

revint en Angleterre en juin 1865. Depuis son retour en Angleterre, il a pu gagner sa vie comme journalier; mais chaque hiver il a eu de la toux et parfois une expectoration légèrement striée de sang. Huit semaines avant son admission, il perdit l'appétit et les forces, et fut envoyé comme fiévreux au *London Fever Hospital*, où on lui administra du mercure et de l'iode de potassium dans le but de réduire le volume du foie. En quittant le *Fever Hospital*, il vint ici. Il ne se rappelle pas avoir eu dans l'Inde aucune espèce de fièvre, et en aucun moment de sa vie il n'a constaté de l'hydropisie sur quelque partie de son corps.

Le malade, à son entrée, est maigre et anémié; il a le teint blême, sans cependant qu'il y ait ictère conjonctival. Sur le dos on voit de nombreuses petites cicatrices et des taches cuivrées. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était l'augmentation de volume du foie, dont le bord supérieur atteignait le quatrième espace intercostal, tandis que le bord inférieur descendait jusqu'au bas de l'ombilic (fig. 10). L'augmentation de volume paraissait niforme. Voici quelles étaient les dimensions de l'organe : sur la ligne médiane, 8 pouces $\frac{1}{4}$; sur la ligne mammaire droite, 9 $\frac{3}{4}$; sur la ligne axillaire 6 $\frac{1}{2}$; sur la ligne dorsale 5 $\frac{1}{2}$. La limite supérieure de la matité hépatique était arquée (fig. 11), elle était, en effet, au niveau de la ligne axillaire, un pouce plus bas que sur la ligne mammaire; sur la ligne dorsale, elle s'élevait jusqu'au huitième espace intercostal et de là s'incurvait vers la colonne. Pas de voussure des côtes; la portion du foie qui dépasse le rebord costal est ferme et résistante, nullement sensible et parfaitement lisse. La seule inégalité appréciable était un sillon transversal situé à 3 pouces $\frac{1}{2}$ au-dessus de l'ombilic et apparemment due à la constriction de quelque partie du vêtement. Le bord inférieur du foie se déprimait considérablement quand le malade faisait une longue inspiration, de sorte que la surface de l'organe était probablement libre d'adhérences, ou bien il n'y en avait que très-peu. Les dimensions de la rate étaient également augmentées (fig. 10); elle ne faisait pas saillie au-dessous du rebord costal, mais sa matité était de 5 pouces et demi verticalement et 6 $\frac{1}{2}$ transversalement, au lieu de 2 pouces sur 4 dans l'état normal. Pas de signe d'ascite ou d'anasarque. Appétit mauvais; langue chargée; pendant les quelques semaines qui ont précédé son admission, tendance aux vomissements et à la diarrhée; il y avait trois ou quatre selles relâchées par jour. Pas de douleur dans l'abdomen, sauf quelques crises passagères, qui paraissaient dues à la flatulence. Ce dont le malade se plaint le plus, c'est de sa faiblesse dans les membres.

Le sang et l'urine furent examinés avec soin : le sang contenait un peu plus de globules blancs qu'à l'état normal, bon nombre de globules rouges avaient un contour irrégulier et une tendance à s'effiler. On tint note pendant plusieurs semaines de la quantité d'urine évacuée journellement et on constata qu'elle était toujours bien au-dessus de la normale; la quantité moyenne était de 3 à 4 pintes et parfois il y avait plus de quatre pintes; densité 1010 à 1015. L'urine contenait toujours beaucoup d'albumine, mais elle était parfaitement claire, de couleur ambrée et sans dépôt appréciable. L'examen microscopique au point de vue des cylindres urinaires ne donna la plupart du temps

qu'un résultat négatif; une fois on a trouvé quelques petits cylindres hyalins.

Pendant les cinq jours qui suivirent l'entrée du malade, on constata un léger trouble fébrile. Le pouls varia entre 110 et 120; la température s'éleva jusqu'à 39° 2. On entendait des râles bronchiques humides et secs en arrière des deux poumons; le malade a eu aussi des insomnies, mais sans frissons ni transpiration. Après cela, le pouls et la température redevinrent à l'état normal et le sommeil fut bon; mais on entendait généralement un râle crépitant fin à la base des poumons. Pas de signe de maladie de cœur.

