

diverses époques de la vie, des fièvres intermittentes rebelles. Les devoirs de son état, l'obligeaient à des fatigues continuelles, à des longs voyages qu'il faisait à pied pendant les plus fortes chaleurs comme dans les froids les plus rigoureux, buvant souvent du vin avec excès. Depuis plusieurs mois, il se plaignait d'éprouver des palpitations de cœur, avec gêne de la respiration, accompagnées d'un état de faiblesse qui le rendait impropre au pénible exercice de son état. Il ressentait en outre un poids incommode et constant, un tiraillement douloureux, une sorte de déchirement à la région dorsale, entre les deux omoplates. Suivant la coutume des buveurs malades, il prit de larges doses de vin et quelques tasses de bouillon, et se crut soulagé. Le 9 février 1799, vers dix heures du matin, ayant sauté du lit, comme il levait les mains pour rajuster sa chemise, il tomba à la renverse et mourut au moment même. L'autopsie fut faite le lendemain, en présence de Penada. A l'ouverture du thorax, on vit le péricarde fortement distendu; il était rempli de sang au milieu duquel était plongé le cœur. Ce viscère, après qu'on l'eût nettoyé, ne présentait à la partie antérieure aucune apparence de lésion; mais quand on examina sa face postérieure, on vit à l'endroit qui sépare les embouchures des quatre veines pulmonaires, une déchirure de l'oreillette gauche. La déchirure avait une forme circulaire irrégulière un peu déprimée sur les côtés. L'ouverture avait environ dix lignes de diamètre; les bords en étaient inégaux et frangés, et le pourtour moins consistant, que dans l'état naturel. Tout le reste du cœur était exempt d'altération. (PENADA. *In memoria di matematica e di fisica della società italiana delle scienze*, t. XI, p. 345.)

Penada pense, et l'histoire de la maladie rend son opinion fort probable, qu'avant la rupture de l'oreillette, il existait en cet endroit une dilatation partielle, un anévrysme si l'on veut, ou une varice, pour nous servir de l'expression même qu'il emploie. Nous le pensons aussi, non que les détails anatomiques du fait l'établissent d'une manière positive, mais parce qu'il faut tenir compte de l'opinion d'un observateur habile, opinion qui a sans doute été décidée par quelques circonstances du fait qui ont pu le frapper lorsqu'il avait la pièce anatomique sous les yeux, et qui ont disparu dans la relation qu'il en a faite.

Balardini a consigné dans les annales d'Omodei, en 1829, un cas d'anévrysme vrai du cœur, suivi de rupture, où la description des parties ne laisse, sous ce rapport, rien à désirer.

Les cas de ce genre sont assez rares et assez peu connus pour qu'il nous paraisse convenable de rapporter encore le suivant, que l'on doit au célèbre Astley Cooper, mais dont on n'a pas les détails, et qu'on ne connaît que par ce que l'illustre chirurgien en a dit dans ses leçons.

Un soldat au milieu d'une cruelle punition corporelle fit une grande inspiration, se plaignit aussitôt après d'une violente douleur dans la poitrine, qui fut promptement suivie d'un épanchement séreux dans l'abdomen, et de tuméfaction des extrémités inférieures. Il mourut subitement. A l'autopsie on trouva un anévrysme qui s'était formé sur le ventricule gauche, et qui s'était déchiré. (ROBERT ADAM, *loc. cit.*)

§. IX. RUPTURE DU COEUR PAR ABCÈS DANS L'ÉPAISSEUR DE SES PAROIS.

Un genre de rupture non moins rare que le précédent est celui qui s'opère par l'effet de l'affaiblissement des parois du cœur, en un lieu occupé par un abcès; la raison en est dans la rareté des inflammations suppuratives du tissu musculaire.

