

DEUXIÈME LEÇON

AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE.

Augmentation réelle du volume du foie : *a*, sans douleur; *b*, avec douleur : 1° foie cireux, lardacé ou amyloïde; 2° foie gras; 3° hypertrophie simple.

Connaissant les diverses circonstances qui peuvent simuler, pendant la vie, une hypermégalie du foie, nous nous trouvons préparés pour examiner les cas où l'extension de la matité hépatique est due à une augmentation réelle du volume de l'organe.

On peut faire remarquer tout d'abord que l'augmentation de volume est un caractère commun à une foule d'affections différentes du foie, de telle sorte qu'un peu de classification facilitera le diagnostic. Le docteur Bright, dont les recherches sur les maladies de l'abdomen ont presque autant de valeur que celles sur les maladies des reins auxquelles son nom sera éternellement associé, divisait les foies gros en deux catégories, suivant que leur forme était *lisse* ou *irrégulière* (1). Mais cette classification comporte, à mon avis, une objection, c'est que dans certaines maladies (le foie cireux, par exemple), une augmentation de volume qui est d'habitude lisse et régulière, peut prendre l'aspect de lobules ou de nodosités; de même, dans d'autres cas (tels que le cancer), un foie généralement noduleux, peut être parfois complètement lisse. Une division qui me paraît à tous les points de vue préférable, c'est de classer les foies gros en *douloureux* et *non douloureux*. Le foie gros, sans douleur est en outre caractérisé par l'absence de jaunisse et d'ascite, et par une marche chronique; mais le foie gros avec douleur est généralement accompagné d'ictère et d'ascite et sa marche est plus rapide.

Parmi les foies gros non douloureux, nous avons le foie amyloïde, le foie gras, la tumeur à hydatides et l'hypertrophie simple.

Parmi les foies gros où la douleur est un symptôme dominant, nous avons la congestion, le catarrhe des voies biliaires, l'obstruction du canal

(1) *Abdominal tumours*, Sydenham Soc. ed., p. 242.

cholédoque et la rétention biliaire, l'hépatite interstitielle, l'abcès pyémique, les abcès des pays chauds et le cancer.

Outre les affections que je viens de citer, il y a d'autres cas d'augmentation de volume du foie, ainsi le tubercule, le sarcome à fibres fusiformes, etc.; mais les caractères cliniques et anatomiques de ces derniers sont moins bien connus: je me propose, du reste, de vous exposer dans une leçon à part quelques-unes de ces formes plus rares de foie gros. Mais je dois tout d'abord étudier en détail les caractères distinctifs des formes de foie gros que l'on connaît le mieux.

I. — FOIE CIREUX, LARDACÉ OU AMYLOÏDE.

Il n'y a pas d'affection, sauf peut-être le cancer, qui amène une aussi grande augmentation de volume du foie que ce qu'on appelle la dégénérescence cireuse ou amyloïde. J'ai vu un foie d'adulte affecté de cette maladie peser plus de 180 onces (environ 5500 grammes), au lieu de 50 à 60 (1500 à 1800 grammes); et le foie dont je vous montre ici un fragment, pesait 1/7 au lieu de 1/25, du poids total du corps de l'enfant sur lequel il a été pris. L'augmentation de volume du foie due à un dépôt cireux ou amyloïde peut se reconnaître, durant la vie, aux caractères suivants :

1° L'augmentation de volume est souvent considérable, si bien que le foie remplit complètement une grande portion de la cavité abdominale.

2° Elle est uniforme dans toute direction, de sorte que la forme de l'organe n'est pas essentiellement altérée. Le champ de la matité hépatique est augmenté sur les lignes médiane, dorsale et axillaire, aussi bien que sur la ligne mammaire droite. L'augmentation est plus grande en avant qu'en arrière, parce qu'en avant il y a plus de place pour le développement (fig. 10 et 11); elle se produit en haut aussi bien qu'en bas, quoique principalement dans cette dernière direction, le bord inférieur de l'organe atteignant souvent l'ombilic et même l'aîne droite; mais nulle part le développement exagéré de l'organe n'altère son contour normal. L'abdomen est augmenté de volume et on constate souvent une voussure manifeste au-dessous de l'arc costal droit, ainsi qu'à l'épigastre; mais on observe rarement, si même jamais, une voussure des côtes elles-mêmes, car le foie cireux se moule sur les organes adjacents et n'a que peu de tendance à déplacer les côtes par pression excentrique.

