

fants. Depuis son mariage, et peut-être avant, elle avait constamment été adonnée aux spiritueux. Cela l'avait menée à une séparation de son mari. Depuis longtemps elle a l'habitude de s'enivrer deux ou trois fois par semaine. Malgré cela, elle n'a éprouvé encore ni douleur ni vomissements après les repas.

Le matin de son entrée, après une nuit agitée, la malade a vomi, chez elle, du mucus strié de sang, et une heure après, elle vomit une grande quantité de sang pur; le médecin qui fut appelé à ce moment dit qu'il y en avait au moins un litre. On lui administra de la glace et de l'eau-de-vie; mais elle a vomi encore plus de sang; en essayant de se lever, elle est tombée sans connaissance, et c'est dans l'après-midi de ce jour qu'on l'a amenée à l'hôpital.

A son entrée, on constate que le teint est blême; il n'y a cependant pas d'ictère marqué. Sensibilité à l'épigastre; matité hépatique diminuée, ne mesurant pas même trois pouces sur la ligne mammaire droite; matité de la rate augmentée. Quelques petites hémorrhoides au pourtour de l'anus, mais ni ascite, ni développement des veines abdominales. Trace d'albumine dans l'urine; léger souffle systolique au cœur, mais matité et impulsion cardiaques non augmentées; signes physiques pulmonaires normaux; pas d'œdème des jambes.

La malade fut traitée par l'acide gallique et l'opium, de la glace et du lait, mais pas d'alcooliques. Pendant plusieurs jours les vomissements continuèrent, mais, sauf le jour de son entrée, les matières vomies ne contenaient plus de sang. Pas de garde-robe pendant cinq jours, à partir de son entrée: des lavements finirent par amener une grande quantité de matières semblables à du goudron. Plusieurs jours après son admission, la malade fut affectée de délirium tremens; mais, le 11 février, il avait complètement disparu et elle pouvait prendre de la nourriture sans la rendre. Les vomissements ne reparurent pas et, le 16 février, elle fut congédiée.

L'intérêt présenté par le cas CVII consiste en ce que le malade parut jouir d'une bonne santé jusqu'au moment où il fut pris subitement d'hématémèse abondante, qui fut rapidement suivie d'ascite et de mort.

OBS. CVII. — *Cirrhose. — Hématémèse persistante, premier symptôme notable. — Ascite.*

Thomas B..., âgé de cinquante-trois ans, batelier, entra à l'hôpital Saint-Thomas le 18 avril 1874. Son père est vivant, il a près de soixante-dix ans et se porte bien. Sa mère est morte à quarante-trois ans. Il était fils unique; jusqu'à l'âge de quarante-trois ans, il a été, à différentes reprises, dans les pays tropicaux et a été affecté de dysentérie, de fièvres intermittentes et de douleur dans la région du foie. Il n'avait pas mené une vie sobre, mais sauf de temps en temps de la constipation et un peu de distension de l'abdomen, il avait toujours joui d'une bonne santé. Le matin du 24 mars, de bonne heure, il vomit plusieurs pintes de sang noir. Le lendemain il vomit encore une grande quantité de sang, et depuis lors, jusqu'à son entrée, il a continué à vomir de la nourriture et du mucus nuit et jour. L'abdomen a grossi rapi-

dement; constipation, mais pas de douleur. Les jambes ont commencé à enfler quelques jours avant son entrée.

Il entre à l'hôpital parce que son hémorrhagie a reparu. Teint blême, développement des veines superficielles des joues, mais conjonctives blanches. Léger œdème des jambes. L'abdomen est considérablement distendu par du liquide épanché dans le péritoine; il mesure 40 pouces et 1/2 à l'ombilic; il n'est pas sensible. Veines abdominales très-développées. La matité hépatique commence à 1/2 pouce au-dessous du mamelon droit; on ne peut sentir le bord inférieur du foie. Vomissements constants; la nourriture est rendue à l'instant; beaucoup de sang aussi dans les vomissements, en partie sous forme de coagulum, en partie mêlé à du mucus visqueux; les évacuations alvines se rétablissent avec l'aide de médecines; elles sont noires et très-fétides. Langue pâle, dépourvue d'épithélium, fissurée et sèche au centre. Érucations abondantes. Urine rare, à 1035, très-colorée et chargée d'urates. Pouls à 104, régulier, mais faible; cœur refoulé en haut; pas de bruit anormal. Toux fréquente, quelques râles bronchiques. Sommeil très-agité. Température 36°,5.