On trouve dans les *Transactions of the physico-medical society of New-York* (1817, t. 1.) et par extrait, dans la *Gazette de Salzbourg (med. chir. Zeitung.* 1819, n° 56, t. 5, p. 76) une observation curieuse publiée par Mott. Nous la rapporterons, parce qu'elle offre un exemple d'abcès volumineux dans l'épaisseur des parois du cœur, et que de pareils exemples sont rares; puis, parce que cet abcès a été la cause de la rupture, ce qui l'est encore plus. Nous pourrions ajouter un troisième motif, non moins déterminant que les précédents, c'est qu'il serait fort difficile à la plupart des lecteurs de cet article de la trouver ailleurs qu'ici.

Le sujet de l'observation était une femme robuste de 22 ans, adonnée à la bonne chère et aux boissons spiritueuses. Quelquefois, mais rarement, elle s'était plainte de douleurs passagères, qu'elle regardait comme rhumatismales. Le soir qui précéda sa mort, elle avait soupé comme à l'ordinaire, et le lendemain matin on la trouva morte, couchée sur le côté gauche. A l'extérieur, le cadavre ne présentait rien de remarquable que la couleur rouge foncée des lèvres et de la partie supérieure de la poitrine. Dans l'abdomen, le foie avait un volume plus considérable et une couleur plus blanchâtre qu'il ne doit avoir, et il adhérait fortement de toutes parts au péritoine. Les poumons étaient parfaitement sains; le péricarde était beaucoup plus distinct et plus ample que dans l'état naturel; à l'ouverture de ce sac membraneux on vit une grande quantité de sang coagulé, qui le remplissait et enveloppait le cœur de tous côtés. Il pouvait y en avoir de 8 à 10 onces, avec une ou deux onces de sérosité. Le cœur était très-gras. En l'examinant avec soin, on reconnut que le sang s'en était échappé par une ouverture d'environ un demi-pouce de diamètre, située à la partie supérieure du ventricule gauche. Dans toute la circonférence de ce trou, la paroi du cœur était beaucoup plus mince que dans l'état naturel, et, à un pouce tout autour, on pouvait sentir distinctement de la fluctuation. En pressant le viscère entre les doigts on en exprimait une matière caséuse; une dissection attentive du ventricule affecté fit reconnaître l'existence, dans l'épaisseur de ses parois, d'un abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon, communiquant avec la déchirure décrite.

Rapprochez de ce cas le suivant, dont on est redevable à Erdmann.

Une veuve de 85 ans, d'une très-bonne constitution, qui avait conservé jusque dans un âge fort avancé une grande irritabilité du système vasculaire, et qui avait souvent des ébullitions et des palpitations de cœur, fut prise d'une grande anxiété, avec douleur oppressive sur la poitrine, dans la région du cœur, spasmes nerveux, nausées et irrégularité du pouls. Elle mourut subitement le dix-neuvième jour. A l'ouverture du péricarde; Erdmann n'aper-

çut d'abord qu'un caillot de sang du poids d'environ une livre, mais après l'avoir enlevé, il vit le cœur à découvert. La pointe de cet organe, dans l'étendue d'un pouce environ, était profondément altérée, ramollie, réduite en une masse feuilletée, blanchâtre, caséiforme, et déchirée, de manière qu'on pouvait par cette ouverture pénétrer dans le ventricule aortique. Partout ailleurs ce ventricule était sain. Le droit était d'un fort petit volume. (ERDMANN, *in Horn's neues Archiv für medicinische Erfahrung.* 1806, t. III.)

§. X. RUPTURE DU COEUR, EFFET DE LA PRÉSENCE D'HYDATIDES DANS L'ÉPAISSEUR DE SES PAROIS.

C'est pour marquer sa place à cette cause de rupture du cœur plutôt que pour en faire l'histoire que je lui consacre ici ce paragraphe. Je n'en connais qu'un seul cas et je n'en puis donner les détails. Il fut publié en 1854, par le docteur Streinz, dans les annales de la médecine autrichienne (*Medizinische Jahrbücher des K. K. Oester. Staates. neuester Folge* B. VII, p. 170) mais je ne le connais que par le court extrait qu'en a donné Kleinert dans son répertoire. Le voici :

Un charretier d'environ 50 ans, asthmatique depuis bien des années, et d'une constitution fort détériorée, reçut un coup au milieu d'un violent accès de colère, et tomba mort sur la place. L'autopsie fit découvrir une rupture du cœur. La substance de cet organe était hypertrophiée et parsemée sur tous les points d'une multitude innombrable de petites hydatides, cet état de l'organe central de la circulation fut considéré comme la cause de l'état valétudinaire et de la mort subite du sujet. (Kleinert *allegem. Repertorium der gesamt. Journalistik.* Mars 1855, p. 124.)