(1) Lancereaux a proposé, pour désigner cette lésion hépatique, le terme *leucomatose* (de λεύκωμα, blanc d'œuf, albumine), parce que les autres dénominations ne reposent, dit-il, que sur une simple apparence de l'altération ou sur une analyse incomplète de la substance qui infiltre les tissus lésés. (N. D. T.)

3° A la palpation, la portion du foie qui s'étend au-dessous du rebord des côtes est très-dense, ferme et résistante. Il n'y a pas d'élasticité et encore moins de sensation de fluctuation.

4° La face externe est lisse et le bord inférieur est un peu plus arrondi

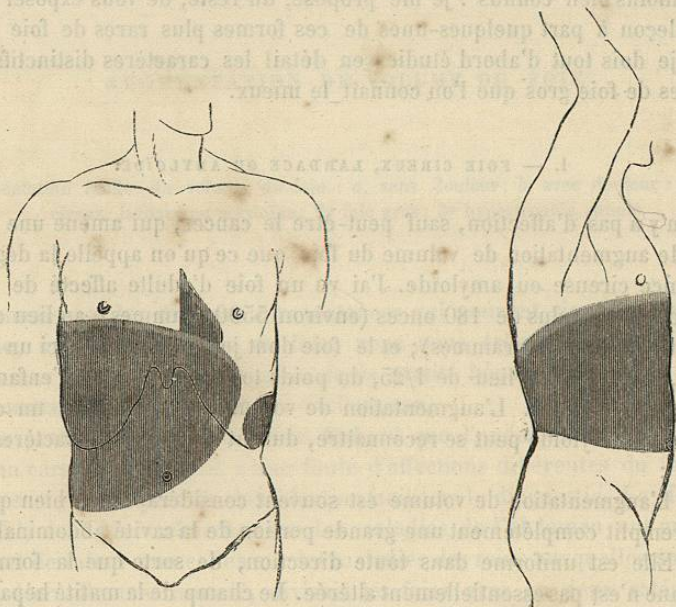


Fig. 10. — La figure 10 montre l'étendue de la matité du foie et de celle de la rate dans le cas de Henry D. (vue antérieure). — Entre les deux matités, il y a un espace qui donne la résonance claire et tympanique de l'estomac, et au-dessus du foie se trouve l'aire normale de la matité cardiaque. Comparez avec la figure 3, qui montre les limites normales du foie et de la rate.

Fig. 11. — La figure 11 montre l'étendue de la matité hépatique chez Henry D. (vue du côté droit). — Le bord supérieur est curviligne et descend graduellement jusqu'à l'épine dorsale. Comparez avec la figure 4.

qu'à l'état normal, régulier et exempt de dentelures. A ce point de vue cependant, on rencontre quelques rares exceptions qui, si on n'en connaissait pas la possibilité, pourraient conduire à une erreur de diagnostic. Parfois le dépôt cirieux s'accompagne de cirrhose ou de ce qu'on appelle cicatrices syphilitiques, et dans ce cas la surface de l'organe peut présenter des nodosités, ou même être divisée en lobes irréguliers, séparés par des

scissures profondes, ce qui peut faire supposer l'existence d'un cancer. Dans des cas d'augmentation extrême du volume du foie, cet organe peut présenter un développement exagéré de ses lobes normaux, les scissures profondes correspondant à l'attache des ligaments. Il y a quelques années, j'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre dans le service du D^r Greenhow, à l'hôpital Middlesex; je vous en exposerai les détails. Le professeur Frerichs, de Berlin, a aussi rapporté des cas dans lesquels un foie cirieux offrait une forme plus ou moins lobulée.

5° Le dépôt cirieux n'a que peu de tendance à obstruer la circulation porte, et conséquemment l'ascite et le développement des veines sous-cutanées des parois abdominales ne sont pas des phénomènes communs dans son histoire clinique. Lorsqu'il se présente de tels signes d'obstruction de la circulation porte, ils sont généralement dus à la pression exercée sur le tronc de la veine porte par des glandes lymphatiques de la scissure du foie envahies par le dépôt cirieux. Parfois aussi il se produit un épanchement de liquide dans le péritoine, résultant d'anémie générale, une affection concomitante du rein, ou une péritonite secondaire.