On prescrit 65 centigrammes de calomel, suivi de citrate de magnésie, et une mixture de bismuth et de soude, avec du lait et de l'eau gazeuse. Plus tard, on lui donna des alcooliques à petite dose et on essaya des injections sous-cutanées d'ergotine, pour arrêter l'hémorrhagie. Cependant l'hémorrhagie persistait par l'estomac et les intestins. Le patient alla en s'affaiblissant et s'anémiant de jour en jour. Le matin du 24 avril, il était extrêmement bas; la température n'était que de 35°,7. Il succombait à onze heures du soir.

Autopsie. — Environ dix litres de sérosité dans le péritoine; ce dernier est généralement épaissi. De nombreuses adhérences fixent solidement le foie au diaphragme, à l'estomac et autres parties. La rate est grosse et adhérente également. Les capsules de la rate et du foie, et l'épiploon ainsi que le mésentère, sont très-épaissis. Foie très-petit: après avoir enlevé la capsule, on constate que sa surface est nodulée. A la coupe, on voit des bandes fibreuses résistantes séparer des îlots de tissu glandulaire. Dans le côlon, matière noire semblable à du goudron. Cœur et reins normaux. Poumons adhérents à la base et œdémateux. Cerveau anémique.

Nombre d'entre vous ont suivi avec beaucoup d'intérêt le cas que je vais vous rapporter maintenant, et il est à regretter que nous n'ayons pu examiner l'état du foie après la mort, d'autant plus que la cause de l'atrophie était entourée d'une grande obscurité. Cependant les signes d'obstruction de la circulation porte étaient bien marqués et cette circonstance de l'hématémèse précédant les autres signes d'obstruction, pendant plusieurs années, est intéressante par rapport à ce qui a été observé dans les observations CVI et CVII.

OBS. CVIII. — *Atrophie chronique du foie. — Ascite. Hématémèse et selles sanglantes.*

James T..., âgé de trente-huit ans, fut admis à l'hôpital Middlesex le 20 août 1866. Pendant six ans il a été charretier chez un brasseur, et a été

habitué à boire beaucoup d'ale, mais pas de spiritueux. Avant cela, il avait travaillé dans une ferme et s'était un peu grisé avec de l'alcool sous diverses formes. Il n'a jamais été affecté de fièvre intermittente ou rhumatismale; mais à l'âge de dix-huit ans il a été tenu un an par la toux et l'affaiblissement et on lui a dit à l'Infirmier de Reading qu'il était atteint de consommation. Il se rétablit cependant et se maintint en bonne santé jusque huit ans avant son entrée à l'hôpital. A cette époque il reçut un coup de pied de cheval dans le côté droit. Il ne fit guère attention à cela sur le moment et continua son travail encore pendant cinq à six semaines. Puis, soit pour cette cause, soit pour une autre, il commença à éprouver dans l'épigastre beaucoup de douleur et une forte constriction; en même temps il avait de la constipation. Il prit quelques évacuants qui opérèrent, mais le lendemain il vomit une grande quantité de sang caillé et pendant une semaine, il continua à rendre du sang par l'anus. Il en résulta un grand affaiblissement, mais la douleur avait disparu et il retourna à son travail. Après cela, il eut une atteinte semblable à peu près une fois par an, avec cette seule différence que la quantité de sang perdue n'était plus aussi considérable que la première fois. A chaque reprise, le vomissement de sang a été précédé pendant plusieurs jours d'un grand mal de tête, de nausées et de douleur dans l'abdomen. La dernière attaque est arrivée quatre mois avant son admission. Au printemps de 1865, il a été pendant plusieurs semaines dans un hôpital métropolitain pour une hémorrhagie. Peu après avoir quitté cet hôpital, en avril 1865, son ventre commença à enfler et puis ses jambes. Il prit du *thé de genêt* et la tuméfaction disparut, mais un mois avant son entrée, elle reparut de nouveau.

