

Nouvelle pissette; par A. LEVOL.

Je me sers pour laver les filtres d'une pissette fort simple qui me paraît avoir quelques avantages sur celles que l'on emploie ordinairement, et que par cette raison je vais décrire. Elle se compose d'un petit tube droit, rétréci à son extrémité supérieure, l'autre étant engagée dans le bouchon du flacon où se trouve l'eau, à la manière ordinaire; mais j'y

ajoute un tube courbé en siphon, dont l'une des branches plonge jusqu'au fond du flacon, et l'autre reste dehors. Il est évident qu'alors l'appareil étant renversé, l'écoulement aura lieu suivant la hauteur de la colonne d'eau, sous la pression atmosphérique, et pourra être accéléré si l'on souffle par la branche extérieure du siphon. Ce petit appareil, qui permet aussi d'employer l'eau chaude, a été récemment recommandé dans les leçons de l'École des Mines.

ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION DES MEILLEURS ARTICLES

PUBLIÉS

DANS LES OUVRAGES PÉRIODIQUES

DE L'ALLEMAGNE, DE L'ANGLETERRE ET DE L'ITALIE;

SAVOIR :

- Medico-chirurgical Review, by James Johnson ;
- Medical quarterly review ;
- Dublin journal ;
- London medical Gazette ;
- London medical and surgical journal ;
- The Lancet ;
- Edinburgh medical and surgical journal ;
- Medico-chirurgical Transactions ;
- Berliner medicinische central Zeitung ;
- Hufeland's journal der practischen heilkunde, continué par E. Osann ;
- Wissenschaftliche Annalen der heilkunde, von Hecker ;
- Preussische medicinische Zeitung ;
- Heidelberger medicinische Annalen ;
- Wuerttemberg'sches medicinisches correspondenz-Blatt ;
- Mueller's archiv fuer anatomie, physiologie, etc. ;
- Zeitschrift fuer geburtskunde ;
- Casper's wochenschrift ;
- Nederlandsch Lancet ;
- Annali universali di medicina compilati del signor dottore Annibale Omodei.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1839.

BIBLIOTHECA

ENCYCLOGRAPHIE

DES SCIENCES MÉDICALES.

JOURNAUX ANGLAIS.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

De la prédominance comparative des maladies dans lesquelles il y a formation de calculs ; par M. COPLAND HUTCHINSON.

Nos lecteurs n'ignorent probablement pas que M. Copland Hutchinson s'est efforcé d'établir deux faits statistiques qui ne sont ni sans intérêt, ni sans importance : le premier, que les calculs sont comparativement rares chez les marins ; le second, qu'ils sont comparativement fréquents chez les Écossais.

Quant au premier fait, M. Hutchinson a rencontré une forte opposition ; voici comment il la combat :

« Pour combattre mes opinions, on a dit que, si en effet les calculs sont rares chez les marins (ce qui a été prouvé à tel point qu'on pourrait sans exagération les dire à l'abri de cette maladie), c'est que cette classe d'individus embrasse cette profession à l'âge où l'on suppose que la diathèse calculeuse est passée, et non, comme je prétends l'avoir établi, par un privilège que leur donne le genre de vie qu'ils ont adopté.

« Ceux qui se prononcent ainsi auraient dû se rappeler ce que j'ai fait observer ailleurs, savoir : que des enfants de neuf et dix ans étaient admis comme *midskipmen* (aspirants de marine) ou comme mous-sés ; et il serait facile de leur prouver, d'après des données incontestables, que plus des deux tiers des opérations de la pierre se font sur des personnes qui ont passé l'âge de 14 ans. »

Depuis que M. Hutchinson a écrit sur les calculs, le docteur Henry Lee lui a indiqué un passage tiré d'Arétée qui semble venir à l'appui de ses idées. En parlant de la guérison des calculs Arétée dit :

TOME III. 5^e s.