6° L'ictère est aussi un symptôme rare dans le foie cirieux et lorsqu'on le rencontre, il est principalement dû à la pression exercée par les glandes lymphatiques engorgées sur les voies biliaires ou à la coexistence du catarrhe de ces conduits.

7° La douleur et la sensibilité ne sont jamais des symptômes prédominants. Le foie peut être manipulé impunément, le malade n'accuse qu'une sensation de pesanteur ou de resserrement dans l'hypochondre droit, ou de malaise par suite de la pression à laquelle sont soumis l'estomac et les intestins. Mais parfois, notamment quand il y a des antécédents syphilitiques, on constate des douleurs aiguës par l'effet d'une périhépatite intercurrente. Chez le malade que vous pouvez observer en ce moment, en même temps qu'il y avait paralysie à droite du nerf de la cinquième paire par suite d'affection syphilitique (1), le foie et la rate qui sont considéra-

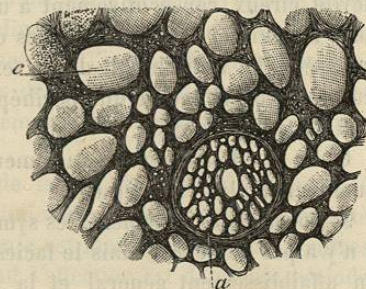


Fig. 12. — Coupe microscopique d'un foie affecté de dégénérescence albuminoïde (cirieuse). Empruntée au *Traité d'anatomie pathologique* de Lancereaux.

a, paroi artérielle dans l'épaisseur de laquelle on observe une infiltration de blocs albuminoïdes; c, cellules hépatiques infiltrées de cette même substance et plus ou moins volumineuses.

(1) Cas observé à *Saint-Thomas Hospital*, en novembre 1875.

blement augmentés de volume par formation cirreuse ont été pendant un temps extrêmement sensibles, ce qui tenait à l'inflammation de leur enveloppe péritonéale. Dans un autre cas que j'ai rencontré y a quelques années (observation X), l'augmentation de volume a commencé dans l'aine avec des douleurs vives dans le côté droit, pour lesquelles on appliqua nombre de sangsues; mais ce foie gros devint ensuite comme d'habitude sans douleur. Frerichs a également rapporté un cas où le foie devint cirieux consécutivement à une fièvre intermittente opiniâtre, et où « le premier symptôme fut des douleurs lancinantes persistantes dans le côté » (1). Enfin le fait d'une sensibilité excessive, dans le foie cirieux, due à la coexistence d'une périhépatite, a été confirmé, dans l'observation XI, par l'autopsie.

8° Le développement de la tumeur est lent et imperceptible; il prend quelquefois plusieurs années.

9° Constitutionnellement, les symptômes sont surtout ceux de l'anémie; il n'y a pas de fièvre; mais le facies est pâle et blême, le malade accuse un affaiblissement général et la proportion de globules blancs dans le sang est notablement augmentée.

D'autres caractères, assez importants pour le diagnostic, sont fournis par la rate, les reins, l'estomac ou les intestins qui sont devenus le siège d'un dépôt morbide semblable à celui qui a produit la tumeur du foie.

10° La rate est généralement grosse et maintes fois considérablement, aussi bien que le foie. L'augmentation de volume, de même que pour le foie, est uniforme, dure, lisse et sans douleur.

11° Comme règle, la maladie cérumineuse produit une augmentation de volume du foie avant qu'elle ait manifesté son existence dans les reins. Wetzlar n'a trouvé d'albumine dans l'urine d'aucun de ses dix-huit malades atteints de dégénérescence cérumineuse syphilitique du foie (2). Lorsque la maladie cirreuse frappe les reins, elle présente ses caractères spéciaux, et si elle coexiste avec une augmentation de volume du foie, il est très-probable que cette dernière est aussi le produit d'un dépôt cérumineux.

Ces caractères sont :

a. Quantité d'urine augmentée. Fréquemment, le malade rend de 1 litre et demi à 2 litres et demi d'urine dans les vingt-quatre heures. C'est la règle pendant presque toute la durée de la maladie. Ce n'est que vers sa terminaison que l'urine diminue (3).

