

de la mamelle. Le foie, qui était de forme et de volume normaux, fut pris sur une femme de soixante-deux ans qui avait été longtemps dans le service du professeur Frerichs et qui avait présenté du marasme comme symptôme principal (1).

XVI. — TUMEUR HYDATIQUE MULTILOCULAIRE OU ALVÉOLAIRE.

C'est là une très-rare forme de tumeur; je n'en connais que dix-huit cas environ, dont aucun n'a été observé dans notre pays. Elle est constituée par de nombreuses petites hydatides contenues dans des cavités éparpillées à travers un tissu fibreux, dur, presque cartilagineux, et non enveloppées dans un kyste primitif, comme dans le cas d'hydatide ordinaire. Les caractères cliniques diffèrent considérablement de ceux d'une tumeur hydatique ordinaire du foie. Elle forme une tumeur arrondie, d'un volume variant depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à deux fois celui d'une tête d'adulte, et se trouve, dans la plupart des cas, située dans le lobe droit (2). Si elle est peu volumineuse et profondément située, elle peut n'être pas appréciable pendant la vie. Dans la plupart des cas, on peut la sentir, ou bien elle détermine une voussure distincte. La tumeur n'est pas lisse, fluctuante, élastique et indolente, mais bosselée, dure, et même cartilagineuse et sensible. Dans presque tous les cas, il y a une augmentation considérable du volume de la rate et un ictère intense apparaissant de bonne heure. L'ascite est un peu moins commune que l'ictère, et dans bien des cas il y a de l'œdème des jambes à une période avancée de la maladie. Une émaciation et une prostration progressives et des troubles de la digestion (mais pas de vomissements) sont des symptômes constants, et vers la fin il n'est pas rare de voir survenir des atteintes de péritonite partielle ou des hémorragies. Dans beaucoup de cas, la tumeur finit par suppurer au centre et amène les symptômes d'une fièvre hectique. L'affection avec laquelle on confondrait le plus aisément l'hydatide multiloculaire, c'est le cancer, et comme ce dernier, elle suit parfois une marche rapide, ne durant, par exemple, que quelques mois (v. p. 220); mais, dans d'autres cas, on l'a vue persister pendant dix ans et plus avant de déterminer la mort. Le traitement en usage pour la tumeur hydatique ordinaire est évidemment inapplicable ici, et nos efforts doivent se borner à amender les symptômes à mesure qu'ils se présentent (3).

(1) Reichert und Du Bois Reymond Archiv, 1866.

(2) D'après Hafter (Archiv der Heilkunde, IV Heft, 1875), qui se base sur l'étude de vingt observations, l'hydatide multiloculaire affecterait aussi bien le lobe gauche que le lobe droit. Je ne signale cette divergence qu'en raison des conséquences que cela pourrait avoir au point de vue du diagnostic différentiel. (N. D. T.)

(3) On trouvera une étude plus complète des tumeurs hydatiques multiloculaires dans les deux mémoires suivants: *De la tumeur hydatique alvéolaire*, par le Dr J. Carrière.

XVII. — KYSTES SIMPLES DU FOIE.

Quelques auteurs ont décrit de simples kystes du foie contenant un liquide clair, aqueux, ou un mucus épais. Ils sont ordinairement très-nombreux et peu volumineux, les plus gros ne dépassant pas le volume d'une noisette; ils coexistent parfois avec des kystes semblables dans les reins (1). Toutefois je ne connais pas de cas où des kystes de cette nature aient suffisamment grossi ou aient suppuré de façon à ce qu'on pût les distinguer pendant la vie. Dans le cas suivant, la nature exacte de la maladie fut obscure. Pendant la vie, on diagnostiqua une hydatide suppurée. Il était clair qu'il y avait de la suppuration quelque part. Un empyème circonscrit était en contradiction avec les antécédents et avec ce fait que la fluctuation était au-dessous et non au-dessus de la partie ferme du foie.