§. XI. RUPTURES DU COEUR, SUITE DE L'ULCÉRATION DE SES PAROIS.

Il ne nous reste plus à examiner parmi les causes de rupture du cœur signalées au commencement de ce mémoire, que les ulcérations de ses parois, je pourrais en accumuler ici un grand nombre d'exemples; je me bornerai à quelques-uns. En traçant l'histoire des symptômes observés chez les sujets atteints d'ulcérations du cœur avant le moment de la rupture, nous aurons à invoquer les documents fournis par d'autres faits que ceux que nous allons rapporter.

Le 29 juillet 1806, une femme de 64 ans, convalescente d'une fièvre continue qui avait cédé sans difficulté au traitement antiphlogistique, fut prise tout à coup, vers midi, d'une douleur excessivement violente, pongitive, presque intolérable, au milieu de la région sternale. Convulsions redoublées, sueurs froides, dyspnée, perte de la parole, impossibilité de la déglutition, somnolence. Brera, appelé pour lui porter du secours, la trouva les yeux fermés, le corps baigné d'une sueur froide, les extrémités glacées, quoique la température fût fort élevée et que le thermomètre marquât 26 degrés. Pouls irrégulier, fréquent et mou. Appe-

lée à haute voix, la malade ouvrait les yeux, qui étaient mourants, troubles et immobiles. Elle faisait entendre qu'elle comprenait tout ce qu'on lui disait, et portait tantôt la main droite, tantôt la main gauche, sur la partie moyenne du sternum, comme pour indiquer que son mal était là. Bientôt elle retombait en somnolence, et, au milieu même de cet état soporeux, elle ouvrait de temps en temps les yeux, s'agitait, poussait des soupirs pressés et interrompus, quelques gémissements plaintifs, se prenait fortement le sternum, et retombait presque inanimée sur son lit. Brera reconnu à ces symptômes une maladie mortelle du cœur, sans en préciser la nature. Outre les phénomènes qui viennent d'être exposés il y en avait d'autres sur lesquels s'appuyait ce diagnostic. En appliquant la main sur la partie moyenne et latérale de la poitrine, de la troisième et la cinquième côtes, on sentait des palpitations profondes et obscures, faibles et irrégulières du cœur, qui semblait se mouvoir comme s'il eût été enveloppé de toutes parts et comprimé par un corps élastique. A ces pulsations répondaient les battements des radiales et des carotides. Brera se rappelait avoir été consulté par cette femme, six ans auparavant, pour quelques symptômes qui semblaient annoncer une maladie du cœur autre qu'un anévrysme; il apprit d'ailleurs qu'elle éprouvait souvent, depuis longtemps, des palpitations irrégulières, des convulsions syncopales, un peu d'engourdissement dans le bras gauche, et des variations fréquentes dans le pouls. Le traitement qu'on put employer fut de nul effet; pendant le reste de la journée, point de changement. Vers le milieu de la nuit, pouls de plus en plus irrégulier, à peine sensible; perte complète des mouvements du bras gauche, convulsions générales, sueurs froides et abondantes, affaiblissement des mouvements du cœur, respiration courte, anxieuse; enfin, mort le 18 juillet, à une heure du matin.

