

le péricarde, outre les vingt cas déjà cités dans lesquels il y avait adhésion à la surface de la tumeur anévrysmale, nous voyons que dans sept cas il y avait adhésion générale du péricarde à la surface du cœur; que dans un il y avait péricardite hémorrhagique récente; et que dans trois il y avait hydropisie de cette cavité. Dans douze cas, l'endocarde avait subi diverses transformations de tissu et était devenu tantôt blanc, tantôt opaque, ou s'était épaissi dans le voisinage immédiat des sacs ou même sur un espace plus étendu. Dans un cas, il avait un petit dépôt de matière calcaire soit en dedans soit en dessous de cette membrane. La substance musculaire du ventricule était, dans neuf cas au moins, le siège d'une dégénération fibro-cellulaire plus ou moins étendue, laquelle était en général plus forte autour des sacs. Dans un cas, il y avait transformation cartilagineuse et dans un autre de l'induration sans cause connue. Dans un cas, les parois des ventricules ont été, dit-on, le siège de *tumeurs lardacées* et d'une suppuration très-épanchée dans un autre. Dans un grand nombre de cas, il y avait atrophie marquée soit des colonnes charnues qui forment les piliers de la valvule mitrale, soit des colonnes plus petites qui constituent le réseau à la surface interne du ventricule. Il est dit que dans dix cas, les valvules des cavités gauches étaient dans un état morbide, que dans cinq de ces mêmes cas, la valvule mitrale était le siège de la lésion et obstruée par un dépôt osseux ou cartilagineux; que dans trois de ces cas, les valvules aortiques étaient morbides et qu'un seul cas présentait ces deux catégories de valvules également attaquées. Il est remarqué dans huit cas, que les valvules étaient saines; dans tous les autres on ne fait pas mention de leur état.

La majeure partie de ces transformations est inflammatoire ou alliée intimement à l'inflammation. D'après leur variété, il paraît que l'anévrysme du cœur ne peut être considéré comme dépendant exclusivement de transformations pathologiques dans un seul des tissus qui entrent dans la composition de cet organe.

k. Dans les cinquante-sept cas d'anévrysme, il est dit qu'il y a eu dilatation générale de l'organe du cœur dans trois cas; dilatation avec hypertrophie de toutes les cavités dans trois autres; dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche dans neuf; dilatation simple du ventricule gauche dans quatre; et hypertrophie simple de la même cavité dans deux.

Le nombre de cas où il n'est pas dit que le cœur est atteint de quelque lésion autre que l'anévrysme n'excède pas dix, et il n'est pas dit positivement que le cœur était sain sous tout autre rapport que dans trois cas.

Causes de la maladie.

a. *Sexes.* — Sur quarante cas d'anévrysme où le sexe est mentionné, trente se sont présentés chez des personnes du sexe masculin, dix chez des personnes du sexe féminin.

b. *Age.* — L'âge du malade est, dit-on, déduit avec assez de vraisemblance de plusieurs circonstances

dans trente-cinq cas. Le plus jeune malade paraît avoir eu dix-huit ans et le plus vieux quatre-vingt et un. On pourra juger par le tableau qui suit de la fréquence des cas relativement à l'âge :

En dessous de 21 ans	1 cas
De 21 à 30	9
— 31 — 40	4
— 41 — 50	5
— 51 — 60	6
— 61 — 70	4
— 71 — 80	7
Au-dessus de 80	1

c. *Profession.* — Quant à la profession et au genre de vie, sur dix-sept cas où il en est fait mention, il paraît qu'il y a eu un rentier, un négociant, un tragédien (le célèbre Talma), deux généraux, un colonel, cinq soldats, un gondolier, un ébéniste, deux tailleurs et deux vitailleurs. Le petit nombre de cas dans chaque profession, interdit toute conclusion positive. Mais, comme le fait remarquer M. Thurnam, il est singulier que la moitié des malades aient été des militaires.

d. Au nombre des causes prédisposantes, peuvent être rangées dans quatre cas, des habitudes d'intempérance, et une maladie rhumatismale du cœur dans deux cas. Dans d'autres cas encore (dans six environ), la présence d'adhésions complètes du péricarde rend très-probable la supposition qu'un rhumatisme avait existé, ce qui peut expliquer la fréquence des douleurs antérieurement à la maladie, particularité qu'on ne remarque pas, quand l'anévrysme est provoqué par d'autres causes.