(1) Traduct. française de Duménil et Pellagot, 2^e édit., p. 448, obs. LVIII.

(2) *Glasgow medical Journal*, mai 1869.

(3) C'est principalement au Dr Grainger Stewart que nous devons de connaître les caractères de l'urine dans la dégénérescence cirreuse des reins (*Edinb. med. Journ.*, 1864). Mes observations s'accordent avec les siennes sur tous les points essentiels.

b. L'urine est d'une couleur citron pâle, d'une densité de 1014 environ, et contient une quantité considérable d'albumine. Dans la première période de la maladie, cependant, il peut ne pas y avoir albuminurie (observation XI).

c. Les cylindres urinaires sont souvent absents. Lorsqu'on en trouve, on constate que ce sont des éléments épithéliaux, ou hyalins, plutôt ces derniers, et la plupart, d'après leur volume, paraissent provenir de tubes non dégarnis de leur épithélium. Ces cylindres hyalins ne m'ont pas paru, du moins d'après mon expérience, donner avec l'iode et l'acide sulfurique, la réaction appelée amyloïde. Mais dans des cas exceptionnels cette réaction peut être obtenue sur certains éléments cellulaires de provenance rénale.

d. Pendant la plus grande partie de la maladie, quand la quantité d'urine est augmentée, il n'y a pas de diminution absolue dans la quantité d'urée et par suite la tendance à l'urémie est moindre que dans d'autres formes de maladie rénale. Même quand l'affection est dans une période avancée, les symptômes urémiques sont relativement rares, et la mort est plus souvent le résultat d'une diarrhée qui épuise le malade.

e. D'après Warburton Begbie, l'urine contient de l'uroxanthine en plus ou moins grande quantité, et lorsqu'on la traite par un acide ou qu'on l'expose à l'air, il s'y développe un indigo bleu, ou indigo rouge (1).

La sécrétion persistante d'une grande quantité d'urine contenant beaucoup d'albumine par quelqu'un qui n'a jamais eu d'anasarque, confirmera la présomption d'une dégénérescence cirreuse des reins. Dans le rein contracté ou goutteux, il peut aussi ne pas y avoir d'hydropisie, et la quantité d'urine être augmentée; mais dans ce cas la pesanteur spécifique de l'urine est remarquablement abaissée (souvent ne dépassant pas de 1005 à 1010), et l'albumine manque complètement ou bien ordinairement il n'y en a que des traces.

12° Quand l'estomac et les intestins sont impliqués dans la maladie cérumineuse, il suffit de causes légères pour provoquer des vomissements et une diarrhée opiniâtre. Cette diarrhée s'accompagne parfois de ténésme, et on peut croire le malade atteint de dysenterie. Mais l'examen cadavérique ne révèle aucun indice d'inflammation intestinale.

13° Dans les cas avancés, l'haleine et la peau exhalent souvent une odeur désagréable qui est caractéristique et que Begbie a comparée à celle de l'indigo moisi.

14° Ici, comme dans bien d'autres maladies, les circonstances dans lesquelles l'affection se présente généralement ont une importance considérable pour le diagnostic. Il y a certaines conditions qui favorisent éminem-

(1) Reynolds, *System of med.*, t. III, p. 966.

ment la production de la dégénérescence cirreuse, et parmi ces conditions, on peut signaler les suivantes :

a. Une suppuration de longue durée, comme il s'en présente notamment dans les cas d'affections osseuses ou articulaires, la dysenterie, les cavernes tuberculeuses, et à la suite des opérations chirurgicales quand la plaie ne se cicatrise pas rapidement. Dans quelques cas d'*ozène syphilitique*, j'ai trouvé le foie et d'autres organes atteints de maladie cirreuse (obs. XII).

b. La syphilis constitutionnelle. Dans un bon nombre de cas d'affection cirreuse, les malades avaient eu la syphilis constitutionnelle qui paraît agir comme cause prédisposante en dehors de son action spéciale comme cause d'affections osseuses ou d'écoulement rebelles, et indépendamment aussi de l'influence qu'a pu exercer l'abus du mercure auquel Graves et G. Budd attribuaient la production de l'affection cirreuse.