Jusqu'au 13 mars 1867, le traitement consista en acides minéraux, toniques amers et régime substantiel. On prescrivit d'abord de l'acide sulfurique et de petites doses de laudanum, à l'effet d'arrêter la diarrhée. Le 9 janvier, on substitua de l'acide nitrique à l'acide sulfurique, et on administra de petites doses de laudanum dans une infusion de gentiane composée. Le 8 février, on supprima l'opium et à la place de l'infusion de gentiane composée on donna 64 milligrammes de quinine. La diarrhée qui avait complètement cessé reparut de nouveau, mais est supprimée encore par le laudanum le 13 février. Sous l'influence de ce traitement, le malade s'améliora promptement et considérablement. Il avait bon appétit et avait repris des forces. A son entrée, son poids était de 70 kilos; mais le 13 mars il avait gagné 16 livres (environ 7 kil. $\frac{1}{4}$).

3 avril 1867. — Le 13 mars on cesse l'acide nitrique et on donne à la place 15 gouttes de teinture d'iode composée. Après cela, le malade continue à aller mieux. Il pesait 9 kilos de plus qu'à son entrée. Il n'y avait plus de diarrhée et la quantité d'urine était revenue presque à son chiffre normal. Pas de changement appréciable, cependant, dans le volume du foie.

29 avril. — Le malade quitte l'hôpital, considérablement amélioré au point de vue de ses forces et de son apparence : pas de diarrhée; urine en quantité normale, mais contenant $\frac{1}{20}$ d'albumine. Volume du foie considérablement diminué aussi, comme l'indiquent les dimensions suivantes : sur la ligne médiane 6 pouces; sur la ligne droite mammaire 7 pouces $\frac{1}{4}$; sur la ligne axillaire 6 $\frac{1}{4}$. La matité de la rate dans le sens vertical n'est plus que de 4 pouces $\frac{1}{2}$.

Dans ce cas, le fait de l'augmentation de volume du foie débutant sous les tropiques par une douleur aiguë, pouvait bien donner l'idée qu'on avait affaire à un abcès; mais contre cette idée d'abcès on avait la durée de cette augmentation de volume, son caractère uniforme, sa grande densité, l'absence de fluctuation, et cette circonstance que le malade avait été capable de travailler comme journalier pendant plus de douze mois avant son admission au *Fever Hospital*. D'un autre côté, les caractères physiques de la tuméfaction hépatique, l'augmentation de volume de la rate, l'excrétion d'une grande quantité d'urine très-albumineuse, sans qu'il y eût hydropisie, la tendance à la diarrhée, l'état du sang et les antécédents syphilitiques, tout indiquait que la dégénérescence cirreuse était la cause de l'augmentation de volume. Quant à la dou-

leur, on peut faire remarquer que Frerichs a rapporté un cas d'affection cireuse du foie, dans lequel « le premier symptôme fut des douleurs lancinantes persistantes dans le côté, et bientôt le malade vit ses forces diminuer à tel point qu'il fut dans la nécessité de quitter son travail. Presque en même temps, il observa une tuméfaction dans l'hypochondre droit et l'épigastre. » La cause de la douleur était sans nul doute une attaque intercurrente de périhépatite, comme on l'a constaté après la mort dans l'observation XI.

OBS. XI. — *Syphilis constitutionnelle, suivie de dégénérescence cireuse du foie, de la rate et des reins. — Pas d'albuminurie. — Périhépatite.*

Thomas S., âgé de vingt-trois ans, jardinier, fut admis le 4 mars 1868 à l'hôpital Middlesex. Il avait contracté la syphilis au commencement de 1866 et depuis le 2 août jusqu'au 2 décembre 1867, il avait été dans mon service pour une ulcération de la gorge, du rupia, de la périostite sur nombre de ses os et des attaques de fièvre. Le foie n'était pas gros alors. Il vint de nouveau dans mon service pour une diarrhée intense qui avait duré pendant une quinzaine. Il était à ce moment très-amaigri, il avait de la périostite à l'os frontal, aux deux clavicules, aux deux tibias, aux os de l'avant-bras, etc. Langue sèche et brunâtre; pas d'appétit, soif vive; parfois des vomissements; diarrhée aqueuse profuse, matières fétides. Foie très-gros, mesurant 8 pouces sur la ligne mammaire droite; augmentation de volume uniforme; surface lisse et dure, et pendant deux jours, mais non auparavant, extrêmement sensible. Pas d'ictère, pas d'ascite, pas d'augmentation apparente du volume de la rate, pas d'albuminurie et pas d'anasarque.