La cause excitante du mal paraît avoir été, dans le cas du gondolier, un coup qu'il reçut à la poitrine; dans le cas du rentier, un violent accès de colère; dans un autre cas, de grands chagrins; chez Talma, de violents efforts sur la scène, dans le rôle d'Hamlet. Le cinquième cas est celui d'un militaire qui retint son haleine pendant qu'il recevait la bastonnade.

Sommaire pathologique.

D'après l'examen des détails anatomiques, ainsi que d'après les causes apparentes et réelles de la maladie, je conclus que, dans vingt-deux cas sur cinquante-huit, l'anévrysme provenait de la dilatation de tous les tissus qui entrent dans la composition des parois du cœur; dans six cas, d'une solution de continuité de la membrane qui tapisse cet organe et de la distension des fibres musculaires, soit comme conséquence d'une ulcération, ou, ce qui est plus probable, d'une rupture; tandis que dans les trente cas restants, ou la maladie était trop avancée, ou les données étaient trop insuffisantes pour nous mettre à même de formuler une opinion satisfaisante sur la question.

Je conclus donc que cette lésion, d'après le plus grand nombre de cas, est de la nature du véritable anévrysme; ou que l'anévrysme a son origine dans la dilatation d'une partie des parois du cœur, lequel, en conséquence des changements organiques des tissus qui le composent, est devenu moins capable

d'opposer une force de résistance pendant la systole ventriculaire à la force distendante du sang. Quelquefois les changements se bornent à un tissu, comme, par exemple, à l'endocarde; quelquefois ils comprennent simultanément cette membrane et le tissu musculaire; d'autres fois enfin, ils prennent leur origine dans le péricarde, et se propagent du dedans au dehors. Dans un grand nombre de cas, ces changements paraissent avoir été le résultat d'une inflammation antérieure plus ou moins active.

Dans une ou deux occasions, j'ai remarqué, à la surface interne du ventricule gauche, une apparence qui me paraît être la première phase de ces changements pathologiques, qui se terminent par la formation d'un véritable anévrysme. Il consiste dans un élargissement plus ou moins prononcé d'un des espaces naturels ou dépressions entre les plus petites colonnes charnues. Dans un cas que j'ai eu récemment l'occasion d'examiner, j'ai rencontré une petite cavité au centre du septum interventriculaire, pouvant contenir un petit haricot blanc. Cette cavité était, à l'évidence, un élargissement d'un des sillons naturels dont nous venons de parler. Elle n'était séparée de la cavité du ventricule droit que par un stratum très-mince de fibres musculaires d'une apparence blanchâtre et d'un tissu épais et fibreux. La membrane qui tapisse le cœur la traversait, et était en cet endroit blanche et opaque.

En accordant que la condition que nous venons de décrire pût, dans quelques circonstances, provoquer un anévrysme du cœur, ou, en d'autres termes, qu'elle constituât un anévrysme dans sa première phase, on doit regarder cette observation comme importante et comme confirmant ce que nous avons avancé, quant au mode de formation plus ordinaire d'un véritable anévrysme cardiaque.

a. Un anévrysme faux, c'est-à-dire un anévrysme qui ne provient pas d'une dilatation partielle, mais d'une rupture partielle des parois du cœur peut, sans aucun doute, exister aussi. M. Thurnam observe que l'examen de quelques cas et préparations, conduirait à cette conclusion; que la rupture du cœur, même alors qu'elle est mortelle, n'est pas toujours l'œuvre d'un moment, mais qu'au contraire, elle s'opère lentement, commence dans le stratum interne des fibres, et s'étend peu à peu jusqu'au stratum externe.

M. Thurnam ne nie pas qu'un anévrysme faux du cœur ne puisse avoir son origine dans une ulcération et dans l'écoulement des contenus des abcès et des kystes, dans la cavité du ventricule; mais il n'a jamais pu se convaincre que tel ait été le mode de production dans aucun des cas qu'il connaît.

b. L'anévrysme mixte externe, ou la superposition d'un anévrysme faux sur un véritable, ne peut exister dans la portion péricardiale de l'aorte, puisqu'il y a absence d'une tunique susceptible de distension dans cette partie de l'artère; aussi un anévrysme latéral, dans cette partie, provoque-t-il, ordinairement très-vite, une rupture dont les suites sont mortelles. Pour la même raison, un anévrysme mixte ne se présente pas dans le cœur; car, comme nous l'avons déjà dit, le sac anévrysmal ne tarde pas à adhérer au péricarde, ce qui, dans la plupart des cas, empêche la rupture.