« Un régime doux, des frictions d'huile, un voyage en mer, passer sa vie en mer, ce sont là autant de remèdes contre les affections des reins. »

M. Hutchinson ajoute : « Je me suis adressé à sir William Burnett, médecin général de la marine militaire, pour obtenir le nombre des cas de pierre et de gravelle traités dans les hôpitaux de la marine en Angleterre ; dans ses colonies, depuis le mois d'avril 1850 jusqu'à ce jour, il ne s'en était trouvé qu'un atteint de calcul rénal à l'hôpital de l'île de Malte en 1855. Le malade est gardien des vivres dans un *Sloop* de guerre. Il y fut guéri.

« La moyenne du contingent de la marine voté annuellement par le parlement, depuis 1850, jusqu'à ce jour, y compris 2,000 enfants est de 50,000. »

Telles sont les preuves que cite M. Hutchinson dans son article pour réfuter les objections de ses adversaires. Pour nous, nous voudrions seulement, dans l'intérêt de M. Hutchinson même, qu'il n'oublât pas, en établissant ses chiffres, que tout bien considéré les calculs sont des maladies de l'enfance et de la vieillesse ; qu'un enfant délicat n'affronte pas les tempêtes ; qu'on choisit pour cela les hommes robustes et téméraires ; et que le vieux matelot a renoncé à la marine à l'âge où les calculs peuvent se former en lui. Nous ne prétendons pas que ces considérations expliquent le privilège qu'ont la plus grande partie des matelots d'être exempts de calculs, privilège que leur conteste M. Hutchinson, nous pensons seulement qu'elles méritent quelque attention. (N^o de janvier 1859).

De la nécrose ; recherches et expériences sur l'efficacité attribuée aux absorbants pour faire disparaître le séquestre ; par GEORGE GULLIVER.

Le but que s'est proposé M. Gulliver a été de déterminer par des expériences faites sur des chiens et des lapins, d'abord ce que devient l'os mort dans la nécrose, et en second lieu par quels moyens il est remplacé. Le présent article porte exclusivement sur

l'examen de la première question, savoir : si un os mort peut être absorbé.

« Pendant que j'étais occupé à faire le catalogue du cabinet d'anatomie du service de santé de l'armée à Chatham, en 1829, je fus amené, par l'examen d'un grand nombre de spécimens de nécroses qui font partie de cette collection, à soupçonner que l'absorption de l'os mort regardée comme un fait incontestable et enseignée dans toutes les écoles de médecine repose cependant sur une erreur. Une plus grande attention donnée à ce sujet m'a confirmé dans mon opinion. Autant que j'ai pu en juger d'après mes propres observations, il ne paraissait pas nécessaire d'attribuer à l'action des absorbants la forme et l'apparence de l'os mort, quand celui-ci avait cessé de faire partie du corps vivant; elles étaient susceptibles d'être expliquées différemment, et un très-grand nombre de cas présentaient des phénomènes tout à fait en contradiction avec l'opinion reçue. »

M. Gulliver fait observer que les faits sur lesquels on s'appuie pour prouver l'absorption de l'os mort, sont : la disparition graduelle du séquestre dans plusieurs cas de nécrose; l'irrégularité et l'érosion de la portion morte; le contact des granulations avec les dentelures à sa surface; l'absorption de la racine d'une dent transplantée; on s'appuie aussi, dit-il (d'après l'autorité de M. Abernethy ou de sir William Blizard), sur ce que les portions d'un os mort perdent de leur poids quand on les met en contact avec les granulations d'un ulcère.

I. — M. Gulliver, dans une note, fait la remarque suivante :

« Dans l'édition des ouvrages de John Hunter de M. Palmer, on lit la note suivante : « On a observé que des portions d'os mort étaient souvent entièrement absorbées dans les cas de nécrose; et M. Thomas Blizard se livrant à des expériences a trouvé la surface des disques d'os qu'il avait appliqués sur des ulcères, rongée en partie ou détruite précisément comme dans les caries ordinaires. » (Vol. I, p. 233.) Le résultat de mes expériences m'autorise à croire qu'il doit y avoir quelque erreur dans ce fait. »

L'auteur rappelle ensuite l'opinion du docteur Doog : qu'un os mort soumis à l'action combinée de l'air, de la chaleur et de la moiteur doit perdre de son poids par la décomposition de sa partie animale, surtout si l'os mort est longtemps renfermé.