On ne pouvait songer à un abcès tropical, le malade n'ayant jamais quitté l'Angleterre et n'ayant jamais été affecté de dysenterie; d'un autre côté, l'inflammation pyohémique ne produit jamais une collection purulente aussi volumineuse que celle à laquelle on avait affaire. Quant à une suppuration en dehors du foie, on n'en pouvait trouver de cause, une affection spinale ou un ulcère de l'estomac par exemple. En somme, on arriva à admettre l'hydatide par exclusion de toutes les autres causes, et la constatation de kystes, à l'autopsie, parut tout d'abord confirmer le diagnostic porté pendant la vie. Mais comme on ne trouva, dans le contenu de ces kystes, aucune trace de membrane d'hydatide, cette opinion était à peine soutenable, car, même dans une hydatide stérile on aurait retrouvé quelque trace de l'hydatide mère. L'hydatide étant inadmissible, nous sommes réduits à considérer le cas comme un abcès primitif ou un kyste suppuré, et en présence de cette difficulté, il est fort regrettable que les intestins n'aient pas été examinés attentivement. Pour ce qui est de l'abcès, il y a à opposer non-seulement les objections que j'ai déjà présentées, mais encore ce fait que l'aspect de la paroi d'un de ces kystes n'indiquait certainement pas trace d'inflammation récente, et il semble presque inconcevable que trois abcès puissent se former dans le foie, en contact immédiat les uns avec les autres, la paroi de l'un faisant partie de la paroi de l'autre, et que l'un de ces abcès puisse faire saillie à la surface du foie comme un kyste, sans qu'il se manifeste aucune inflammation du péritoine superposé. D'autre part, bien que les gros kystes ne soient pas rares dans les reins, ils n'ont pas encore été décrits, que je

Paris, 1868; et *Étude chirurgicale sur la tumeur à échinocoque multiloculaire du foie*, par le Dr Ducellier. Paris, 1868.

(1) Frerichs, *op. cit.*, p. 571.



sache, dans le foie. A quelque point de vue qu'on se place pour ce cas, les symptômes produits par la rupture d'un des kystes dans le péritoine, et particulièrement l'absence de fièvre, sont intéressants.

OBS. XCVIII. — *Kystes suppurés dans le foie. — Rupture d'un kyste dans le péritoine. — Péritonite aiguë. — Abscès pyohémiques dans le foie et dans les poumons.*

Henriette C., âgée de quarante-trois ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 18 juin 1875. Son père, âgé de soixante-quinze ans, et sa mère, de soixante-seize, se portent bien. Une sœur de sa mère est morte phthisique; elle a eu trois frères et cinq sœurs, âgés de trente-quatre à cinquante-cinq ans, tous bien portants, sauf un frère qui a la poitrine délicate. Elle est mariée et a eu cinq enfants, dont deux sont morts en bas âge. Étant encore enfant, la malade a eu une violente inflammation pulmonaire qui l'a laissée délicate et très-disposée à prendre froid. A l'âge de trente ans, elle a eu une éruption écailleuse sur le corps; cette éruption disparut au bout de huit semaines. Elle n'a jamais quitté l'Angleterre. La maladie actuelle débuta vers le 20 avril par la perte de l'appétit et des forces, de l'émaciation, de l'insomnie, de la soif et, de temps en temps, des maux de cœur. Au bout d'une quinzaine, elle ressentit pour la première fois de la douleur dans la région du foie et dans l'épaule droite; cette douleur n'était pas constante ni intense, sauf quand elle était couchée sur le côté droit ou se donnait du mouvement. Quatre semaines avant son admission, elle empira : la soif devint vive, la peau chaude et sèche le jour et en transpiration profuse la nuit; l'émaciation fit des progrès rapides.

A son entrée, on constate une prostration et une émaciation considérables; rougeur hectique sur les joues; sueurs profuses la nuit ou toutes les fois que la malade s'endort. Température 38°,88 à 40°; pouls à 108; bruits du cœur normaux. La langue est d'une rougeur et d'une sécheresse anormales; pas d'appétit; soif; ventre libre. Douleur vive encore dans le côté droit, et bien plus intense au moindre mouvement. On constate dans le côté droit de l'abdomen une tumeur proéminente dépassant en bas l'ombilic de 1 pouce et formant une saillie distincte entre l'ombilic et les côtes droites qui ne manifestent pas de voussure. Matité à la percussion, continue avec celle du foie, qui atteint à 1/4 de pouce au-dessous du mamelon droit; la matité totale sur la ligne mammaire droite est de 10 pouces. La surface de la tumeur est lisse, sensible, molle et élastique, avec une vibration comme provenant d'un liquide. Pas de signe évident de liquide dans le péritoine; pas de développement des veines abdominales, ni d'ictère, ni d'œdème des jambes. En arrière, la matité hépatique s'étend de 2 pouces environ au-dessus du niveau normal. L'urine ne contient ni albumine, ni bile. La malade dort mal.