c. L'anévrysme vrai, ou celui qui est causé par la dilatation, peut n'embrasser qu'un point limité ou embrasser toute la circonférence d'une artère, et dans ce dernier cas, il constitue une maladie qui a reçu les divers noms de *dilatation surnaturelle*, *anévrysme fusiforme ou cylindrique*, *véritable anévrysme répandu et angiectasie*. Comme je l'ai fait observer dans cet article, en parlant du quatrième cas, cette lésion paraît, dans certaines circonstances, mériter le nom de véritable anévrysme répandu du cœur. Le Dr Carswell et M. Cruveilhier ont, tous deux, cité un cas de véritable anévrysme très-répandu du cœur, et le premier a donné un dessin de cette affection; mais, ni dans l'un ni dans l'autre de ces cas, la dilatation n'avait embrassé la circonférence entière du ventricule.

d. Le nom d'anévrysme disséquant du cœur semble bien désigner, continue M. Thurnam, la variété de cette affection dans laquelle un anévrysme, comme, par exemple, dans les cas rapportés par le Dr Hope, forme un canal sous la membrane du ventricule, qui s'ouvre à quelque autre point.

e. Quand le sac n'est formé que par l'endocarde et le péricarde, on compare le cas avec cette variété rare d'anévrysme artériel, dans laquelle la membrane qui tapisse le vaisseau se projette, par une rupture, dans la tunique moyenne, ce qui constitue une lésion, que l'on a quelquefois désignée par les noms d'anévrysme herniaire, et quelquefois par ceux d'anévrysme mixte interne.

f. Lorsqu'un anévrysme situé dans le septum interventriculaire, vient à se rompre de manière à former une communication avec une partie du système veineux (le ventricule droit), il doit en résulter une lésion tout à fait analogue à celle qui résulte de la blessure d'une artère et de sa veine correspondante, à laquelle le nom d'anévrysme variqueux spontané du cœur convient parfaitement. Il est possible que deux des cas détaillés aient eu ce caractère.

Avouons que les deux dernières analogies, pour être ingénieuses, n'en sont pas moins forcées, et qu'il est permis de douter que ce transcendantalisme pathologique soit réellement un bienfait pour la science. Mais s'il n'est instructif, il est du moins curieux. M. Thurnam termine son sommaire par cette remarque :

« Nous sommes donc autorisés à affirmer, que l'on trouve dans le cœur toutes les variétés d'anévrysmes que l'on trouve dans les artères mêmes, à l'exception de l'anévrysme externe mixte, ce qui est expliqué par une cause anatomique; et qu'on ne peut regarder la simple augmentation dans la capacité des cavités de cet organe, comme constituant une lésion qui devrait être rangée dans les anévrysmes. »

Symptomatologie et diagnostic.

Les renseignements donnés sous ce titre ne sont ni étendus ni précis. Probablement, à sa naissance, l'anévrysme du cœur n'est accompagné d'aucun dérangement important dans les fonctions de cet organe. Dans deux cas où l'anévrysme était dans sa première phase, l'absence de tout symptôme se rapportant au cœur est expressément constatée.

a. « Le mode d'empîement de cette maladie diffère sensiblement dans deux classes de cas. Ainsi, dans trois cas, l'attaque fut subite et accompagnée de symptômes marqués, analogues à ceux qu'on observe dans les cas de rupture du cœur, alors que la rupture n'entraîne pas immédiatement la mort, soit parce qu'elle est incomplète, ou parce que l'ouverture est si petite que le sang ne peut s'épancher que par degrés dans le péricarde. Le cas le plus instructif dans ce genre est celui rapporté par Galcati, d'un rentier qui, après un violent accès de colère, fut aussitôt saisi d'une forte douleur précordiale, d'orthopnée, d'agitation, de la crainte de la mort, d'une disposition aux syncopes et dont le pouls devint en même temps violent, fréquent et faible tout à la fois. »

Il est probable que dans de pareils cas, la maladie est de la nature d'un faux anévrysme par suite de rupture.

b. Dans le plus grand nombre de cas, l'anévrysme semblerait avoir eu une origine très-insidieuse et ne s'être trahi que par des symptômes très-rares. Ce sont là, sans doute, des cas d'anévrysme vrai.

c. Dans cinq cas, les symptômes de l'anévrysme sont décrits génériquement comme ceux d'une *maladie du cœur*. Voici les symptômes dans les vingt-trois cas où ils sont donnés avec détails, selon leur ordre de fréquence : Dyspnée prenant, dans quinze cas, la forme la plus sévère d'orthopnée; douleurs précordiales, ayant des caractères différents, pouvant être regardées, dans un ou deux cas, comme de simples inquiétudes, mais accompagnées dans quatorze autres d'une sensation de pesanteur; hypodropisie plus ou moins étendue dans dix cas; palpitations dans neuf; anxiété, crainte de la mort, insomnie dans huit; et syncope ou disposition aux syncopes dans trois cas.

