, qui porte pour titre: *Des ruptures du cœur et principalement de celles produites par le ramollissement de son tissu*, par Louis Rochoux. M. Cruveilhier en a publié un cas fort remarquable (*Anat. pathol.*, 4<sup>e</sup> livraison).

A en juger par les indications bibliographiques qu'on trouve dans divers recueils, on devrait penser que les ruptures du cœur causées par la gangrène de cet organe ne sont pas un phénomène rare; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que ceux qui ont cité ces observations n'en ont connu que le titre. Il suffit, en effet, de jeter les yeux dessus pour reconnaître que ces prétendus cas de gangrène ne sont autre chose que de simples ramollissements avec coloration plus ou moins brune ou livide. Sur près de vingt faits ainsi désignés que j'ai lus attentivement, je

n'en ai pas trouvé un seul qui fit exception à cette remarque, et la longue liste que j'en avais relevée s'est effacée tout entière sous mes retranchements successifs, à l'exception d'un seul cas, sur lequel je conserve des doutes, parce qu'il ne m'est connu que par un extrait trop court pour bien caractériser l'altération qui précéda et amena la rupture du cœur. Ce fait a été publié par Akermann dans les mémoires de la Société des médecins de Suède (*Svenska Läkare-Sällskapet, Handlingar.* 1818. T. V.), et j'y renvoie ceux qui pourront se procurer cette rare collection.

J'étais dans cette incertitude en 1852, à l'époque où j'écrivais ce mémoire; aujourd'hui que je connais cette observation, je vois qu'elle ne fait point exception au jugement que j'ai porté sur tous les cas de rupture du cœur qu'on attribue à la gangrène du tissu de cet organe, elle ne présente qu'un exemple de plus de la rupture par ramollissement, et je la rapporte à ce titre dans la section présente de mon travail.

Akermann avait vu la veille, dans un état apparent de bonne santé, le gentilhomme qui fait le sujet de cette observation. Le lendemain matin on vient lui annoncer qu'il était mort subitement. On lui rapporta que quatorze jours auparavant, au milieu d'un voyage, ce personnage avait été pris tout à coup d'une douleur violente dans le milieu de la poitrine et au cœur, d'un sentiment d'oppression et d'angoisse, qui l'avaient obligé d'interrompre son voyage pendant trois jours; qu'au bout de ce temps il s'était trouvé parfaitement bien, et qu'il n'avait plus rien ressenti depuis.

À l'autopsie, on trouva le péricarde distendu, d'un bleu verdâtre, et il s'en écoula, quand on l'ouvrit, environ un quart de *quarte* de sérosité sanguinolente. Le cœur était enveloppé de caillots de sang, pouvant peser ensemble trois quarts de livre; il s'y trouva mêlé environ une *quarte* de sang. Le cœur était aminci et ramolli, surtout à la partie postérieure du ventricule gauche, où la paroi externe de cette cavité n'avait pas le quart de son épaisseur naturelle; en cet endroit, près du bord inférieur de l'oreillette gauche, existait un trou à loger un pois par où s'était échappé le sang qui avait rempli le péricarde. Les cavités droites du cœur étaient pâles, vides de sang, et comme si ce liquide en eût été exprimé. Quant aux cavités gauches, leur tissu présentait l'aspect d'une inflammation qui passe à la gangrène. Près de la rupture indiquée plus haut, il y avait une surface ovale ulcérée ou érodée de trois pouces de long et d'un pouce et demi de large.

Je terminerai par le cas suivant l'histoire des ruptures du cœur causées par le ramollissement de son tissu.

Un soldat avait été atteint d'une pneumonie un mois avant son entrée dans l'institut clinique (de Königsberg). Cette maladie n'avait pas été convenablement traitée; aussi la guérison était-elle incomplète, et il se manifesta de nouveau des accidents, parmi lesquels des accès d'oppression avec exacerbation vers le soir, une toux fréquente, des crachats sanguinolents, etc. Le 5 juin, le malade fut très-agité, délira beaucoup pendant toute la nuit. Le 4, il se lève brusquement, s'enfuit et tombe bientôt

privé de vie. À l'ouverture du cadavre, on trouva le poumon gauche hépatisé, adhérent complètement au péricarde qui était très-volumineux, ainsi qu'aux côtes, et recouvert d'un épanchement sanguin. Le cœur ne pouvait être distingué du péricarde, tant l'adhérence entre eux était intime. Le ventricule droit énormément dilaté, aminci, brun et friable, était rompu, les vaisseaux sanguins n'offrirent rien qui fût contre nature, non plus que les viscères abdominaux, si ce n'est une rate et un foie beaucoup plus volumineux que de coutume. (REMER dans Hufeland, *Journal der pract. Heilkunde.* 1814, janvier.)

§ VIII. RUPTURES DU COEUR, SUITE D'ANÉVRYSMES VRAIS DE CET ORGANE.

Nous avons vu déjà des ruptures du cœur par des causes assez diverses, plus diverses même qu'il n'est nécessaire pour démontrer l'erreur de ceux qui veulent voir dans ces ruptures un phénomène toujours identique, et qui croient pouvoir dresser leurs statistiques sur les variétés de cet accident en n'y distinguant que de simples nuances et englobant tous les cas dans une seule catégorie. Cependant nous n'avons point encore tout vu en fait de différences fondamentales des ruptures du cœur; il nous reste à examiner des cas qui diffèrent presque en tout point de ceux que nous avons exposés jusqu'ici; et tels sont, par exemple, ceux de rupture du cœur s'opérant sur un de ces anévrysmes partiels qui n'ont été étudiés que dans ces dernières années, et qu'on a désignés sous le nom d'anévrysmes vrais ou sacculiformes. En voici quelques exemples:

Un homme qui avait joui, durant tout le temps qu'il mena une vie active, de la meilleure santé, la vit s'éloigner en adoptant la vie sédentaire. Il éprouva des dérangements d'estomac, qui devinrent graves en se répétant, mais qui le laissèrent vivre néanmoins pendant trente années. Dans les derniers temps de sa vie, il fut pris d'une douleur fort incommode vers l'extrémité inférieure du sternum, autour du creux de l'estomac, qui s'étendit bientôt par toute la poitrine, se calma pendant quelques jours, puis revint et fit périr le malade subitement. Le péricarde, d'un volume énorme, occupant le tiers de la cavité thoracique, fut ouvert; il s'en écoula beaucoup de sérosité, et il resta dans son intérieur environ deux livres de sang épais et en caillots. Le cœur était sain dans la plus grande partie de son étendue; mais on voyait à la face extérieure du ventricule gauche une protubérance peu élevée sur laquelle existait une déchirure de deux lignes de long tout au plus, par laquelle une sonde pénétrait librement dans la cavité du ventricule. La partie du pancréas que traverse le conduit cholédoque était volumineuse, indurée, et creusée d'une vaste cavité dans laquelle existaient une vingtaine de calculs. (GALEATI, in *De Bononiensi scientiarum et artium instituto atque academia commentarii.* T. IV, p. 26-53.)

Etienne Bacalaro, de Padoue, homme maigre, très-coloré, était, suivant le témoignage de ses domestiques, grand mangeur et buveur. Il avait éprouvé, à