*Traitement.* — Quinine, acides minéraux et 120 grammes d'eau-de-vie. Le 19 juin, on fit une ponction exploratrice avec un trocart capillaire au-dessous des côtes droites : il en résulta quelques gouttes d'un pus épais jaune. Quelques heures plus tard, on introduisit un gros trocart au même endroit; mais

il n'en sortit que 4 grammes d'un pus jaune épais. On fixa la canule d'argent après la plaie, qu'on recouvrit d'étoupes. L'opération fut suivie d'un grand soulagement; mais, le 21, la malade eut un tremblement qui dura 12 minutes et qui fut suivi d'une sensation de collapsus, en même temps qu'on constatait du frottement et des râles humides en avant du poumon droit. Un tube élastique fut substitué à la canule d'argent. Du pus épais continua à couler lentement par le tube, mais on n'y découvrit à aucun moment trace d'échino-coque. Le 23, le bord supérieur de la matité hépatique était descendu d'un bon pouce au-dessous du mamelon. Second léger tremblement. Le 24, météorisme, mais pas de sensibilité. Fréquents efforts de vomissements. Température 37°,2, pouls à 128; prostration plus grande. Malgré l'emploi des opiacés, ces symptômes persistèrent avec, de temps en temps, le hoquet. Le 28 juin, sensation de collapsus profond; la malade a cru qu'elle mourait, mais elle en est revenue. Le 30 juin, on note que le bord supérieur de la matité hépatique est descendu à 1 pouce 1/2 du mamelon, tandis que le bord inférieur de la tumeur avait remonté de telle sorte que la matité totale sur la l. m. d. n'était plus que de 7 pouces 1/2. Le 3 juillet, elle fut réduite à 6 pouces 1/2; on ne trouvait pas de signe de liquide dans la tumeur, mais il y avait évidemment du liquide dans le péritoine. L'abdomen n'était pas sensible et la température était normale. Puis, la malade s'affaiblit graduellement, il survint de temps en temps du délire, des aphthes apparurent sur la langue, et l'œdème des pieds augmenta. Le 9 juillet, elle eut une légère attaque de convulsion et le 12 elle succomba. A partir du 24 juin, la température ne fut jamais élevée, elle était plutôt au-dessous de la normale, une fois même à 35°,55.

*Autopsie.* — Intestins considérablement distendus par des gaz. Côlon transverse fixé le long de son bord antérieur à la paroi abdominale par des adhérences assez solides, de manière à former une sorte de cloison divisant la cavité péritonéale en une portion supérieure et une inférieure. La portion inférieure contenait environ trois litres et demi d'une sérosité trouble, mêlée avec une grande quantité de pus jaune, épais, grumeleux qui tapissait et adhérait aux anses de l'intestin grêle. Le liquide n'avait pas l'aspect d'une exsudation péritonéale ordinaire, mais semblait être un mélange de cette dernière avec du pus épais. La face antérieure du foie est en connexion avec la paroi abdominale par de molles adhérences; celles qui correspondaient à l'ouverture extérieure étaient fermes et fibreuses. Le bord inférieur du foie était assez solidement adhérent au côlon, qui le débordait légèrement, le bord du foie ne dépassant pas beaucoup sa limite normale. Entre les adhérences qui unissaient la courbure hépatique du côlon à la paroi abdominale et à la face inférieure du foie, se trouvait une cavité irrégulière d'un certain volume, remplie d'un pus épais, grumeleux, et communiquant avec la partie inférieure de la cavité péritonéale par un sinus oblique longeant les couches d'adhérence. Plusieurs abcès circonscrits, à peu près du volume d'une bille, se voyaient à la surface du foie, mais on ne vit aucun kyste avant d'avoir enlevé l'organe. Quand on l'eut enlevé, on constata que la plus grande partie du lobe droit était élastique et fluctuante, et que la face supérieure était con-