II. — En opposition au prétendu fait de l'absorption d'un os mort, M. Gulliver insiste sur ce que Wiedeman, F. Ribes, Jules Cloquet ont chacun observé des cas où l'os était incarcéré depuis des années, sans diminution apparente, dans un nouveau cylindre osseux, de la surface interne duquel était secrétée plus ou moins de matière purulente. M. Liston parle aussi d'esquilles dans des circonstances semblables dont la forme fut très-longtemps à s'altérer; dans quelques cas, dit-il, l'amputation du membre devint nécessaire par suite de l'irritation causée par une portion d'os si petite qu'il est inconcevable qu'elle ait pu résister à l'absorption, s'il est vrai que la nature emploie le moyen de l'absorption pour faire disparaître un os mort. M. Syme mentionne plusieurs cas semblables.

Qu'il nous soit permis de faire observer qu'un

certain nombre de preuves négatives ne détruisent pas un fait, et personne ne conteste qu'un séquestre est toujours absorbé. M. Gulliver continue :

« Mais si le séquestre n'est pas absorbé, que devient-il? C'est ici le lieu de faire remarquer que le nom de nécrose a été faussement appliqué dans bien des cas. Sous ce titre, on expose dans les cabinets d'anatomie une classe de spécimens qui me semblent admettre une explication toute différente de celle qu'on donne ordinairement. Ces spécimens se composent pour la plupart des tiges des os longs prodigieusement épaissies et présentant plusieurs perforations irrégulières pour la transmission des vaisseaux sanguins, ou des cloaques conduisant à la cavité des abcès. Quelquefois ils sont si contournés et si difformes, qu'on croirait qu'on les a amollis et qu'on leur a donné leur forme nouvelle par une force mécanique. Quelquefois on trouve au centre de pareils os une petite portion morte et détachée; mais le plus souvent la colonne est simplement très-épaissie dans toute son étendue. Dans le premier cas, on dit qu'il y a eu commencement d'absorption; dans le second on prétend que l'absorption est achevée. Il est bien plus probable que dans les deux cas il y a simplement eu pendant longtemps inflammation de l'os; seulement dans le premier, un petit fragment central s'est détaché, est mort et n'a plus subi de changement, et le second n'a jamais été un cas de nécrose. »

Le dépôt d'un nouveau cylindre osseux autour du vieil os n'est pas une preuve absolue de la mort de cet os; c'est ce que mes expériences m'ont donné lieu de constater souvent. Un fait qui n'a point échappé à M. Russell et au docteur Macartney, c'est que la nature se montre souvent prévoyante en formant une nouvelle écaïlle osseuse, ou en élargissant une partie de la vieille tige avant que la nécrose n'ait lieu. On voit au cabinet d'anatomie de l'hôpital Saint-Barthélemy, le tibia d'un chien recouvert d'une écaïlle de nouvel os et détachée en partie; mais l'injection a assez bien pénétré le vieil os (1). Dans de pareils cas, la partie de l'os qui a le plus souffert de l'inflammation peut se ronger partiellement et se remplacer insensiblement par l'absorption si elle conserve sa vitalité assez longtemps pour que le dépôt d'une nouvelle matière osseuse supplée à la perte de l'os. Dans ce phénomène, il n'y a jamais mort de l'os et c'est probablement cette espèce d'absorption que l'on qualifie improprement d'absorption d'os mort; car lorsqu'un morceau d'os vraiment mort est renfermé dans un nouveau cylindre osseux, c'est ce qu'on peut avec raison appeler un mauvais cas de nécrose que le malade emportera avec lui dans la tombe, à moins qu'on ne le délivre du séquestre autrement que par l'absorption.