Autopsie. Le cerveau, examiné dans tous ses points, était parfaitement sain; les veines qui rampent à sa surface étaient vides de sang. La poitrine et l'abdomen, ouverts en même temps, présentèrent des particularités tout à fait remarquables. Le foie, d'un volume double à celui qui lui est naturel, occupait au moins la moitié de la région supérieure de l'abdomen, et était caché aux deux tiers sous la région sternale. Son lobe gauche, le plus volumineux et dont le tissu résistait au scalpel autant que le cuir le plus dur, non-seulement refoulait le diaphragme en haut, mais avait aminci et désorganisé ce muscle qui semblait plutôt lui former une enveloppe qu'une cloison entre les cavités thoracique et abdominale. Le péricarde recouvert à moitié, comprimé par cette masse et déformé, avait remonté, en se dilatant, jusqu'à la première côte.

Les poumons étaient d'une flaccidité remarquable, refoulés à la partie supérieure de la poitrine, et comprimés, mais d'ailleurs parfaitement sains. Le péricarde ayant été ouvert dans sa longueur, on en retira plus de trente onces de sang, en partie séreux, en partie coagulé, et mêlé par-ci par-là de stries de pus d'un jaune verdâtre. La cavité du péricarde égalait trois fois le volume du cœur. Ce dernier organe était à peu près dans sa position naturelle, si ce n'est que sa pointe était un peu déjetée à droite. Dans cette

situation cette partie adhérait au diaphragme et au lobe gauche du foie. Le cœur ayant été enlevé, on ne trouva que très-peu de sang dans les veines caves et dans l'oreillette droite. Le ventricule droit et ses vaisseaux étaient dans le meilleur état. Mais le ventricule gauche présentait à sa face antérieure, à un pouce et demi au-dessus de sa pointe, près de la cloison qui le sépare du droit une déchirure nette, béante, verticale, d'un doigt et demi de long et de trois ou quatre lignes de large à son milieu. En dedans, la rupture offrait des dentelures ramollies, noires et suppurées. La face interne du ventricule présentait tout autour de cette rupture, dans un rayon d'un doigt et demi une ulcération qui avait détruit les colonnes charnues et les trousseaux musculaires qui composent l'intérieur de ses parois. L'oreillette gauche, les valvules mitrales et semi-lunaires de l'aorte, la cloison interventriculaire, les veines pulmonaires et l'aorte, ne présentaient rien d'anormal. (VALÉRIAN. ALOYS. BRERA, *de extraordinaria cordis ruptione. Observatio cum epicrisi. Sylloge opuscul, select. vol. X, p. 202.*)

Un homme de 79 ans, d'une constitution débile, avait depuis longtemps de fréquentes syncopes pendant lesquelles ses lèvres devenaient violettes; il toussait souvent et crachait beaucoup. Depuis quinze jours son sommeil était troublé par des rêves pendant lesquels on l'entendait crier au feu et au voleur; lorsque tout à coup il mourut le 24 novembre 1812 en jetant des cris violents. Son cadavre était décoloré, les lèvres blanches, les membres inférieurs œdémateux; il y avait aussi une infiltration peu considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région précordiale. Le péricarde contenait environ deux livres de sang. Il y avait une ulcération avec rupture à l'oreillette gauche près de l'embouchure de l'une des veines pulmonaires. Cette ulcération, du diamètre de 7 millimètres, offrait un amincissement remarquable dans ses environs, et présentait une sorte de trame aréolaire comme la dentelle. Il n'y avait aucune trace de suppuration aux environs; un filet nerveux de l'un des plexus cardiaques était parfaitement disséqué dans le lieu de la corrosion. L'oreillette correspondante était fort dilatée; le cœur n'offrait aucune autre lésion; cependant il était un peu plus volumineux que dans l'état naturel, l'aorte présentait quelques ossifications. (HIPPOCRATE, *Bull. de la Fac. de méd., T. III, p. 219.*)