vexe et refoulait le diaphragme très-haut. Sur la face inférieure du lobe droit, près le bord antérieur, se trouvait un kyste affaissé, à peu près gros comme une orange, avec une paroi unie, fibreuse, épaisse, qui communiquait, par deux petits orifices situés à sa face inférieure, avec la cavité-abcès dont je parlais tout à l'heure, formée par des adhérences à la face inférieure du foie. C'était cette cavité-abcès qui avait probablement été ouverte pendant la vie. Plus en arrière dans le foie et contigu au kyste affaissé, s'en trouvait un autre à peu près de même volume et se projetant de sa surface; et au-dessus de celui-ci, il y en avait encore un autre plus gros, faisant saillie à la face supérieure du lobe droit, mais couvert par une mince couche de tissu hépatique. Ces deux kystes contenaient un liquide épais, puriforme, grumeleux; leur surface interne était irrégulière et déchiquetée, et le plus gros s'ouvrait dans une sorte de tissu caverneux formé apparemment par des abcès multiples ayant affecté la substance du foie. Dans aucun des kystes on ne put trouver trace de membrane hydatide, d'échinocoque ou de crochet, soit à l'œil nu, soit au microscope. La vésicule biliaire contenait de la bile liquide normale. La rate pesait 6 onces, elle était ferme et foncée. Les reins un peu petits, mais leur tissu normal. Les intestins ne furent pas examinés avec soin. Cœur petit, mais sain. La plèvre droite contenait 14 onces de sérosité un peu trouble. La surface du poumon droit était inégale par suite de dépôt de lymphé récente, et il y avait quelques petits infarctus pyohémiques dans les lobes moyen et inférieur. Deux ou trois infarctus semblables dans le lobe inférieur du poumon gauche.

## XVIII. — TUBERCULES DU FOIE.

Il peut y avoir parfois augmentation de volume du foie par dépôt tuberculeux. Cette question du tubercule du foie mérite encore de nouvelles investigations. Rokitanski parle de tubercules hépatiques se présentant « sous forme de granulations miliaries crues, semi-transparentes, grises, dans lequel cas elles sont plus spécialement le produit de la tuberculose aiguë (1) ». Frerichs signale aussi qu'on peut rencontrer dans le foie des nodules de tubercule jaune susceptibles de se ramollir et de passer à l'état de vomiques; tandis que d'autres observateurs ont constaté des coarctations et des dilatations des canalicules biliaires par suite de dépôt tuberculeux dans leurs parois (2). L'augmentation de volume du foie survenant dans le cours de la tuberculose généralisée, peut être déterminée par un dépôt tuberculeux, de même qu'elle est produite par un dépôt de matière cireuse ou de graisse (3).

(1) *Pathological Anatomy*, Syd. Soc. Transl., t. II, p. 149.

(2) Frerichs, *op. cit.*, p. 561.

(3) Se basant sur le résultat de 200 autopsies, Thaon (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1872, p. 542) admet que, chez l'adulte, dans la phthisie pulmonaire chronique, quelle que soit la forme des lésions pulmonaires, on trouve huit fois sur dix, dans le foie, des granulations miliaries très-petites, très-transparentes et par cela même très-difficiles à

Il n'y a pas de symptômes à l'aide desquels on puisse distinguer, pendant la vie, le foie gros par tuberculisation, et le reconnaîtrait-on, que le pronostic ni le traitement n'en seraient matériellement modifiés. Dans le cas suivant, le foie était infiltré de tubercules miliaries très-fins; l'ictère fut probablement dû à un catarrhe concomitant des voies biliaires, qui était en train de céder avant la mort du malade.

OBS. XCIX. — Tuberculose généralisée. — Augmentation de volume du foie par dépôt tuberculeux. — Ictère catarrhal. — Embolie de la rate.

Marie C., âgée de quarante ans, fut admise à l'hôpital Middlesex dans mon service, le 17 décembre 1867. Son père et sa mère sont morts tous deux, à l'âge de cinquante ans, d'une affection de poitrine, et de ses onze frères ou sœurs, tous, sauf un, sont morts; mais la malade ne sait de quelle maladie. Elle est dans un état de prostration extrême, et ses idées sont même un peu confuses. Autant qu'on peut en juger par les renseignements qu'elle fournit, elle aurait, il y a six mois, perdu l'appétit, et aurait été prise de vomissements environ une demi-heure après chaque repas. Deux ou trois mois après, elle devint ictérique. Elle n'avait été affectée ni de toux, ni d'hémoptysie, de tremblements ou sueurs nocturnes, mais elle avait, dès le début, perdu des forces et maigri.