L'aspect de la surface de plusieurs séquestres qui paraît rongée par les vers, peut s'expliquer de deux manières. Les exemples les plus nombreux de ce genre sont ceux auxquels donne lieu la nécrose de la couche interne des tiges des os longs avec épaississement des parties externes, forme de maladie bien connue de Bordenave, de Haller, de Collison et de Tenon, et expliquée plus amplement depuis eux par Brun, Brugnoni, Penchianati, le docteur Knox, M. Syme et autres. Dans de pareils cas, on conçoit que la mort et la séparation d'une portion irrégulière de l'os produisent une surface également irrégulière; on ne peut prétendre qu'une portion d'os prenne une forme déterminée pour mourir : les eschares de tissu mou sont aussi de toutes les formes; or, quand la couche externe d'un cylindre entier d'os nécrosé présente des érosions à sa surface, il paraît plus rationnel de les attribuer à l'effet de l'ulcère quand la portion d'os conservait sa vitalité, que de les attribuer à l'action des absorbants après la mort de l'os.

Il est encore plus difficile de tirer des conclusions certaines de l'aspect et de la situation des granulations. On les voit sur la surface interne extrêmement vasculaires et correspondant exactement aux dentelures d'une couche superficielle d'os mort en voie d'exfoliation, cas dans lequel on n'a pas souvent supposé que la portion morte est diminuée par absorption; car l'action des absorbants se borne à la surface de l'os vivant en contact immédiat avec celui qui est sur le point de se séparer. Le tissu vasculaire ajusté aux excavations superficielles de la surface du séquestre, est, dans quelques cas, ce qu'on peut attendre de l'exfoliation et, dans d'autres, de l'extension de l'os dans les espaces vacants.

III. — M. Gulliver semble ignorer que l'absorption de la racine d'une dent transplantée est un fait bien authentique; mais, s'il en est ainsi, dit-il, cela semblerait indiquer que la dent, ayant conservé sa vitalité, devient une partie du corps vivant auquel on l'attache et par conséquent se soumet à ses lois.

Tels sont les raisonnements de M. Gulliver. On reconnaît de suite qu'ils sont exposés avec franchise et avec force, qu'ils expliquent plusieurs cas d'absorption supposée d'os mort, et qu'ils tendent à jeter des doutes sur la doctrine qui admet l'absorption sans restriction. Cependant ils ne nous paraissent pas être assez frappants ni assez concluants pour nous faire nier l'existence de l'absorption.

Citons maintenant les expériences de M. Gulliver. Elles sont au nombre de 19. Nous choisirons celles qui tendent à prouver quelque point principal.

1^{re} Expérience. — Une portion fort mince du corps du tibia d'un homme fut tenue pendant 17 jours en contact avec un grand ulcère parsemé de granulations, à la jambe d'un homme. L'os ayant été retiré, séché et pesé, on trouva qu'il n'avait subi aucun changement ni dans sa pesanteur ni dans son aspect.

Dans les trois expériences qui suivent, il est question d'une portion de l'os d'un homme que l'on introduisit dans un séton à la nuque. La 4^e expérience peut être considérée comme le résumé de toutes.

4^e Expérience. — Une section du corps de l'humérus d'un homme, pesant 10,7 grains, et comprenant toute l'épaisseur de cet os, fut introduite dans un séton à la nuque et y demeura 65 jours. D'abord la suppuration fut rare, mais dans les cinq dernières semaines elle devint abondante. Lorsqu'on retira l'os il n'avait subi aucune altération,

mais il avait augmenté précisément d'un dixième de grain en pesanteur, sans doute parce qu'en le séchant on n'avait pas enlevé toute la matière albumineuse.

Dans les quatre expériences qui suivent, il est question d'un fragment d'os que l'on introduisit dans le gras de la jambe d'un chien. Les 6^e et 8^e expériences en sont le résumé.