Un homme âgé de quarante-cinq ans, robuste et bien constitué, avait été atteint à l'âge de 13 ans d'une fièvre lente nerveuse que son médecin attribuait à la suppression intempestive de la gale. Arrivé à l'âge de 25 ans, il devint hypocondriaque et se plaignit de dyspepsie; son mal, toutefois, paraissait n'être réellement qu'un effet de son imagination. Il eut recours aux bains de mer, dans lesquels il avait une grande confiance, assurant leur avoir dû le rétablissement de sa santé. Mais il n'échappa point au médecin que sa sensibilité était accrue, et que ses forces musculaires avaient diminué, symptômes qui s'aggravèrent de jour en jour par la vie sédentaire du malade et son aversion pour tout exercice. Environ dix ou douze ans après, au commencement de son mariage, il se plaignit de douleurs continuelles, et de temps en temps de coliques assez fortes

qui disparurent par l'usage de chemises de laine; mais sa sensibilité et ses chagrins s'accrurent de nouveau. L'hypocondrie revenait; le malade se plaignait continuellement de maux de tête et de mauvaises digestions. On remarquait un soin exagéré, un zèle excessif dans tout ce qu'il faisait, et surtout dans les affaires qui absorbaient son temps et son attention. Une fièvre intermittente, fièvre dont il avait été affecté, il y avait neuf ans, n'avait apporté aucun changement à son état.

En se levant, il éprouvait de la céphalalgie, et, dans le jour, des maux de tête qui alternaient plusieurs fois avec de la cardialgie et des coliques; et si quelquefois, cédant aux prières et aux exhortations de ses parents, il allait se promener, on voyait combien il supportait avec peine le plus léger exercice, car aussitôt un sentiment d'oppression s'emparait de lui. Huit semaines avant sa mort, un léger refroidissement fit disparaître sa cardialgie que suivit bientôt un sentiment de suffocation. Une semaine après, étant à Leipsik, il fut pris de violentes coliques causées par la présence de calculs biliaires et accompagnés d'ictère. Le médecin appelé à son secours parvint à les dissiper dans l'espace de huit jours. Un jour il assista au baptême d'un de ses enfants, il y fut gai et y parut bien portant; le lendemain, il recommença ses plaintes sur sa dyspepsie. Aux nones du même mois, il fut pris, sur les sept heures du soir, d'un froid violent avec anxiété et palpitations du cœur, qui ne fut point suivi d'une grande chaleur. Les mêmes symptômes reparurent le huit des ides, symptômes qu'il considéra comme le retour d'une fièvre intermittente. Le sept, il est bien; le six, il assiste à un repas et y montre une gaieté qui ne lui est pas ordinaire, quoique tourmenté par ce sentiment d'oppression qui ne le quitte jamais. C'est la poitrine qui est aujourd'hui le siège de son mal. Après l'accès, il vaque à ses affaires; mais, à sept heures du soir, il est de nouveau pris d'un frisson fébrile violent qui le force à rentrer chez lui, et il se fait préparer une infusion de camomille. A peine l'a-t-il prise, qu'il va dans la cour s'occuper de quelque soin domestique. Il s'arrête tout à coup, il paraît pris de vertige, sa respiration s'embarrasse, et bientôt il expire.

A l'autopsie, le corps d'une bonne structure, embonpoint considérable, système musculaire développé. Dans l'abdomen, la partie inférieure de l'épiploon adhérait au cœcum et aux autres intestins du côté droit, laissant à découvert ceux du côté gauche distendus par des gaz et injectés de sang. Rate et foie très-volumineux et gorgés. Estomac grand, mais sans altération notable. Dans la vésicule du fiel, grand nombre de calculs dont deux placés en avant d'un volume assez considérable; les autres peu volumineux. Le cerveau vide de sang, ne présentant d'ailleurs rien d'anormal, si ce n'est une légère adhérence de la dure-mère, au côté droit du sinus falciforme. Le péricarde contient plus d'une livre de sérosité et de sang provenant d'une rupture du ventricule aortique. Cette déchirure, de la longueur d'un travers de doigt, était à une égale distance de la pointe du cœur et de l'oreillette, plus près du bord que de la cloison, beaucoup plus large à la face

CYRTOMÈTRE.