A son entrée, le malade était émacié et blême, mais les conjonctives étaient blanches. Abdomen considérablement distendu par du liquide péritonéal; veines des parois abdominales grosses et apparentes plus que de coutume; mais nulle part de la sensibilité, sauf à la pression sur l'hypochondre droit. On ne pouvait pas sentir le foie, et la matité hépatique, sur la ligne mammaire droite, ne mesurait que 2 pouces et demi, observation qui fut plus tard confirmée après la paracentèse. Langue un peu chargée; constipation; un peu de flatulence après les repas. Appétit bon. Bruit de souffle anémique au-dessus du sternum; matité cardiaque normale. Respirations 20, et aisées; quelques râles crépitants fins à la base des deux poumons. Plus de 1100 grammes d'urine par jour, foncée, mais ne contenant ni albumine ni pigment biliaire. Œdème modéré des deux jambes.

Le traitement consista en purgatifs et en diurétiques et, pendant quelque temps, du bromure de potassium à la dose de 32 centigrammes, trois fois par jour. Régime substantiel, mais pas d'alcooliques. Il y eut d'abord une amélioration considérable et la circonférence de l'abdomen fut réduite de deux pouces; mais, vers le milieu de septembre, le gonflement reparut de nouveau et, le 28, l'abdomen mesurait 42 pouces, ses téguments étaient tendus et luisants et il n'y avait plus qu'un demi-litre d'urine par jour. Respirations 32, et très-gênées. Le 30 septembre, le malade souffrit beaucoup dans l'abdomen et, pendant la nuit suivante, il commença à avoir des évacuations alvines contenant beaucoup de sang noir. Le 6 octobre, il y avait encore de la diarrhée

avec selles sanglantes; l'abdomen mesurait 44 pouces; les jambes aussi étaient enflées; orthopnée considérable. On pratiqua la paracentèse et on retira près de neuf litres d'un liquide clair, couleur paille, alcalin, densité 1012, contenant des chlorures en abondance et de l'albumine. L'opération apporta un grand soulagement à la respiration; l'hydropisie des jambes diminua; l'urine remonta à 1 litre et le sang disparut des garde-robes. Deux jours, cependant, ne s'étaient pas écoulés, que le gonflement reprenait de nouveau: le 15 octobre l'abdomen mesurait 42 pouces, l'œdème pulmonaire s'était étendu, la dyspnée et la toux étaient très-intenses. Le 21 octobre, les vomissements reparurent: il y avait beaucoup de sang; les garde-robes contenaient aussi du sang. Ces symptômes continuèrent jusqu'au 24 octobre. A cette date, le malade voulut quitter l'hôpital. Il fut emmené à Egham, où il mourut le même soir. Ses amis n'autorisèrent pas l'examen du cadavre.

Dans le cas CIX, bien que le foie fût, en réalité, très-atrophié, il parut pendant la vie être augmenté de volume, parce qu'il se trouvait refoulé, en bas par un épanchement de liquide situé entre le diaphragme et la face supérieure du foie.

OBS. CIX. — Foie petit, cirrhotique, refoulé en bas et simulant un cancer. — Ascite et ictère.

Agnès F..., âgée de trente-deux ans, célibataire, couturière, fut admise à l'hôpital Middlesex le 29 mai 1869. Environ un an avant son admission, elle commença à perdre l'appétit, à éprouver de la faiblesse et de la langueur, des douleurs dans l'abdomen et une sensation de plénitude après les repas. Au bout de quatre mois, elle eut, outre ces symptômes, des nausées, des éructations d'un liquide acide et spumeux. Quatre semaines avant son entrée, un médecin, qu'elle avait fait mander pour une plaie de l'avant-bras, trouva qu'elle avait une « hydropisie de l'estomac ». D'après le témoignage de ses amis, il y avait peu de doute qu'elle n'eût fait de fréquents excès de spiritueux.