D'autres symptômes sont plus rarement mentionnés; tels sont : la toux, palpitation des artères carotides, pulsation des veines jugulaires, teint livide et hémorrhagie du nez ou des poumons. L'état du pouls n'est marqué que dans un petit nombre de cas, et toujours il est dit faible, à un degré étonnant quelquefois.

d. Dans quatorze cas, la durée des symptômes est constatée. Dans un cas, le malade est mort dix jours après le commencement du développement de la lésion; dans les autres cas, la durée de la maladie varie entre trois ou quatre mois et quinze ans.

e. Dans vingt-quatre cas, les causes de la mort sont déterminées. Dans douze de ces cas, où elle fut très-subite, elle provint de syncopes dans trois cas, d'une cause inconnue dans un, et d'une hémorrhagie interne dans huit. L'hémorrhagie, dans six de ces huit derniers cas, dépendait de la rupture du sac anévrysmal dans le péricarde; de la rupture du sac dans la plèvre gauche dans un cas; et de la rupture de la substance du ventricule même dans le voisinage immédiat du sac dans un autre. Dans quatre cas les malades paraissent être morts d'une affection apoplectique ou paralytique, et d'une épistaxis dans un autre. Dans trois cas, le genre de mort fut celui qui est le plus ordinaire dans les affections du cœur; c'est-à-dire l'apnée ou asphyxie, et telle fut, sans doute, le genre de mort dans six autres cas, où cependant il

n'est pas positivement constaté. Dans les six cas qui suivent, de même que dans les quatre cas d'apoplexie, la mort résulta évidemment de la complication de l'anévrysme avec une autre maladie.

f. L'anévrysme du cœur se compliquant en général d'autres lésions de cet organe, il a été très-difficile, je dirai même impossible d'en découvrir les symptômes pathologiques. Ceux que l'on a observés peuvent être vaguement comparés à ceux qui suivent le retard du sang dans les cavités de cet organe, et l'obstruction dans la circulation veineuse qui en est la conséquence, et une variété de sensations douloureuses dans la région précordiale, sensations que l'on retrouve dans l'angine de poitrine et dans les maladies des valvules. M. Thurnam fait, à ce propos, des observations très-ingénieuses.

g. Les signes ont été ou imparfaits, ou imparfaitement observés, et peut-être l'un et l'autre. Dans trois cas, il est dit que l'impulsion du système ventriculaire gauche a été augmentée; dans un autre, que l'action du cœur était en général forte et tumultueuse, et dans d'autres encore, qu'elle était faible et imperceptible. Dans quatre cas, on entendait avec la systole ventriculaire, un son de soufflet ou de râpe, et dans cinq cas, on entendait un son analogue, à gauche du sternum. Dans un cas, le caractère du premier son était aussi bref que celui du second.

M. Thurnam produit une lettre d'un auscultateur célèbre, le Dr C.-J.-B. Williams. Elle renferme ce que nous pouvons appeler des suggestions de diagnostic, c'est-à-dire des probabilités quant aux signes qui se présenteront. Le Dr Williams s'avoue incapable de juger par l'expérience. Nous croyons qu'il est inutile de nous étendre davantage sur le diagnostic, enveloppé qu'il est de doutes et de ténèbres. En pratique, le diagnostic est de peu d'importance, car pour peu que l'on remarque le moindre symptôme de maladie cardiaque, le traitement général et particulier est à peu près le même que s'il y avait un anévrysme.

Pronostic. — Il serait inutile de nous étendre sur le peu de ressources qu'il offre.

Traitement. — Il serait également oiseux de discuter sur ce point.

B. Anévrysme des oreillettes.

a. M. Thurnam a réuni les particularités de onze cas d'anévrysme de l'oreillette gauche. L'affection paraît avoir été presque exclusivement des anévrysmes diffus enveloppant tout le sinus de l'oreillette.

b. Les parois dilatées de la cavité sont souvent épaissies, et le siège d'une dégénération fibro-celluleuse. La membrane qui tapisse l'organe est opaque, rude et dans un état morbide sous tout autre rapport. Dans quelques cas même, elle est ossifiée et doublée de couches fibrineuses, très-semblables à celles que l'on rencontre dans les anévrysmes artériels. Dans tous ces cas, la membrane paraît s'être continuée dans l'intérieur de la partie dilatée. Ce qui constitue l'anévrysme vrai. Parfois la dilatation se renferme dans les limites de l'appendice auriculaire, qui se distend beaucoup par des concrétions lamellées.