Nouvel instrument destiné à mesurer les voussures de la région précordiale.

interne de la paroi ventriculaire qu'à la surface extérieure. Une des colonnes charnues était plus qu'à moitié rompue; les deux plus voisines, dont la base paraissait avoir été fixée en ce lieu même, en étaient détachées; la quatrième ne présentait rien de particulier. La substance même du cœur, surtout au pourtour de la déchirure, était ramollie; elle n'offrait au delà aucune trace d'ulcération, ni aucune autre altération inflammatoire. Les poumons avaient une couleur sombre, presque noire; leur substance était dense et présentait de nombreuses concrétions calculeuses. (POHL, *de ruptura cordis. Leipzig, 1838, in-4°, p. 54.*)

Un homme âgé de 60 ans fut visité pour la première fois le 28 janvier 1818, par le professeur J. Betulin (de Stockholm). Depuis plusieurs années il était sujet à des palpitations, que l'exercice provoquait ordinairement et qui l'obligeaient à s'arrêter et à rester immobile jusqu'à ce qu'elles cessassent. La veille du jour indiqué, il avait fait, immédiatement après le repas, une assez longue route pour aller visiter un ami. De violentes palpitations, un sentiment de constriction dans la poitrine, avec une abondante expectoration avaient été la suite de cet exercice forcé. Plusieurs heures s'étaient écoulées avant qu'il se sentit en état de bouger. Rapporté chez lui, il se fit pratiquer une saignée. Le lendemain matin, la constriction à la poitrine était diminuée, mais il était fatigué par un hoquet qui ne le quittait un instant que pour revenir bientôt après. La langue était chargée, le pouls à 100 pulsations par minute. Le sang n'était point couenneux. Le professeur Betulin fit appliquer un vésicatoire sur la poitrine, et ordonna les purgatifs. Il survint le lendemain un vomissement spontané, sans aucune amélioration. Au bout de quelques jours, la fièvre se calma, le pouls tomba à 80 pulsations et l'appétit revint. Mais ni le hoquet, ni le serrement de poitrine, ni les palpitations ne cédèrent, sous le rapport de leur violence, non plus que sous celui de la fréquence de leurs retours. Le 5 février, au matin, le malade, étant sur le vase de nuit, fut saisi tout à coup d'une violente constriction de poitrine, et tomba mort par terre au bout de quelques minutes.

A l'autopsie, faite 24 heures après, on trouva le péricarde rempli de sang, en partie liquide et en partie coagulé. Il existait une déchirure à la paroi postérieure du ventricule gauche, à environ un quart de pouce de la cloison interventriculaire, épaisse vers la pointe du cœur et du côté des valvules, cette paroi était percée d'un trou assez grand pour admettre facilement le petit doigt; la déchirure s'étendait obliquement de bas en haut; elle était unie en dehors, à bords inégaux et comme ulcérés intérieurement. (*Svenska Lakare-Salls-Kapets Handlingar, tome V, 1818.*)

Ici se termine l'exposé des faits que nous avons à produire pour préparer l'histoire des ruptures du cœur considérées sous le point de vue des causes immédiates qui les déterminent. Dans le prochain article, nous reprendrons le sujet sous un autre aspect.