6^e Expérience. — Une portion du corps de l'os de la cuisse d'un chien pesant 7,8 grains fut introduite profondément entre les muscles et le périoste de la jambe d'un autre chien et y fut maintenue pendant deux mois. La suppuration fut bientôt établie et continua jusqu'à ce que l'on tua l'animal. L'os n'était nullement changé. La cavité dans laquelle il avait été renfermé était très-vasculaire, et très-rouge par l'injection de pus et de sang vermeil.

8^e Expérience. — Une mince portion du corps de l'humérus d'un homme fut placée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe d'un chien et y fut laissée pendant quatre mois. La blessure se cicatrisa bientôt et resta saine jusqu'au jour où l'on tua l'animal. L'os n'avait subi aucun changement; il était légèrement adhérent à la substance cellulaire, et quand on le retira les filaments de cette substance s'étendirent.

Les onze expériences qui suivent, font voir des portions d'os d'homme ou d'animaux introduites dans le canal médullaire du tibia de lapins et maintenues dans cette place pendant plus ou moins longtemps. Les principales expériences sont :

11^e Expérience. — Une portion du corps du tibia d'un lapin pesant 2,1 grains fut mise dans le canal médullaire du tibia d'un autre lapin; elle y demeura trente-quatre jours.

On reconnut que l'os étranger n'avait souffert aucun changement. Il était entouré de lymphes très-vasculaires et il y avait un grand kyste, contenant une matière blanche, concrète et purulente, qui n'avait pas encore crevé et qui communiquait avec la cavité du tibia. (E. P. B. 55 et 56 au cabinet d'anatomie du service général de santé de l'armée.)

12^e Expérience. — Un morceau du corps du tibia d'un lapin, pesant 1,3 grains, et un petit morceau de l'extrémité spongieuse du même os pesant un grain, furent laissés pendant 25 jours dans la cavité médullaire du tibia d'un autre lapin. On avait marqué au crayon de mine de plomb le poids de ces os sur les os mêmes.

Lorsqu'on les retira on trouva que le premier os n'avait pas changé et que le second était augmenté en pesanteur d'un dixième de grain, sans doute par de la matière qui n'avait pas été enlevée entièrement en le séchant. Les marques au crayon n'étaient pas effacées.

Le membre était dans un grand état d'inflammation. Du pus et de la lymphes vasculaires entouraient les portions d'os étrangères. (E. P. B. 48 et 49 au cabinet d'anatomie du service général de santé de l'armée.)

13^e Expérience. — Un morceau du corps du tibia d'un lapin, pesant 2,2 grains, fut introduit dans le tube du tibia d'un autre lapin. Il y demeura 7 semaines. La blessure s'était cicatrisée en quelques jours.

14^e Expérience. — Un morceau du corps du tibia d'un lapin, pesant 2,2 grains, fut introduit dans le tube du tibia d'un autre lapin. Il y demeura 7 semaines. La blessure s'était cicatrisée en quelques jours.

15^e Expérience. — Un morceau du corps du tibia d'un lapin, pesant 2,2 grains, fut introduit dans le tube du tibia d'un autre lapin. Il y demeura 7 semaines. La blessure s'était cicatrisée en quelques jours.

L'os introduit pesait 2,57 grains et il était bien enfermé dans le canal médullaire. L'augmentation du poids fut expliquée par deux taches bien marquées d'une nouvelle matière osseuse déposée à sa surface. Ces dépôts furent enlevés et analysés par le docteur Davy qui reconnut que leur composition était celle de l'os véritable. (E. P. B. 57 et 58 au cabinet d'anatomie du service général de santé de l'armée.)

19^e *Expérience.*—Une esquille d'os d'un homme fut introduite dans le canal médullaire du tibia d'un lapin. L'animal, aussitôt l'opération, devint gai et bien portant. On le garda dans la maison comme jouet pendant plus de 15 mois, au bout desquels il mourut. L'os enfermé n'avait subi aucun changement. On le sépara du tibia, lequel était épaissi. (C. 58. Collection de M. Liston.)