Dans tous les cas de cette espèce que connaît M. Thurnam, au nombre de neuf, il y avait forte contraction de l'orifice mitral; ce qui rendait difficile la transmission du sang de l'oreillette gauche dans le ventricule aortique. Nous avons vu plusieurs cas de cette espèce. Mais dans ceux-ci l'affection de l'oreillette avait le caractère de l'hypertrophie et de la dilatation avec ou sans changements inflammatoires de sa membrane interne.

c. « Dans un seul cas, à ma connaissance, l'anévrysme était de l'espèce des anévrysmes circonscrits, auxquels on peut appliquer les noms d'anévrysmes *latéraux* ou *à sac*. Dans ces cas, il y avait un sac aussi gros qu'une noix, pendant sur la base du ventricule gauche, contenant des concrétions épaisses et fibrineuses, et du sang liquide, qui communiquaient avec la cavité de l'oreillette, par un pédicule canalisé d'un pouce de long.

« Le cas rapporté par Penada et cité par Dezeimeris et Ollivier, comme cas d'anévrysme de l'oreillette gauche, n'était, je suis porté à le croire après l'avoir examiné ainsi que la gravure qui l'accompagne, qu'un exemple d'ulcération. »

d. M. Thurnam continue de remarquer, après avoir rapporté les particularités d'un cas de M. Langstaff, que ce n'est pas seulement dans les cas d'orifice mitral contracté que l'oreillette gauche peut devenir le siège d'une dilatation anévrysmale. Un cas communiqué par Dionis, est concluant à cet égard.

Cas. — Un soldat qui avait déserté, croyant qu'on allait l'arrêter, se frappa le côté gauche de la poitrine contre un arbre, avec tant de force qu'il tomba de cheval. De ce moment il fut sujet à des douleurs aiguës, à des palpitations et à de la dyspnée, et peu à peu une grande tumeur pulsative se forma au côté gauche du sternum, et s'étendit bientôt de la clavicule à la cinquième côte. Il mourut une année après son accident; outre une fracture désunie des quatre premières vraies côtes, de l'empyème et des abcès dans les poumons, on trouva l'oreillette gauche du cœur d'un volume énorme, et donnant lieu à la tumeur externe. La plèvre, ou plus probablement le péricarde, adhérait intimement à l'oreillette élargie, dont les parois avaient un pouce d'épaisseur et étaient intérieurement d'un tissu cartilagineux, et pleines d'un sang grumeleux. L'aorte, la veine cave, l'artère pulmonaire et les veines étaient saines.

e. M. Thurnam renvoie à deux ou trois cas dans lesquels l'oreillette droite était le siège d'une lésion analogue à un anévrysme de l'oreillette gauche.

Le cas le plus remarquable dans ce genre, dit-il, paraît être celui que rapporte Dionis, d'un capitaine de vaisseau qui, après de violents efforts pour réprimer un accès de colère, éprouva de la dyspnée, de fortes palpitations, et une sensation de picotement au cœur. Il mourut douze ans après le commencement de ces symptômes. Il avait souffert d'anasarque, de froid aux extrémités, d'une grande disposition au sommeil; sa mort avait été précédée d'une épistaxis abondante. On trouva l'oreillette droite dilatée au point de pouvoir contenir la tête d'un enfant nouveau-né, et contenant une pinte et demie de sang à moitié coagulé. Elle était tapissée d'une substance osseuse et squameuse, semblable à de l'écaille d'œuf, qui l'empêchait de se res-

serrer. Le péricarde était fortement adhérent. Dionis attribue cette dilatation étonnante à la distension et à la rupture partielle des fibres, qui avaient eu lieu par suite de l'irruption subite du sang dans l'oreillette pendant l'accès de violente colère.

Il n'y a rien à dire sur les symptômes ou sur le traitement de ces affections.