La diarrhée fut arrêtée par une mixture contenant de l'acide tannique et quelques gouttes de laudanum, mais de temps en temps elle reparaisait. La langue devint sèche, rouge et fissurée; des abcès se formèrent à la mâchoire et à la hanche; dans la nuit du 15 mars, il eut une violente attaque de convulsions, dont il se remit, mais le matin du 31, il eut une seconde attaque et resta sans connaissance jusqu'à sa mort, huit heures après. L'urine ne contenait pas d'albumine; celle évacuée la veille de la mort était abondante et avait une densité de 1007.

Autopsie. — Le foie est considérablement augmenté de volume; il s'étend en bas jusqu'à l'ombilic; toute sa surface est couverte d'une mince couche de lymphé récente, qu'on peut aisément enlever. La surface est lisse, moulée sur les organes adjacents; son tissu est très-dense et présente les caractères typiques et la réaction de la lésion cireuse; il pèse 131 onces (plus de 3 kil. et demi). On trouve dans la vésicule biliaire environ une once d'un mucus gélatineux couleur ambrée. La rate pèse 12 onces et demie, elle est ferme et cireuse; à la coupe on dirait des grains de sagou. Les reins paraissent sains, mais les corpuscules de Malpighi donnent la réaction amyloïde très-nettement. La muqueuse intestinale, du jéjunum jusqu'à la fin de l'iléum, donne également la réaction amyloïde sur les petits vaisseaux des villosités et ailleurs. Les os du crâne sont considérablement épaissis, le diploé est rempli d'une

matière osseuse dense; le frontal présente un point ramolli et la surface osseuse correspondante est rugueuse et érodée. Les artères cérébrales ont leurs tuniques épaissies, mais ne se teignent pas par l'iode. Environ une once de liquide dans les ventricules latéraux. La base du poumon droit est carnifiée par suite de la compression du foie.

OBS. XII. — *Maladie des os du nez. — Ozène et épistaxis. — Augmentation considérable du volume du foie. — Albuminurie.*

Philippe A., âgé de quarante et un ans journalier, fut admis le 14 février 1871 à l'hôpital Middlesex. Il assure qu'il a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a seize mois, époque où il commença à avoir au nez un écoulement fétide accompagné de fréquentes épistaxis et d'une toux gênante. La quantité de sang perdu ainsi était souvent considérable, et il se formait dans la narine gauche de gros coagula que le malade retirait. Il maigrit et s'affaiblit; il fut obligé d'abandonner son travail et resta neuf mois dans un autre hôpital. Il n'a jamais eu ni sueurs nocturnes, ni diarrhée, ni hydropisie, mais pendant deux ans il a été dans l'habitude de se lever deux fois par nuit pour uriner.

A son entrée, le malade est maigre, blême et anémique, mais il n'y avait pas trace de jaunisse ni d'hydropisie. Les narines étaient affectées d'un écoulement fétide et la narine gauche était rétrécie par la projection d'une portion de l'os nasal gauche tout à fait rongé et un peu détaché. Nombreuses petites taches cuivrées sur l'abdomen et sur les jambes. L'abdomen est gros et proéminent, sa circonférence est de 31 pouces au niveau de l'ombilic. Cette tuméfaction est entièrement due à une augmentation uniforme du volume du foie, dont on pouvait sentir le bord inférieur arrondi deux pouces au-dessous de l'ombilic, et dont la matité s'étendait du mamelon à 10 pouces et demi en bas. La surface du foie est lisse, dure et indolente. La matité de la rate occupe le double de son aire normale, mais on ne peut pas sentir le bord inférieur de l'organe faisant saillie au-delà des côtes. L'urine fut examinée presque tous les jours; sa quantité s'élevait quelquefois jusqu'à près de trois litres; sa densité variait de 1010 à 1015; elle contenait ordinairement de l'albumine, parfois jusqu'à 1/12 de son volume, mais pas de cylindres urinaires. Submatité et expiration prolongée dans la fosse sous-claviculaire droite. Pouls de 80 à 100; cœur refoulé en haut, mais sous les autres rapports normal. Langue rouge et un peu dégarnie d'épithélium; appétit bon; fonctions alvines régulières. Le nombre des corpuscules blancs du sang est considérablement augmenté. Durant le séjour du patient à l'hôpital, la température du soir s'élevait souvent de 1 degré et plus au-dessus de celle du matin; elle a atteint une fois 39° 2. Le malade se plaignait souvent de céphalalgie frontale et de douleurs dans les membres; pendant plusieurs jours il eut une légère atteinte de diarrhée; le 11 avril il fut pris subitement d'un œdème aigu de la glotte, qui fut un peu alarmant.