c. La tuberculisation des poumons et des autres organes doit être considérée comme une cause prédisposante de dégénération cirreuse, quoique dans ces circonstances on rencontre plus souvent un foie gras qu'un foie cirreux. Sur 52 cas d'individus ayant succombé à la tuberculisation, et dont j'ai relaté les autopsies, 20 fois le foie était gras, 6 fois il était cirreux et dans 3 de ces cas il y avait en même temps une carie osseuse. Sur ces 52 cas, il y en avait 14 qui présentaient une dégénérescence cirreuse soit des reins, soit du foie ou de la rate, soit 1 sur 3 5/7. Relativement au sexe, il y avait un peu plus du double de cas de dégénérescence cirreuse chez des tuberculeux parmi les hommes que les femmes. Ainsi, sur les 33 hommes tuberculeux 11 étaient atteints de l'affection cirreuse, ou 1 sur 3; tandis que sur les 19 femmes tuberculeuses, 3 seulement avaient en même temps la dégénérescence cirreuse, soit 1 sur 6 1/3. On pourrait ajouter que l'affection cirreuse, d'une façon générale et quelle qu'en soit l'origine, est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : sur les 67 cas réunis par Frerichs, 53 avaient été constatés chez des hommes.

d. Un grand nombre de maladies chroniques qui portent atteinte à la nutrition générale, paraissent prédisposer à la dégénération cirreuse : on l'a observée en effet consécutivement aux fièvres intermittentes rebelles (1), au cancer, etc.

Traitement. — Les règles suivantes comprennent les moyens que l'expérience a montré être les plus utiles dans le traitement de l'affection cirreuse du foie. Dans beaucoup de cas, malheureusement, lorsque la maladie est déjà dans une période avancée, et lorsque les reins et les intestins sont impliqués dans la dégénération cirreuse, tout traitement est peu efficace et le malade meurt de l'épuisement qu'amène l'énorme

(1) Voir leçon IV.

soustraction d'albumine par l'urine ou les diarrhées profuses, comme dans l'observation XIII. Mais, d'un autre côté, dans plus d'un cas, les progrès de la maladie ont paru s'arrêter sous l'influence d'un traitement approprié, et parfois, comme dans l'observation X, il y a tout lieu de croire que le dépôt cirreux a en grande partie disparu. Dans tous les cas, le danger est proportionnel à l'extension que la maladie a prise dans les reins et les intestins.

I. Prophylaxie. — La prophylaxie des maladies en général n'a pas encore fixé l'attention des praticiens aussi sérieusement qu'elle le mériterait. Plus on étudie les causes des maladies, plus on trouve qu'il y a là à notre disposition un pouvoir qui jusqu'à présent a été trop négligé. En nous rappelant les causes que nous avons vues amener la dégénération cirreuse du foie, les moyens pour la prévenir se présenteront d'eux-mêmes. D'abord et avant tout, il est sage d'arrêter d'aussi bonne heure qu'on le peut les suppurations abondantes, de quelque partie du corps qu'elles proviennent, et en particulier celles qui viennent d'un os malade, et, s'il y a lieu, il faut avoir recours pour cela à l'intervention chirurgicale. On peut en vérité se demander si la chirurgie qu'on appelle conservatrice en substituant dans certains cas à une amputation une suppuration prolongée, n'a pas sacrifié la vie du malade en s'efforçant de lui conserver un membre. La mort du malade est attribuée à une mauvaise constitution, mais elle peut parfaitement être le résultat de quelque maladie interne produite par l'opération. Dans les cas où l'affection hépatique se présente dans le cours d'une phthisie, le traitement doit être dirigé contre la maladie primitive, et tous les moyens être employés pour arrêter la fonte purulente des poumons, la diarrhée et les sueurs profuses. De même, on doit combattre par un traitement approprié les symptômes de syphilis constitutionnelle, et prendre des mesures pour prévenir la cachexie générale qu'engendrent si aisément des maladies qui minent autant l'organisme que la fièvre intermittente et la dysenterie. Enfin, il faut ajouter que dans les cas où l'organisme est drainé par une abondante suppuration, on a proposé les alcalins comme moyen d'empêcher le dépôt cirreux; la chimie aurait montré en effet que les matériaux de la lésion cirreuse sont de la fibrine désalcalinisée, et on prétend que, une grande quantité d'alcali se trouvant éliminée avec le pus, on peut prévenir le dépôt cirreux en restituant cet alcali à l'économie (1).