B. Anévrysme des valvules du cœur.

« Les valvules mêmes du cœur, comme on l'a déjà observé, sont quelquefois le siège de dilatations que l'on peut, avec assez de raison, nommer anévrysmales. Morand et Laënnec ont chacun publié un cas de cette espèce de dilatation partielle qui se présente dans la valvule mitrale, sous la forme d'une petite poche se projetant dans l'oreillette gauche. Dans ces deux cas, les valvules aortiques étaient le siège d'ossifications étendues, de sorte qu'il doit avoir existé une grande obstruction au passage du sang dans l'aorte. Je crois même qu'il est assez probable que cette circonstance a déterminé les dilatations qui se sont présentées dans les valvules plutôt que dans toute autre partie des parois des ventricules, précisément parce qu'elles étaient plus faibles que d'ordinaire, par suite d'un défaut congénial ou accidentel. »

Dans une préparation anatomique qui se voit à l'hôpital Saint-Thomas, et qui provient d'un cas constaté par M. Postlewaite de Chichester, le sac siège dans la partie large ou droite de la valvule, et empêche considérablement sur le septum des oreillettes, lequel est, pour ainsi dire, tiré en bas, de manière à former une partie du sac; circonstance qui dépend, sans doute, de ce que l'anneau terlineux, auquel est attaché le bord de la valvule mitrale, avait aussi cédé.

Le sac aurait pu contenir une grosse noix et immédiatement au-dessus du septum inter-auriculaire il y a dans la substance une ecchymose distincte. La valvule aortique qui reste dans la préparation, paraît seule parfaitement saine.

Le cas qui suit, rapporté par notre auteur, est une dilatation anévrysmale de la valvule tricuspide. La préparation anatomique se trouve au cabinet d'anatomie du Collège royal des chirurgiens, où elle a été déposée par Lawrence Healy. Le malade était un enfant.

Le dernier fait rapporté est un cas de dilatation anévrysmale de l'une ou des deux valvules aortiques. Il y a absence congéniale de la troisième valvule.

Nous ne rendrons pas compte des particularités de ces cas, et nous nous bornerons à reproduire les observations qui terminent l'ouvrage de M. Thurnam.

« Je n'ajouterai, dit-il, que quelques observations sur l'historique des anévrysmes des valvules du cœur. Je suis porté à croire qu'en général ils proviennent d'une dilatation progressive, qui n'a pas été précédée de rupture ou d'ulcérations, et que dans le fait ce sont de vrais anévrysmes.

Il est cependant possible que la dilatation anévrysmale ait été précédée dans quelques cas de la destruction d'une des feuilles de l'endocarde formant la valvule affectée; et dans ce cas la lésion doit être regardée comme un anévrysme faux.

» Les mouvements récurrents auxquels sont soumises ces parties des tissus du cœur, ne sont évidemment pas favorables à la formation du coagulum dans les poches anévrysmales ainsi situées; aussi ne paraît-il pas que dans aucun de ces cas il y ait eu formation de coagulum.

» Il n'est pas nécessaire de chercher à prouver qu'une lésion de cette espèce doit nécessairement agir d'une manière plus ou moins tranchée, comme obstacle au flux du sang hors de la cavité, immédiatement derrière la valvule qui est le siège d'une pareille lésion, et que, lorsqu'il y a perforation du sac anévrysmal, qu'elle soit le résultat de l'ulcération ou d'une rupture, la régurgitation du sang de la cavité devant la valvule malade est possible. Il s'ensuit que le diagnostic des anévrysmes des valvules se résout dans la pratique en une maladie des valvules régurgitantes et obstructives. Toute observation de ma part serait superflue dans l'état avancé de la science sur ce point.

Il est inutile de dire que ce mémoire, dont nous venons de présenter l'analyse, fait le plus grand honneur à son auteur. (N° de janvier 1839.)

Irritation constitutionnelle produite par la présence d'une sangsue dans le canal intestinal;
par H.-R. WORTON, chirurgien à Londres.

Je fus appelé en novembre 1837 pour donner mes soins à J. A., petite fille, âgée de trois ans. C'était une enfant qui paraissait saine et robuste. Sa conformation ne présentait rien de vicieux, si ce n'est qu'elle n'était pas aussi forte sur ses jambes qu'elle aurait pu l'être, et que l'abdomen était tendu et tuméfié. La tête, la colonne vertébrale et les membres étaient bien développés. J'appris que l'enfant avait eu plusieurs attaques semblables à celle pour laquelle je fus appelé. Les uns supposaient qu'elle souffrait d'une maladie du cerveau; les autres d'une méningite; plusieurs encore pensaient que les vers étaient la principale cause de son mal; je me joignis à ces derniers. Quand je la vis pour la première fois, je lui trouvais beaucoup de fièvre, la peau chaude et sèche, le sommeil troublé par des gémissements et des grincements de dents fréquents. Ses yeux n'étaient fermés qu'en partie. Elle se plaignait de douleurs à la tête et au ventre; en portant la main à la tête, elle répétait à chaque instant « Maman, je souffre. » Après qu'elle eût été traitée pendant quelques jours par le calomel et la scammonée et par l'acétate d'ammoniaque, les intestins rendirent une grande quantité de matière visqueuse de différentes couleurs; l'attaque cessa, et la langue qui auparavant était sèche, très-chargée et très-brune, devint propre. Le mucus intestinal semblait former un nid de vers; cependant on ne put en découvrir aucun. Toutefois, comme les intestins avaient repris un cours régulier, que le ventre, en diminuant de volume, était devenu plus mou, on crut que la malade était bien, et on cessa de la médicamer.