Le traitement consista en acides minéraux et azotate de fer, tandis que les narines étaient lavées en y injectant une solution de la liqueur de Condry ou d'acide sulfureux. Lorsque la céphalalgie frontale fut trop violente, on lui

fit prendre de l'iodure de potassium. L'œdème de la glotte céda rapidement aux sangsues et aux cataplasmes chauds sur la gorge, au glycérolé de tannin appliqué à l'entrée de la glotte et à l'azotate de fer à l'intérieur. Lorsque le malade quitta l'hôpital, le 24 mai, il était infiniment mieux. Le foie était plus petit, mais la matité hépatique dans le milieu du lobe droit mesurait encore 9 pouces $\frac{1}{4}$; l'albuminurie avait disparu pendant quelque temps; la proportion de globules blancs du sang avait diminué; la température du soir était normale, et l'écoulement nasal moindre.

OBS. XIII. — *Nécrose syphilitique de la mâchoire inférieure.* — *Albuminurie.* — *Diarrhée.* — *Pleurésie et péricardite.* — *Foie et reins cireux.*

John R., âgé de trente-huit ans, est entré dans mon service de Middlesex Hospital le 17 décembre 1867. Six ou sept ans auparavant, il avait contracté la syphilis, et quatre ans avant il avait été obligé de garder le lit pendant trois mois pour une affection douloureuse des articulations. Un an avant, il avait été admis dans le même hôpital pour une albuminurie accompagnée d'un léger œdème des jambes; à ce moment, le bord alvéolaire du côté droit de la mâchoire inférieure s'était exfolié. Dix semaines avant son entrée, il avait été pris de toux, de dyspnée et de douleur dans le côté droit de la poitrine.

A son entrée, le malade a l'aspect anémique, chlorotique, avec une légère anasarque générale. L'urine contenait une très-grande quantité d'albumine, environ la moitié de son volume, mais pas de cylindres urinaires; elle était très-abondante et avait une densité de 1015. Matité absolue sur toute la surface du poumon droit, avec tous les signes d'un épanchement pleurétique. Matité cardiaque également augmentée, mais impossible à délimiter d'avec celle du poumon droit; les bruits du cœur sont faibles, mais on n'y peut trouver rien de bien anormal. Pouls à 96; langue nette et rouge; haleine extrêmement fétide; pas d'appétit et vomissements fréquents. La matité hépatique s'étend en bas uniformément à deux pouces au-dessous de sa limite normale. Au-dessus, elle ne pourrait pas être nettement isolée de celle du poumon droit. La portion du foie faisant saillie au-dessous des côtes droites était lisse et nullement sensible. La rate ne paraissait pas augmentée de volume. Le malade se plaignait beaucoup de ne pas dormir.

Le traitement ne réussit guère à améliorer l'état du malade. Le 2 janvier suivant, diarrhée profuse, avec selles aqueuses et très-fétides. Cet état continua ainsi jusqu'à la mort, le 7 janvier, qui fut le résultat de l'épuisement plutôt que du coma.

A l'autopsie, on trouva un épaissement considérable avec des adhérences solides de la plèvre droite en avant; en arrière, le poumon droit était séparé de la paroi thoracique par environ trente onces de liquide trouble; le poumon droit est extrêmement dense par suite de transformation fibroïde. Le péricarde contenait environ 12 onces de sérosité trouble et la surface du cœur était recouverte d'une couche épaisse rugueuse de lymphes assez fermement adhérente. Le foie, la rate et le poumon droit étaient solidement fixés au diaphragme par des adhérences. Le foie pesait 66 onces; il était extrêmement

dense, et présentait à l'œil nu les apparences et la réaction chimique du dépôt cireux. La rate est de volume normal et un peu molle. Les reins ont à peu près leur grosseur ordinaire; leurs surfaces sont légèrement granuleuses; la couche corticale est extrêmement dense et pâle, et les vaisseaux droits et les corpuscules de Malpighi donnent d'une façon caractéristique la réaction dite amyloïde. La muqueuse de l'intestin grêle était fortement injectée, mais ne présentait pas la réaction amyloïde.