A son entrée, on constate un ictère, d'une intensité modérée, de la peau et des conjonctives; l'urine donne la réaction du pigment biliaire, dépôt abondant d'urates, mais pas d'albumine. Pas de démangeaisons à la peau. Langue sèche et brune, sauf sur les bords, qui étaient extrêmement rouges. La malade nous assure que, jusqu'au moment de son admission, elle vomissait presque tout une demi-heure environ après l'avoir pris; mais, à partir de ce moment, elle n'a plus vomi. Elle a eu, quelques instants après son entrée, une selle: les matières étaient moulées et de couleur bilieuse foncée. La matité hépatique est augmentée: elle mesure 5 pouces sur la l. m. d. et dépasse d'un bon pouce le rebord costal; la portion qui est au-dessous des côtes est unie et légèrement sensible. Pouls à 120, petit et faible; léger bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, à gauche; température 37°,8. Rien qui attire l'attention du côté des poumons, qui, vu l'état de faiblesse de la malade, ne furent pas examinés. Large eschare superficielle au sacrum.

Traitement. — Bismuth, éther chlorique et stimulants, mais la prostration augmenta rapidement; un peu de délire avec marmottement, miction et défécation involontaires; mort le 23 décembre.

constater. Lorsqu'elles sont confluentes, elles déterminent une augmentation de volume et une certaine dureté de l'organe et lui donnent les caractères de la cirrhose hypertrophique. Les granulations tuberculeuses peuvent coexister avec l'état graisseux, amyloïde ou muscade de l'organe.

D'autre part, le Dr Banks a observé (*Brit. med. Journal*, 1877, t. II, p. 926) des dépôts tuberculeux dans le foie d'un enfant de dix ans mort avec une ascite énorme et un développement considérable des veines superficielles de l'abdomen. Le fait a été communiqué avec les pièces à la *Pathological Society* de Dublin. (N. D. T.)



*Autopsie.* — Un demi-litre de sérosité claire dans le péritoine. Foie très-gros, pesant 77 onces; capsule non épaissie ni adhérente; surface généralement adhérente, mais marquée par de nombreuses petites dépressions et élévations; le tissu glandulaire est opaque et d'un jaune pâle, exactement comme celui d'un foie gras, dont il diffère cependant par sa consistance remarquablement ferme et résistante. A la coupe, on pouvait exprimer des canaux biliaires divisés un peu de bile ténue, aqueuse; plusieurs de ces conduits présentaient de petites dilatations. La vésicule contenait un peu de liquide semblable, ainsi que de nombreuses petites concrétions noires, en forme de gravier. Au microscope, le docteur Cayley constata que l'augmentation de volume du foie était due à la présence de nombreux tubercules miliaires parsemés à travers le tissu glandulaire, entre les lobules, et présentant tous les caractères anatomiques des tubercules gris, dont quelques-uns étaient visibles à l'œil nu, sous forme de petites pointes grises. La muqueuse de l'estomac est pâle, mais celle du duodénum, immédiatement au-dessous du pylore, et sur une étendue de 8 pouces environ, est très-injectée, tuméfiée et parsemée de nombreuses petites saillies granuleuses, dues probablement à des glandes solitaires grossies. La membrane enveloppante du canal cholédoque est également très-rouge et la muqueuse légèrement tuméfiée, mais le canal n'est pas obstrué. Trois petits ulcères tuberculeux à la partie inférieure de l'iléon. Les deux poumons sont parsemés de nombreux tubercules miliaires gris, et, près des deux sommets, on trouve une petite plaque de tubercule gris ancien. Le bord de l'une des valves de la valvule mitrale est très-épaissi. Pas de lymphé à la base du cerveau, et pas de tubercules dans la pie-mère, mais sérosité abondante sous l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux; dans la cavité de l'arachnoïde, sur les deux hémisphères, se trouvait une mince couche de sang extravasé. Dans l'utérus, une tumeur fibreuse aussi grosse qu'une noix de coco; la place de l'ovaire droit était occupée par une tumeur aussi grosse qu'une orange, en partie solide et en partie réduite à l'état de matière molle et caséuse. La trompe de Fallope droite était aussi grosse que le doigt et remplie d'une substance molle comme du mastie. Sa membrane d'enveloppe était inégale et ulcérée, pareillement à celle des bassinets dans la pyélite tuberculeuse. Rate grosse, pesant 15 onces et demi, très-molle et parsemée de nombreux abcès du volume d'un pois à celui d'une noisette, et contenant du pus épais, jaune; elle contient également plusieurs dépôts solides qui présentent les caractères d'infarctus récents. La substance corticale des deux reins est parsemée de fines granulations jaunes tuberculeuses.