Pendant plusieurs mois, ces attaques se représentèrent à intervalles d'un mois; j'employai le même traitement; cependant, en dernier lieu, j'administrai le mercure et la chaux avec la rhubarbe et la canelle pendant plus longtemps.

Le 6 avril, on vint me prier de me rendre vite auprès de l'enfant. Elle s'était plaint de chatouillements et de picotements; aussi, on avait répété plus souvent la poudre, et elle avait évacué une matière sanguinolente, semblable à de la lymphe, et avec cette matière une sangsue vivante. Le soulagement suivit aussitôt, et depuis ce temps la petite malade s'est toujours parfaitement portée.

Il est digne de remarque que pendant quelques heures, jusqu'au moment où la malade rendit la sangsue, le picotement fut incessant au rectum. C'est ce que je puis appeler une sangsue de cheval, d'un brun-foncé, sans taches; elle a la grosseur d'une sangsue ordinaire; la bouche ne paraît pas triangulaire comme celle de l'*hirudo medicinalis*, mais tranchante comme celle du *lumbricus teres*; elle vécut une semaine, pendant laquelle elle nagea, en faisant des ondulations à la manière des sangsues. Je l'ai conservée.

J'ai fait plusieurs questions pour savoir si l'on n'avait pas ajouté de l'eau dans le vase; mais la mère et la servante m'assurèrent à plusieurs reprises qu'il était parfaitement propre et sec, et que personne ne s'en était servi que l'enfant; qu'aussitôt après, elles avaient aperçu la chose se débarrasser de la matière gélatineuse, et grimper sur les bords du vase.

J'ai appris que cette enfant, ainsi que son frère aîné, avaient l'habitude de s'aider mutuellement à boire au robinet de la fontaine. Je ne doute pas que la sangsue n'ait été avalée de cette manière quand elle était petite, qu'elle ait été la cause de l'irritation considérable, et qu'elle ait ainsi produit le dérangement sympathique du cerveau.

Je me rappelle deux cas de sangsues qui vécutrent dans l'estomac. Dans l'un des cas, on supposa que l'homme mourait de la rupture d'un vaisseau, et l'examen du cadavre fit découvrir une sangsue dans l'estomac, avec une grande quantité de sang. Dans l'autre cas, l'homme cracha la sangsue dans un violent paroxysme, et il vécut (1).

(The Lancet.)

QUESTION DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Mort supposée produite par une trop forte dose de morphine.

Les faits suivants résultent d'une correspondance volumineuse entre les docteurs Jackson, de Dor-

(1) M. le baron Larrey rapporte, dans ses mémoires de chirurgie militaire, des faits semblables observés à l'armée française, lors de la campagne d'Égypte.

(Note du Rédacteur.)

chester, et Wheelwright, de Londres, d'une part, et d'autre part, MM. Simpson et Cobb.

Une dame nommée Tweed, résidant à Dorchester, fut soignée par M. Arden, exerçant la médecine en cette ville, depuis le 21 avril dernier jusqu'à quelques jours avant la mort de cette dame, qui eut lieu assez subitement le dimanche matin 6 mai suivant. Pendant les quelques derniers jours qui précédèrent la mort de madame Tweed, le docteur Jackson avait accompagné M. Arden; mais ce dernier, ayant eu une attaque de goutte, le docteur Jackson continua seul ses visites, les médicaments prescrits étant fournis par M. Arden.