II. — Lorsque la dégénération cirreuse existe déjà, il faut la combattre par les moyens suivants :

1° Le régime doit être aussi nourrissant que le comportent les forces digestives du malade. L'usage modéré de stimulants alcooliques est géné-

(1) Dickinson, *Med. chir. transact.*, t. L, p. 55.

ralement utile. En considérant l'état anémique du foie, l'alcool est vraisemblablement moins nuisible que dans d'autres formes de foie gros. Si la maladie n'est pas trop avancée, et si le malade en a les moyens, le transport dans un climat doux et égal est généralement profitable.

2° *Alcalins.* — Mon expérience ne me permet pas de rien établir de dogmatique quant à l'effet des alcalins sur l'affection cirreuse; mais le docteur Dickinson m'a assuré que dans des cas de suppuration osseuse les sels de potasse compensaient les pertes éprouvées et prévenaient la dégénération cirreuse, et que leur usage avait même amélioré des gens atteints de cette maladie hépatique à un degré avancé et qui étaient albuminuriques. Ce traitement mérite certainement d'être essayé et vous pouvez prescrire une mixture contenant la liqueur de potasse avec le phosphate et citrate de potasse et tartrate de fer.

3° *Toniques.* — La plupart des malades atteints de dégénération cirreuse se trouvent bien de l'usage des toniques et en particulier des diverses préparations de fer, telles que le perchlorure et l'iodure. J'ai vu plus d'une fois une amélioration marquée à la suite de l'emploi prolongé de l'acide nitrique associé à certains amers végétaux tels que la gentiane ou la quinine. L'usage externe de l'acide nitro-chlorhydrique, de la manière que je vous indiquerai ultérieurement (Leçon IV), mérite également d'être essayé. L'huile de foie de morue est d'une utilité douteuse; Frerichs prétend avoir vu des cas où la maladie cirreuse du foie s'était développée sous l'influence de l'usage prolongé de ce médicament.

4° L'iode et ses préparations sont d'une utilité incontestable dans le traitement de la dégénération cirreuse et particulièrement quand il y a des antécédents syphilitiques. Sous ce rapport, je ne connais pas de préparation supérieure à la teinture d'iode de la Pharmacopée britannique, qu'on peut donner à la dose de 10 à 15 gouttes, diluée, trois à quatre fois par jour. Rappelez-vous l'amélioration marquée non-seulement dans les symptômes généraux, mais aussi dans le volume du foie, qui s'est produite sous son influence dans le cas de H. D. (observ. X). Quand il y a des antécédents syphilitiques, on se trouve également très-bien de l'emploi de petites doses de bichlorure de mercure associé aux bains et à l'eau d'Aix-La-Chapelle (1).

5° Budd (2) a observé des cas où les sels ammoniacaux, tels que le carbonate et le chlorhydrate, ont produit une amélioration marquée accompagnée de diminution dans le volume du foie. Dans un cas où le chlorure d'ammonium fut administré à la dose de 5 à 10 grains (32 à 65 centigrammes) trois fois par jour, on arriva à faire complète-

(1) Wetzlar, *loc. cit.*

(2) *Diseases of Liver*, 3rd. éd., p. 335.

ment disparaître une augmentation considérable du volume du foie qui existait depuis neuf mois, et qui était accompagnée d'émaciation, de pâleur, de fièvre éréthique, et où le mercure, l'iode, le taraxacum et l'acide nitro-chlorhydrique avaient été essayés sans succès. Warburton Begbie a aussi observé une grande diminution de l'engorgement cirieux du foie par l'effet du chlorure d'ammonium à la dose de 15 à 30 grains (1 à 2 grammes) trois fois par jour (1).