Dans le cas suivant, qui a été observé il y a quelques années à Middlesex, le diagnostic fut rendu difficile par la forme irrégulière, nodulée, qu'affectait l'augmentation de volume du foie. Le cas se trouvait dans le service du docteur Greenhow et a été rapporté dans les *Pathological Transactions*, t. XVI, p. 147.

OBS. XIV. — *Foie cireux, gros et nodulé, simulant un cancer.*

Le malade était un boulanger, âgé de trente-trois ans, au moment de sa mort, le 12 octobre 1864. On ne put assigner de cause à la maladie; mais on remarqua dans l'aîne droite une cicatrice de nature suspecte. On put l'observer tout d'abord quatre mois avant sa mort, et quoique le foie fût alors aussi gros qu'au moment de la mort, il n'avait jamais été le siège de douleur ni de gêne, le malade ne se doutait nullement qu'il eût une tumeur dans l'abdomen avant qu'on l'eût reconnu à l'hôpital. La tumeur s'étendait du côté droit jusqu'au côté gauche de manière à occuper les deux hypochondres. Matité absolue à la percussion depuis la 4^e côte droite jusqu'à un pouce au-dessous du niveau de l'ombilic. La tumeur n'était pas du tout sensible et sa surface était parfaitement lisse. Une proéminence globulaire, unie à l'épigastre, simulait cependant jusqu'à un certain point une tumeur hydatique profondément située, tandis qu'un bord lobulé et l'ascite purent plus tard faire supposer l'existence d'un cancer. Néanmoins, l'absence de douleur et des phénomènes habituels de la cachexie cancéreuse éloignaient l'idée de cancer, et, d'un autre côté, la densité de la tumeur épigastrique, l'augmentation de volume de la rate, et les caractères de l'urine indiquaient la maladie cireuse plutôt qu'une tumeur hydatique.

Une quinzaine avant l'entrée du malade, son pied commença à enfler et l'anasarque s'étendit graduellement jusqu'aux cuisses et au scrotum. Environ deux mois avant sa mort, du liquide commença à se former dans le péritoine; mais l'hydropisie ne gagna jamais les bras ou la partie supérieure du corps. L'urine était assez abondante, environ trois pintes, et contenait beaucoup d'albumine, mais rarement des cylindres urinaires. Jamais il n'y eut d'ictère. Vers la fin, le malade maigrit considérablement et finalement mourut épuisé.

Le foie pesait 184 onces $\frac{1}{2}$ (environ 5 kil. et demi) et était dans un état avancé de dégénérescence cireuse ou albumineuse, donnant avec l'iode une réaction très-caractéristique. Les reins, la rate et les glandes lymphatiques

de la scissure porte étaient aussi considérablement augmentés de volume et avaient subi une transformation semblable. Les deux lobes du foie étaient également augmentés de volume, mais ils se prolongent en haut et en arrière, de façon à laisser une scissure de cinq pouces de profondeur au bord postérieur, correspondant à l'attache du ligament suspenseur. Le bord antérieur était très-épaissi et était creusé également de deux profondes scissures, correspondant aux encoches du ligament suspenseur et à la vésicule biliaire qui lui imprimaient un aspect lobulé. Sur la face supérieure correspondant à l'épigastre, il y avait une éminence semi-globuleuse de trois pouces de diamètre. La face inférieure était marquée de dépressions profondes, correspondant au rein droit et à la rate. La surface du foie était généralement lisse, mais la capsule était très-épaissie et adhérente en haut au diaphragme. L'estomac, les intestins et le cœur à l'état normal.

II. — DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU FOIE.

La seconde forme d'augmentation du volume du foie, sans douleur, est celle que produit l'accumulation de matière huileuse dans cet organe, ou « le foie gras ». Cette forme d'augmentation de volume du foie présente les caractères cliniques suivants :

1° Le volume peut être considérablement accru, mais il atteint rarement les proportions qu'offre souvent le foie cirrueux. Il n'est pas fréquent de voir le bord antérieur ou inférieur dépasser ou même atteindre le niveau de l'ombilic. Parfois cependant, la matité hépatique augmente verticalement hors de proportion avec l'accroissement réel de volume, parce que l'organe est si mou et si flasque qu'il se recourbe et s'affaisse sur lui-même, et de la sorte le bord antérieur est déprimé et une portion plus considérable de l'organe se trouve ainsi appliquée contre la paroi abdominale ;