Le soir qui précéda la mort de madame Tweed, le docteur Jackson se rendit auprès d'elle vers 8 heures; ayant trouvé sa malade dans un état très-agité et très-irritable, il jugea à propos de lui administrer un opiat. Aussitôt le docteur Jackson se rendit auprès de M. Arden; et sans écrire de prescription, il dit à son confrère, qu'il trouva assis près du feu, qu'il désirait administrer à sa malade une dose de morphine. M. Arden proposa le quart d'un grain d'acétate de morphine; mais le docteur Jackson lui fit observer qu'il vaudrait mieux que la malade prit un 1/2 grain à la fois, et qu'elle prit une seconde potion, aussi d'un 1/2 grain, trois ou quatre heures après, si la première ne procurait pas le sommeil. M. Arden envoya de suite chercher les ingrédients nécessaires; il pesa un grain d'acétate de morphine qu'il combina avec 20 gros de mixture de camphre; il secoua le tout soigneusement à diverses reprises, et le divisa en deux potions égales. Il paraît que M. Arden écrivit aussi les étiquettes pour les bouteilles, mais il n'est pas constaté qu'il les ait aussi bouchées et préparées lui-même.

La première dose de morphine fut administrée à madame Tweed le 5 mai au soir; elle mourut le 6 au matin entre 6 et 7 heures, n'ayant pris qu'une seule potion.

La correspondance que nous avons sous les yeux ne donne aucun détail des circonstances qui précédèrent la mort. M. Henry Synam, homme de l'art et ami de la famille de M. Tweed, affirme que la mort de la malade fut subite; qu'elle tomba dans un état de stupeur presque aussitôt après avoir pris la potion, qu'elle n'en revint pas, et que sa maladie ne suffisait pas pour expliquer sa mort. D'un autre côté, le docteur Jackson affirme que M. Tweed lui a dit avoir tenu compagnie à sa femme jusqu'à quatre heures du matin. Elle s'endormit alors d'un sommeil profond et calme, et il alla se coucher tout à fait satisfait de l'effet de l'opiat. Nous concluons de là qu'on trouva madame Tweed morte dans son lit. Toujours est-il que la mort inattendue de cette dame semble avoir excité les soupçons, et le matin même de sa mort, M. Tweed prit la seconde potion supposée contenir un 1/2 grain de morphine, la cacheta et l'envoya à Londres où, quelque temps après, MM. Battley et Heathfield l'examinèrent et donnèrent le certificat suivant:

25 mai 1838.

« Nous avons examiné, ainsi qu'il suit, une bouteille de liqueur contenant une potion. La liqueur

(environ 2 onces) a été évaporée jusqu'à siccité; le produit fut 2 grains d'une matière brune, amère et saline; en ajoutant à ce produit un acide nitrique et concentré, on obtint une couleur d'un rouge foncé qui caractérise la morphine. »

BATTLEY, W.-E. HEATHFIELD.

Il paraît prouvé à l'évidence que la bouteille fut remise à MM. Battley et Heathfield exactement comme elle était sortie de la maison de M. Arden. L'analyse chimique constate la présence de 2 grains au moins de morphine. M. Arden prétend qu'il ne pouvait y avoir plus d'un 1/2 grain d'acétate, dose qui n'est certainement pas trop forte, malgré l'opinion de M. Phillips et l'autorité de sa pharmacopée. Maintenant quelle a été la cause réelle de la mort de madame Tweed? C'est ce que nous ne pouvons préciser; quant à nous, nous pensons que dans l'état actuel de la chimie analytique, il est plus probable que ce sont MM. Battley et Heathfield, et non M. Arden, qui se sont trompés. (The Lancet.)

LONDON MEDICAL GAZETTE.

UNIVERSITY COLLEGE MEDICAL SOCIETY.

Analyse d'un mémoire de M. JAMES BLAKE, relatif à l'action de diverses substances sur l'économie animale, lorsqu'on les introduit dans les veines, et notamment à l'influence qu'elles exercent en modifiant la circulation.

Comme les expériences faites par l'auteur l'ont été à l'aide de l'hémodynamomètre, il commence par donner une description de cet instrument, au moyen duquel on peut s'assurer de la pression du sang sur les parois des artères; et comme cette pression est immédiatement affectée par un changement quelconque dans l'action du cœur ou dans la circulation capillaire, nous avons un autre instrument très-important, à l'aide duquel on peut en un instant constater et apprécier ces changements. L'auteur examine ensuite la cause de la pression du sang sur les parois des artères, et la manière dont elle peut être modifiée. Il démontre que la pression du sang dans le système artériel, indiquée par l'hémodynamomètre, n'est que l'expression de la force exigée pour faire passer, dans un temps donné, une certaine quantité de sang à travers les vaisseaux capillaires. Il rapporte des expériences qui montrent l'effet de la respiration sur l'action du cœur, et les changements produits dans la circulation par l'injection de sang et d'eau dans les veines.