M. le professeur Bouillaud disait, l'année dernière, dans son discours d'ouverture de la clinique interne, à la Charité, que « la médecine est arrivée à sa dernière forme, c'est-à-dire à la forme de science » exacte; et que tout progrès git pour elle dans le perfectionnement continu de ses méthodes d'observation et d'expérimentation. « C'est là un jugement profondément vrai de la situation et des tendances de notre époque médicale. Oui, il faut perfectionner nos méthodes d'observation; et pour ce, il faut surtout introduire dans l'observation le plus d'instruments possible, parce que c'est le seul moyen d'expulser l'arbitraire, de l'application des sens à l'étude de l'homme; parce que c'est le seul moyen de rendre l'observation uniforme, exacte, et universellement la même. On ne s'entendra bien, en médecine, que lorsque l'on aura mis l'observation sous le joug d'instruments, qui donnent avec précision la mesure des choses. On ne pourrait trouver ailleurs la raison de la marche harmonieuse de la physique, de l'astronomie, etc.; et, si la médecine est toujours en proie à l'anarchie, c'est que la recherche des phénomènes y est trop abandonnée aux caprices, à la diversité de force intellectuelle des individus; c'est que son langage est trop vague; c'est qu'elle ne possède pas assez d'instruments d'observation. Aussi applaudirai-je toujours à la découverte d'un instrument qui remplacera l'homme, jusqu'à un certain point, dans la constatation des faits. Et j'applaudis pour cette raison, à la découverte du *cyrtomètre* (Κυρτος, courbe, μετρον, mesure) que vient d'imaginer M. le docteur Andry. Je sais des praticiens, et des praticiens du plus grand renom, qui ont vu une dépression de la région précordiale là où d'autres reconnaissent une voussure évidente; je sais des célébrités en herbe qui jouent l'esprit fort sur ces voussures, et qui affirment ne pas y croire plus qu'à un miracle magnétique. Eh bien! le cyrtomètre tiendra lieu de bons yeux à tous ces gens là. Il portera dans leur esprit des lumières que le simple et direct emploi des sens ne leur permettait point d'acquiescer. Quant à ceux qui ont reçu de la nature le don précieux d'une vue excellente, et qui ne se trompent point sur l'existence des voussures, le cyrtomètre leur servira encore: il déterminera avec rigueur, avec précision, en degrés, ce qu'ils n'évaluaient qu'approximativement. Pour tous, le cyrtomètre sera donc un moyen d'arriver constamment, et sûrement à la vérité.

Le cyrtomètre se compose d'abord d'une lame d'acier, d'un pouce de largeur, de six pouces de longueur environ, flexible, et recouverte de drap. Aux deux extrémités de cette lame d'acier se trouvent fixées deux aiguilles d'à peu près cinq pouces chacune, et qui se croisent au centre de la lame d'acier. Ces aiguilles sont fixées, par un de leurs bouts, d'une manière immobile. Elles sont libres dans le reste de leur étendue et couchées horizontalement sur cette lame.

Au milieu de la lame d'acier, s'élève une tige munie d'un curseur. Cette tige se replie à volonté. Elle est divisée arbitrairement en un certain nombre de degrés. Le curseur est mis en mouvement par l'extrémité de l'une et de l'autre aiguille; les aiguilles se soulèvent à mesure que la lame d'acier se courbe, et la lame d'acier se conforme à la courbure des parois thoraciques sur lesquelles on l'applique. Ainsi, on estime en degrés la portion de circonférence représentée par la région précordiale. Seulement, il est à regretter que ces degrés soient arbitraires, et qu'ils ne se rapportent point à un terme de comparaison connu, au quart de cercle, par exemple; car je veux bien que tous les cyrtomètres, fabriqués par M. Charrière, qui a confectionné le premier de ces in-

struments, avec son intelligence habituelle; je veux bien, dis-je, que tous ces cyrtomètres se ressemblent pour la graduation; mais cette graduation sera-t-elle exactement reproduite sur ceux qui sortiront d'autres ateliers? Pour éviter l'inconvénient de faire avec cet instrument des observations qui ne seront point comparables entre elles, il faudrait adopter une échelle convenue, une unité familière à tous: la division du cercle me paraît propre à remplir ce but. Alors, je crois que le cyrtomètre ne laisserait pas plus à désirer, pour la valeur de ses applications, qu'il ne laisse à désirer maintenant pour l'élégance, la simplicité et la commodité de sa forme.

Docteur J.-A. HENROZ.

BULLETIN MÉDICAL

DU MIDI.

FÉVRIER 1839.

MÉMOIRE SUR LES FONCTIONS DU FOIE.

Le foie, par son importance anatomique, réclame toute l'attention des physiologistes. La généralité de son existence dans le règne animal, ses connexions avec le tube digestif, la circulation veineuse exceptionnelle dont il est le siège, tout en lui excite aux recherches les plus sérieuses.

Opinions d'Hippocrate, de Galien, d'Hoffmann, de Césalpin, d'Harvey, de Pecquet et de Haller.