2° De même que dans la dégénérescence cirreuse, l'augmentation de volume est assez uniforme dans chaque direction ; il n'y a pas de bosselure, de sorte que la forme naturelle du foie n'est que peu altérée. Il n'y a pas d'expansion ou de voussure des dernières côtes ;

3° Le foie gras est moins résistant à la pression ; il est pâteux et de consistance plus molle que dans la maladie cirreuse. Lorsque les parois abdominales sont minces, cette consistance molle et pâteuse du foie gras est promptement appréciée ; mais ce caractère physique devient difficile à déterminer si les parois sont épaisses ;

4° La face externe est lisse et le bord inférieur uni et arrondi, à moins qu'à la dégénérescence graisseuse ne vienne se joindre quelque autre affection plus importante, telle que la cirrhose ;

5° Il n'y a ni ascite ni développement exagéré des veines superficielles de l'abdomen. Une forte accumulation de graisse dans le foie entrave la

circulation assez pour amener l'anémie de l'organe, mais pas à un degré suffisant pour causer de l'ascite (1) ;

6° Même dans les cas les plus intenses, le foie continue à produire de la bile, cette sécrétion n'étant ni arrêtée, ni empêchée. L'ictère n'est donc pas un symptôme de foie gras sans complication ;

7° La même remarque s'applique à la douleur. Le foie gras est indolent du commencement jusqu'à la fin. On peut impunément manipuler l'organe comme on veut ; cependant, dans les cas les plus intenses, le malade peut accuser une sensation de pesanteur et de tension dans l'abdomen, laquelle augmente quand il se retourne sur le côté gauche ;

8° par suite de l'absence de symptômes, on n'a que peu d'occasions de suivre le développement de la dégénérescence graisseuse du foie, mais il est habituellement lent et imperceptible ;

9° Les symptômes constitutionnels du foie gras sont peu nombreux et pas caractéristiques ; ceux qui ont été indiqués sont souvent dus en majeure partie à la coexistence de dégénération graisseuse d'autres organes, et plus spécialement du cœur. Un affaiblissement général, une anémie très-prononcée, le défaut de tonicité dans les systèmes nerveux et vasculaire sont au nombre des symptômes les plus saillants. Le patient est atteint de langueur, il est vite fatigué, il supporte mal les spoliations et les invasions de maladies aiguës. Le docteur Addison a décrit un état particulier des téguments qu'il croit pathognomonique de la dégénérescence graisseuse du foie. « A l'œil nu, dit-il, la peau présente un aspect exsangue, presque demi-transparent et analogue à de la cire. Lorsque cet état s'associe à de la pâleur, cet aspect prend tout à fait l'air de l'ivoire finement poli, mais quand il se combine avec un teint plus blême, comme cela se voit de temps à autre, la peau ressemble alors à un modèle ordinaire en cire. Au toucher, les téguments en général sont lisses, lâches et souvent flasques ; dans quelques cas très-marqués, toutes les aspérités normales de la peau paraissent effacées, et elle devient si délicatement lisse et douce qu'elle donne la sensation qu'on éprouve en maniant une pièce du satin le plus souple (2). » C'est surtout chez les femmes qu'on peut constater ces caractères, et, bien qu'ils soient loin d'être constants,

(1) Tel ne serait pas l'avis du Dr Lancereaux. En effet, d'après lui (*Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 477, note), « l'altération graisseuse du foie doit être comptée parmi les causes de l'hydropisie. Celle-ci se produit toutes les fois que la densité du parenchyme est moindre que celle de l'eau. C'est un fait qui n'est pas douteux pour moi, car il s'appuie sur plus de vingt observations personnelles. » Bien que je ne partage point l'opinion que je viens de citer, j'ai cru devoir la rapporter, à cause de la grande compétence de l'auteur. Je crois, pour ma part, que l'hydropisie ne doit généralement se produire, dans le cas de dégénérescence graisseuse du foie, que lorsque la stéatose a également envahi un autre organe important, tel que le cœur ou le rein, jouant un rôle plus direct dans les phénomènes de la circulation. (N. D. T.)

(2) *Guy's Hospital Reports*, First Ser., t. I, 1836, p. 479.