6° Dans tous les cas de foie cirieux, veillez avec grand soin sur les complications qui peuvent se produire et combattez-les dès qu'elles surviennent. Celles qui se présenteront le plus ordinairement sont la diarrhée, les vomissements, l'albuminurie, l'hydropisie et l'urémie. La diarrhée sera combattue par les astringents minéraux et végétaux associés à l'opium, par l'azotate de fer, et des révulsifs sur l'abdomen. Même dans les cas où les reins sont intéressés, l'opium est moins à craindre que dans d'autres formes d'affection rénale. Mais il n'est pas rare de voir la diarrhée résister à tout traitement et emporter le malade. Les vomissements persistants constituent aussi une complication sérieuse et souvent ne sont pas amendés par le traitement; la glace, le bismuth, l'acide cyanhydrique et les révulsifs à l'épigastre sont les moyens sur lesquels on peut le plus compter. L'albuminurie n'a pas besoin d'autre traitement que celui de l'affection hépatique elle-même. L'hydropisie sera combattue par les diaphorétiques et les diurétiques, l'acétate d'ammoniaque avec les bains chauds et le bitartrate ou l'acétate de potasse avec la digitale. A ces médicaments il sera bon d'associer les sels de fer tels que le perchlorure avec la liqueur d'acétate d'ammoniaque, ou l'acétate de fer avec l'acétate de potasse. Les purgatifs drastiques doivent toujours être administrés avec précaution dans cette forme d'hydropisie, de crainte d'amener une diarrhée incoercible. Enfin dans ces rares cas où l'urémie survient vers la fin de la maladie, les médicaments indiqués sont les diaphorétiques, les bains de vapeur, les diurétiques, et si c'est nécessaire, un léger purgatif (2).

A l'appui des remarques que je vous ai présentées, je vous montrerai maintenant tout d'abord une portion du foie que j'ai prise sur un malade

(1) Reynold's, *System of Medicine*, III, p. 968.

(2) Quand la dégénérescence cirreuse a été déterminée par une affection chronique susceptible d'être avantageusement traitée, il n'est pas impossible de la voir disparaître, du moins en grande partie, quand l'affection chronique a été guérie. Ainsi le Dr Richard Barwell rapporte dans *the Lancet*, 1874, t. II, p. 187, deux cas où pareille terminaison semble avoir eu lieu. Dans ces deux cas, il s'agit de coxalgie suppurée, sous l'influence de laquelle s'était produite une augmentation considérable du volume du foie présentant les caractères de la dégénérescence amyloïde. L'affection articulaire ayant cédé par l'effet de l'intervention chirurgicale, on constata, au bout d'un certain temps, que le foie avait repris, dans un cas, ses dimensions normales, et dans l'autre un résultat presque analogue. (N. D. T.)

mort il y a quelques années à l'hôpital Middlesex et dont voici l'observation suivie des détails de l'autopsie.

OBS. IX. — *Carie de la hanche. — Foie cirieux pesant près de 1/7 du poids de tout le corps. — Rate cirieuse. — Reins gras.*

H. L., âgé de sept ans, fut admis à l'hôpital Middlesex dans le service de M. Shaw, le 30 novembre 1858, pour une affection de la hanche gauche dant d'environ neuf mois. Il était amaigri, avait l'apparence scrofuleuse, la tête et les articulations étant volumineuses proportionnellement au reste du corps. Il souffrait beaucoup dans la hanche gauche et la douleur était augmentée par le mouvement, de sorte qu'il ne marchait qu'avec difficulté. Peu de temps après son entrée, des abcès s'ouvrirent dans le voisinage de la hanche gauche, et des trajets fistuleux continuèrent à fournir du pus jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 27 janvier 1861. Pendant la vie, il y avait une grande tuméfaction de l'abdomen, due évidemment à l'augmentation de volume du foie dont le bord inférieur descendait plus bas que l'ombilic et dont la surface était dure, lisse et indolente. La matité de la rate était également plus étendue; beaucoup d'albumine dans l'urine, mais pas d'hydropisie; parfois de la diarrhée, la langue extraordinairement nette, rouge et luisante.

Autopsie. — Corps extrêmement amaigri, jointures fortes proportionnellement aux membres. Le poids total du corps n'est que de 14 kil. 90 grammes, la longueur est de 3 pieds et demi. L'abdomen est très-tuméfié et dur, particulièrement dans l'hypochondre droit. Gonflement considérable autour de la hanche gauche, avec nombreux trajets fistuleux allant jusqu'à l'os. La cuisse gauche est fléchie et immobilisée. La tête du fémur manque entièrement et l'extrémité de l'os est cariée. La cavité cotyloïde aussi est malade, car elle a été dénudée et frappée de carie, elle est même à jour en un point, de sorte qu'il y a une ouverture dans la cavité pelvienne.