Hippocrate regarde cet organe comme un tronc d'où partent les veines; Galien suppose que le chyle, transporté dans le foie par les veines mésentériques, y revêt les qualités du sang en vertu d'une élaboration spéciale; que, par conséquent, le tissu hépatique est à la fois l'origine des veines et des esprits naturels qu'elles distribuent à toutes nos parties. Malgré les attaques d'Hoffmann et de Césalpin, qui, à l'exemple d'Aristote, considéraient le cœur comme la source des veines, l'opinion de Galien prévalut jusqu'à la découverte de la circulation. Mais on conçoit combien elle dut être ébranlée lorsque Harvey eut clairement prouvé que la veine porte, née des intestins, du pancréas, de l'estomac et de la rate, aboutit dans l'oreillette droite par l'intermédiaire de la veine cave. Plus tard, Pecquet dut porter à l'idée ancienne une bien rude atteinte, en démontrant l'existence des vaisseaux lactés; car il résulte nécessairement de ce fait que la plus grande partie du chyle ne traverse pas le foie. Enfin, la théorie galénique fut ruinée de fond en comble, lorsque Bartholin et Rudbeck établirent par des recherches exactes, que les prétendus chylofères du foie étaient simplement des vaisseaux lymphatiques tout à fait pareils à ceux des autres parties.

Les découvertes de Harvey, de Pecquet et de Bartholin, semblaient promettre une théorie plus satisfaisante, lorsque Haller professa qu'outre la sécrétion biliaire, le foie avait pour usage de ralentir le cours du sang noir aux environs du cœur. D'après l'illustre physiologiste, la nécessité de cet usage existe surtout dans le fœtus, car le sang des veines porte et ombilicale, venu des intestins et du placenta avec une vitesse progressivement croissante, ne pour-

rait se mêler à celui de la veine cave sans obstruer celle-ci, et même sans compromettre les parois de l'oreillette. Aussi, le foie ralentit l'impulsion du fluide en le divisant sur une grande surface, et prévient, par cela même, la rupture du cœur et celle de la veine. Dans l'adulte, il remplit le même usage, par rapport au sang abdominal.

Mais l'oblitération des vaisseaux ombilicaux atténue son importance comme diverticulum; de là, sa diminution de volume. Telle est, en peu de mots, la théorie de Haller; par elle, il prétend expliquer la différente proportion du foie dans l'adulte et dans le fœtus. Mais est-il bien certain qu'un diverticulum, pour le sang noir, soit plus nécessaire chez l'un que chez l'autre?

Si les vaisseaux ombilicaux s'oblitérent après la naissance, les veines des intestins, des membres pelviens et de l'hypogastre se développent davantage, et, en vertu de cette compensation, les causes d'encombrement aux environs de l'oreillette droite doivent être égales dans le fœtus et dans l'adulte.

Les opinions précitées nous prouvent qu'Hippocrate, Galien et Haller ont senti la nécessité d'attribuer au foie un autre usage que la sécrétion biliaire.

C'est qu'ils ont vu comme nous le volume de cet organe dans le fœtus, où la bile ne sert à rien, sa disproportion chez l'adulte avec la quantité de ce fluide, enfin, le trajet exceptionnel de sa veine principale. Ce trajet, parfaitement connu des galénistes, nous donne la raison de leur théorie; pour eux, en effet, les rameaux de la veine porte n'étaient autre chose que des racines vasculaires émanées du foie pour produire les veines caves. La singulière distribution du sang noir abdominal, qui, dès le berceau de la science, donna naissance à cette erreur grossière, devait retarder plus tard, sinon la découverte, du moins la preuve d'une grande vérité. En effet, dès le seizième siècle, Servet, Columbus, Arantius, mettent hors de doute la petite circulation, ou circulation pulmonaire. Après eux, Césalpin développe leurs idées avec plus de précision, les applique à la circulation générale, et prononce que le sang, transporté par les artères, revient des extrémités au cœur par les veines. Déjà, nous croyons toucher à la découverte de Harvey; mais nous lisons un autre passage de l'auteur, et notre illusion se dissipe. «Les fœces du sang, dit Césalpin, coulent vers la rate et l'intestin par les rameaux de la veine porte.» Ainsi, cette veine avec sa circulation, succes-