XIX. — AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE PAR TUMEURS LYMPHATIQUES.

Dans la leucémie, et dans les cas où il y a une tendance générale à l'augmentation de volume du système lymphatique, indépendante de la leucémie, on peut trouver le foie parsemé de nouvelles formations, quelquefois fines et d'un blanc grisâtre, assez semblables aux tubercules miliaires, d'autres fois jaune opaque et aussi grosses que des cerises.

Anatomiquement, ces formations ressemblent à du tissu lymphatique, et on croit qu'elles se développent en connexion avec le système lymphatique. Lorsqu'elles sont très-nombreuses, elles peuvent déterminer une augmentation de volume du foie. Par suite, dans tout cas de leucémie, ou d'augmentation générale de volume du système lymphatique, le volume du foie peut être accru par l'effet soit de cette cause, soit d'une simple hypertrophie (v. p. 53); mais il n'y aura lieu d'intervenir thérapeutiquement que pour s'occuper de l'état général (1).

XX. — AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE AVEC XANTHELASMA.

Le cas suivant est un exemple bien caractérisé de l'affection décrite, pour la première fois, par le docteur Addison et Sir W. Gull, dans le septième volume de la deuxième série des *Guy's Hospital Reports*, sous le nom de *vitiligoidea*, et que M. Erasmus Wilson a plus tard désignée sous le nom de *xanthelasma*. Dans le dix-neuvième volume des *Pathological Transactions* se trouvent rapportés deux cas par le docteur Hilton Fagge, qui a écrit ce qui suit dans l'exposé sommaire de nos connaissances sur cette question : « La nature de la modification que subit le foie dans cette affection est, jusqu'à présent, entièrement inconnue. Je ne connais pas de cas de vitiligoidea où l'on ait pratiqué l'examen cadavérique. Le foie paraît être considérablement et uniformément augmenté de volume. On n'a pas senti à sa surface de saillies ni de nodules (p. 443). »

Des plaques de vitiligoidea plana, comme il en existait dans le cas suivant, se rencontrent parfois sur les paupières, en dehors de l'ictère ou de quelque autre affection manifeste du foie; ou bien encore, cette maladie peut être héréditaire parfois, ainsi que l'a indiqué le docteur Church (1); mais cela ne diminue pas l'intérêt de ce fait, que, dans beaucoup de cas, la maladie cutanée est liée à l'ictère et à l'augmentation de volume du foie, présentant des caractères cliniques particuliers (2).

(1) Comme exemples de cet état morbide, je renvoie aux cas publiés par moi dans les *Patholog. Transact.*, t. XX, pp. 192, 193; t. XXI, p. 372.

(2) *Saint-Barthol. Hosp. Reports*, t. X.

(3) Quant à la fréquence relative de la coïncidence du xanthelasma avec des troubles du côté du foie, elle n'a pu encore être établie d'une façon bien précise, d'abord parce que le nombre de faits connus de xanthelasma n'est peut-être pas encore assez considérable, et puis parce que nombre des cas qu'on a rencontrés ont été envisagés par les observateurs plutôt au point de vue local ou dermatologique, qu'au point de vue des relations de cette lésion avec d'autres états morbides. Dans un travail récent de M. Larraidy (*Thèses de Paris*, 1877, n° 471), l'auteur s'est préoccupé des rapports qui peuvent exister entre la lésion cutanée et l'état du foie et a montré que quatre fois sur les cinq cas inédits qu'il relate, cet organe avait été plus ou moins sérieusement affecté antérieurement à l'apparition du xanthelasma. Dans aucun de ces cas cependant il n'y a eu d'autopsie, et par suite on n'a pu préciser la nature de l'altération hépatique. Cela ne donne que plus d'intérêt au fait rapporté plus loin par Murchison et dans