Ces expériences sont certainement intéressantes et sont bien faites pour autoriser le septicisme quant à l'absorption des os morts. M. Gulliver fait remarquer et avec assez de franchise que :

« Indépendamment de ces expériences, il en a fait un grand nombre, et toutes tendent à la même conclusion. Elles ne sont ni assez variées ni assez étendues pour être présentées comme des preuves péremptives de l'impossibilité de l'absorption des os morts, en opposition au pouvoir qu'ont incontestablement les absorbants de détruire sur un corps vivant des particules inorganiques; mais j'espère, ajoute-t-il, avoir bien établi qu'un os mort est, on ne peut plus difficilement soumis à l'absorption, et que quel que soit le pouvoir de l'absorption sur des parties vivantes, on ne peut la regarder comme le moyen qui fait disparaître le séquestre dans des cas de nécrose. »

M. Gulliver appelle l'attention sur le dépôt d'un nouvel os sur un vieil os, ainsi que sur leur adhésion ou consolidation.

« Un fait qui me paraît très-intéressant est celui-ci, qu'un tissu mort depuis longtemps ait le pouvoir de retirer du sang et d'attirer à lui des particules qui lui ressemblent. Pour compléter l'assimilation nous n'avons qu'à supposer que la matière morte est poreuse et que les nouvelles particules sont attirées à travers ses interstices. »

Si nos idées sur la connexion des parties vivantes et des parties mortes ne sont pas erronées, nous devons supposer que l'os enfermé fait acte de vitalité pour que le nouvel os y adhère, car si une pareille adhésion à l'os mort peut avoir lieu, pourquoi n'y aurait-il pas absorption? L'absorption paraît impliquer moins de force vitale, moins d'exercice; car les parties absorbées peuvent être passives de même que les aliments introduits dans le système.

(N^o de janvier 1859.)

De l'anévrysme du cœur; par JOHN THURNAM.

La dilatation partielle, ou l'anévrysme du cœur fixa à peine l'attention jusqu'en 1827; mais à cette époque plusieurs cas de cette maladie s'étant présentés à Paris presque simultanément, fournirent à M. Breschet le sujet d'un mémoire important. Ce

mémoire renfermait l'histoire de dix cas d'anévrysme, et les déductions qu'il paraissait raisonnable d'en tirer. Mais depuis, on a étudié d'autres cas et l'on en a tiré des conclusions plus exactes. Le but de M. Thurnam est de présenter un récit succinct de ce que tous les faits connus peuvent nous enseigner.

« Ce qui attira, dit-il, pour la première fois mon attention sur cette maladie, ce fut un cas qui se présenta à l'hôpital de Westminster, le premier que je rapporterai dans cet article. Depuis que j'ai visité les différents cabinets d'anatomie de cette capitale (Londres) ainsi que ceux de Fort Pitt et de Chatham, et j'ai eu ainsi l'occasion d'examiner au moins 25 spécimens de la lésion en question dans ses diverses phases, je me suis assuré que le plus grand nombre n'ont pas été publiés et que les autres n'ont été décrits que très-imparfaitement. J'ai pris note des apparences de la maladie dans tous ces cas, et je me suis procuré autant de renseignements que possible quant à la partie historique. Plusieurs fois j'ai été assez heureux pour me procurer l'histoire complète des cas. J'ai réussi de cette manière à me procurer treize nouveaux cas, dont huit avec tous leurs détails. Il y a trop de lacunes dans les détails des sept autres pour le but que je me propose; mais j'en ai tiré parti en les réunissant à des cas déjà décrits dans un appendice qui contient le sommaire de tous les cas connus de cette affection. Les matériaux ainsi réunis, forment le total énorme de 84 cas, dont 58 dans le ventricule gauche. Je dois croire que d'après un pareil nombre de faits, on pourra faire un historique de cette maladie plus complet qu'aucun de ceux que nous possédons jusqu'ici.