La tête est remarquablement large, sa circonférence était de 21 pouces et demi. Le cerveau pèse 55 onces et demie (environ 1550 grammes); son tissu est normal; chacun des ventricules contenait 10 à 12 grammes de sérosité, et à la base il y avait à peu près 60 grammes de liquide. Les membranes sont normales.

Le cœur et les poumons sont à l'état normal.

Le foie est énorme et très-dense; il pèse 1950 grammes, ou près de 1/7 du poids total du corps, la proportion normale chez un enfant de neuf ans étant de 1/25. Il descendait jusqu'à l'ombilic, et se moulait sur les divers organes voisins. Son tissu était très-ferme, de sorte que l'organe conservait sa forme convexe lorsqu'on le plaçait sur une table. Sa face externe est parfaitement lisse et complètement libre de toute adhérence, mais elle montre les empreintes des organes adjacents. Sur une coupe, son tissu avait une coloration rose grisâtre et de la transparence, et présentait une trame de stries jaunâtres, opaques, formées d'éléments fibreux, correspondant en apparence aux contours des lobules grossis et renfermant dans ses mailles la matière solide translucide. Ce tissu donnait très-nettement avec l'iode et l'acide sulfurique la

réaction dite amyloïde. Au microscope, les cellules hépatiques paraissaient accolées et aplaties comme des écailles, et on ne pouvait pas en isoler. Les noyaux étaient distincts, mais les parois des cellules avaient leurs contours à peine appréciables en bien des endroits, les noyaux paraissant semés dans une masse homogène translucide; dans quelques endroits même, on ne pouvait pas distinguer les noyaux. Vers la circonférence des lobules, les cellules étaient plus distinctes et contenaient même par places une quantité inaccoutumée d'huile.

La rate pesait près de 12 onces et présentait à la coupe une surface lisse, luisante, qui devenait fortement teintée sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique.

Les reins sont gros, le droit pesant 5 onces et le gauche 5 1/4; ils n'étaient pas du tout denses, mais au contraire très-flasques. Leur capsule n'était pas adhérente et leur surface était parfaitement unie, d'un jaune pâle, avec un lacs de veines injectées. La substance corticale était hypertrophiée, jaune pâle, opaque et molle. L'épithélium rénal était partout chargé de fines molécules et de globules huileux, et en bien des endroits les tubes urinifères paraissaient comme farcis d'huile. L'iode et l'acide sulfurique produisaient une teinte marquée sur les artérioles et les corpuscules de Malpighi.

Les glandes mésentériques et les glandes de Peyer légèrement grossies; l'application d'iode sur la muqueuse intestinale produit de nombreux points rouge-brun correspondant aux villosités.

La coexistence, dans ce cas, de reins gras avec la dégénérescence cirieuse du foie et de la rate, est digne de remarque. Il faut observer cependant que même dans les reins les petits vaisseaux donnaient la réaction dite amyloïde.

Bon nombre d'entre vous ont eu l'occasion d'examiner le malade dont je vais maintenant vous rapporter l'histoire.

OBS. X. — *Syphilis constitutionnelle, suivie de symptômes de dégénérescence cirieuse du foie, de la rate et des reins.*

H. D..., âgé de vingt-huit ans, fut admis le 27 décembre 1866 à l'hôpital Middlesex. Étant jeune, il paraît avoir joui d'une bonne santé et avoir eu des habitudes de tempérance. Mais il y a six ans, il contracta la syphilis, et il eut des bubons qui furent ouverts et dont on voit encore les cicatrices dans l'aîne. Les plaies guérirent rapidement, ne suppurant guère qu'une quinzaine de jours. Il ne se rappelle pas avoir eu des ulcérations dans la gorge ni des douleurs dans les os. En 1858, il alla rejoindre un régiment de cavalerie dans l'Inde. A part une ou deux légères attaques de diarrhée, sa santé continua à être bonne jusque vers novembre 1864, où il fut pris de douleurs dans l'hypochondre droit, ce qui le força à garder le lit pendant six semaines. La douleur augmentait quand il faisait une forte inspiration. On lui appliqua des sangsues et des vésicatoires. Au bout de six semaines, il reprit sa tâche; mais, son foie devenant gros et ses forces s'en allant, il fut congédié du service et