Les anévrysmes du cœur, quoique plus fréquents dans le ventricule gauche, se présentent aussi dans l'oreillette droite et, en quelques occasions fort rares, dans les valvules mêmes du cœur. M. Thurnam traite de l'anévrysme dans ces trois parties.

A. Anévrysmes des ventricules.

Dans l'état actuel de la science, le ventricule droit passe pour être tout à fait exempt d'anévrysme; il n'en est pas d'exemple connu. Mettant de côté les explications hypothétiques que l'on a voulu donner de ce fait et les remarques de M. Thurnam sur le cœur droit et le cœur gauche, nous dirons quel sens il attache au mot anévrysme afin qu'on ne puisse se former aucune idée fautive de ce qu'il veut dire. Il comprend par anévrysme : *La dilatation anormale d'une portion du système vasculaire par du sang rouge, soit dépendante d'un changement morbide dans les tissus formant les parois de la partie dilatée, soit nécessairement liée à ce changement.*

Cette définition, comme on le voit, exclut non-seulement toutes les formes de dilatation des cavités droites du cœur et de l'artère pulmonaire, mais aussi toute dilatation générale des cavités gauches du cœur, dont diverses formes, combinées ou non combinées avec l'hypertrophie sont généralement connues depuis Baillie et Lancisi sous le nom d'anévrysmes. M. Thurnam indique des objections à ce

que le nom d'anévrysme soit appliqué aux dilatactions générales de la cavité cardiaque avec ou sans hypertrophie. Un nom appliqué trop généralement ne produit qu'embarras et confusion.

a. *Anévrysme du ventricule gauche.* M. Thurnam rapporte avec plus ou moins de circonstances les particularités de sept cas et renvoie à cinquante et un autres de l'appendice. Ces détails sont trop longs pour un journal et nous nous voyons forcés de renvoyer nos lecteurs à la brochure même de M. Thurnam s'ils désirent les connaître. Nous reproduirons tous les points principaux et nous donnerons les grandes classifications. Nous résumerons toutes les fois que ce sera possible l'analyse de M. Thurnam, mais son article a un caractère statistique qui en rend l'abrégé presque impossible.

L'anévrysme latéral du ventricule gauche, dit-il, se voit sous deux formes principales. Quelquefois il n'est accompagné d'aucune difformité externe du cœur et n'attaque que les parois ventriculaires; quelquefois il se présente sous la forme d'une tumeur ressortant de l'extérieur de l'organe et variant en volume depuis celui d'une noix seulement jusqu'à celui du cœur même. Les cinquante-huit cas présentèrent soixante-sept anévrysmes. Trente-cinq furent accompagnés d'une tumeur; il n'y en eut aucune dans dix-neuf; et les treize autres laissèrent des doutes à cet égard, quoique à en juger par le peu de volume des sacs, il est probable que la maladie dans ces derniers s'étendait à peine au delà de la surface du ventricule. Il n'est pas douteux qu'au moins dans les premières phases, cette lésion ne soit assez fréquente; et observons en passant que c'est dans ces premières phases, que l'examen anatomique peut jeter quelque lumière sur le mode de sa formation.

b. Le volume du sac varie depuis celui d'une noix seulement jusqu'à celui du cœur même. Dans l'un des cas, il s'était presque projeté à l'extérieur. Quand la maladie dure depuis assez longtemps et que le sac a atteint un certain volume, il s'ouvre ordinairement dans le ventricule par un orifice dont le diamètre relativement au sac même, est très-étroit et dont les lèvres, comme celles des vieux anévrysmes artériels sont en général longues, bien formées et d'un tissu épais et fibreux.

c. « Quant aux tissus du cœur servant à former le sac anévrysmal, nous dirons qu'une analyse consciencieuse des cas en question a semblé démontrer que dans quinze de ces cas les sacs étaient formés par les fibres musculaires et le péricarde; dans quatre, par l'endocarde et le péricarde seulement; dans vingt-cinq, par tous les tissus qui entrent dans la composition des parois du cœur; tandis que dans vingt-trois cas, la maladie était trop avancée ou offrait des données trop insuffisantes pour qu'il nous fût possible de nous prononcer. Dans plusieurs cas, les sacs anévrysmaux avaient subi des changements et des métamorphoses de différentes espèces; ainsi dans deux cas leur tissu était devenu stéatomateux; cartilagineux dans trois, et cet état cartilagineux se combinait dans six autres avec une dégénération calcaire ou osseuse plus ou moins avancée. »

d. Dans vingt et un cas, et probablement dans un plus grand nombre encore, le sac s'était raffermi en

adhérant à la membrane séreuse ou à la membrane fibreuse du péricarde, et dans tous ces cas la maladie était avancée au point d'avoir donné lieu à la naissance d'une tumeur à la surface externe du cœur. On pourrait confondre une très-petite tumeur avec une adhésion. Dans quelques cas, il n'y avait qu'opacité et épaississement ou de fausses membranes velues sur la surface du sac.

e. « Dans six cas où aucune adhésion n'avait eu lieu entre les portions anévrysmales du cœur et le péricarde et où l'anévrysme se projetait à peine, si l'on peut dire qu'il se projetait, au delà de la surface du ventricule, il était survenu une rupture qui avait amené une extravasation nouvelle du sang dans le péricarde. Il n'est arrivé que dans un cas rapporté par Astley Cooper qu'il y ait eu rupture, quand il y avait l'adhésion dont nous avons déjà parlé, et dans ce cas la plèvre gauche fut le siège de l'hémorrhagie. Dans un autre cas, le centre tendineux du diaphragme était adhérent à la plus grande partie du sac, lequel était très-grand, et avait une petite poche supplémentaire dont les parois étaient très-minces, laquelle était en quelque sorte greffée sur le sac; et une rupture dans cette petite poche eût amené une extravasation sanguine dans le péricarde. »

f. Dans vingt-trois cas, les sacs, et principalement ceux qui étaient très-grands et dont l'orifice était très-resserré, contenaient une plus ou moins grande quantité de coagulum lamineux. Dix-sept sacs qui paraissent dater d'une époque moins éloignée ou qui étaient situés plus directement dans le canal du sang, contenaient un simple coagulum amorphe; dix-neuf paraissent avoir été trouvés vides après la mort; un contenait un coagulum globulaire creux; deux contenaient un coagulum simple, mais ancien et fibreux.

g. Aucune partie du ventricule n'est exempte d'anévrysme, mais la pointe en est le siège le plus fréquent. Ainsi les soixante-sept anévrysmes qui se présentèrent, à l'exception d'un seul dans lequel on ne fait pas mention du siège de l'anévrysme, peuvent être distribués ainsi qu'il suit : A la pointe ou près de la pointe du ventricule, vingt-sept; dans divers points de la base, vingt et un; dans les parties intermédiaires des parois latérales, quinze; dans le septum medium, trois. Enfin, en mettant de côté des considérations plus minutieuses, disons que les parties les plus minces des parois du ventricule gauche, ou la pointe et la partie la plus élevée de la base, sont plus fréquemment le siège de cette maladie.

h. En général, dans cinquante-deux cas sur cinquante-huit, il n'y avait qu'un anévrysme à la fois; mais on en trouva deux à la fois dans quatre cas; trois dans un, et quatre anévrysmes naissants dans un autre. Il n'est pas impossible que dans deux cas, les sacs aient été distincts dans l'origine et se soient réunis de manière à ne plus former qu'un seul anévrysme. Dans un autre cas, trois sacs paraissent s'être réunis de cette manière.

i. « Un point important dans l'histoire de l'anévrysme latéral du cœur et qu'il ne faut pas négliger, c'est de savoir s'il se rattache aux lésions de cet organe qui l'accompagnent souvent. Commencant par