A son entrée, elle était faible et amaigrie; œdème considérable des extrémités inférieures; cavité péritonéale distendue par du liquide; circonférence de l'abdomen à l'ombilic, 36 pouces et demi. Veines superficielles de l'abdomen développées. A la palpation, on sentait distinctement, trois pouces au-dessous des côtes, sur la ligne mammaire droite, le bord inférieur de ce qui paraissait être un foie induré. Le contact du doigt sur ce point y déterminait toujours de la douleur. Il y avait aussi de la matité à la percussion, sur la ligne mammaire droite, sur une étendue de 4 pouces au-dessus du bord inférieur des côtes. Ictère marqué de la peau et des conjonctives; langue sèche en bas et au milieu; appétit mauvais; soif vive; pas d'effort de vomissements; ventre libre, les matières contiennent largement de la bile. Pouls à 84, respirations 18. Cœur et poumons paraissent sains. Température normale; pas de frissons ni de transpiration. La malade dort mal; elle a l'air de regarder dans le vide et parfois elle bat la campagne. Densité de l'urine 1023, contenant des urates et du pigment biliaire en abondance et une faible quantité d'albu-

mine. Plaie à la tempe gauche avec des bords œdémateux, et ayant un mauvais aspect; ecchymose à la joue gauche.

A la suite de son admission, la malade continua à empirer. L'ictère diminua, mais l'ascite augmenta jusqu'au 14 juillet, où la circonférence à l'ombilic était de 45 pouces et demi. Pendant la dernière semaine de juin, elle commença à vomir la nourriture et à souffrir assez vivement dans l'abdomen pour qu'on ait dû lui faire de fréquentes injections sous-cutanées de morphine. Le délire et l'agitation continuèrent et le pouls s'éleva à 120, mais la température était toujours normale. La malade alla en s'affaiblissant graduellement et mourut le 22 juillet.

Autopsie. — Le péritoine contenait nombre de litres de sérosité claire et jaune, dont une certaine quantité s'était amassée entre le diaphragme et la face supérieure du foie. Il parut probable que cette disposition existait ainsi durant la vie, car il n'y avait pas d'autre explication possible de ce fait que le foie avait été, à différentes reprises, senti à 3 pouces au-dessous des côtes et que cependant il était très-petit, car il ne pesait que 1040 grammes, longueur 9 pouces, largeur 7. C'était un exemple parfait de cirrhose vraie. Rate légèrement grosse, molle et congestionnée. Muqueuse de l'estomac très-congestionnée. Poumons, cœur et reins normaux.

Après l'opération de la paracentèse, le liquide continue souvent à couler par l'ouverture, pendant nombre de jours, et le malade meurt d'épuisement ou par l'invasion d'une péritonite. Dans le cas suivant, la tentative faite pour fermer l'ouverture a paru amener la péritonite. Ces dangers seront évités par l'emploi d'un petit trocart aplati, au lieu du gros instrument arrondi dont on se sert communément (v. p. 297).

OBS. CX. — *Excès alcooliques.* — *Cirrhose hépatique.* — *Ascite.* — *Paracentèse.* — *Ouverture béante; tentatives pour la fermer suivies de péritonite.*

John L..., agent de propriétés, âgé de 47 ans, entra à l'hôpital Middlesex le 30 décembre 1868. Depuis l'âge de 16 ans jusqu'il y a trois ans, il a eu l'habitude de boire, en moyenne, plus d'un quart de litre de spiritueux par jour, sans compter la bière. Il n'a cessé l'abus des spiritueux que parce qu'ils lui faisaient rendre la nourriture. Il eut alors meilleure santé jusqu'au 9 septembre. A cette date, il reçut un coup de pied de cheval dans les parties, à la suite duquel il fut obligé de rester 2 mois et demi à l'hôpital, avec un abcès au scrotum suivi d'érysipèle aux jambes. Quand il fut rétabli, il commença à éprouver de la douleur dans les deux hypochondres, et, trois semaines avant son admission, le ventre se mit à enfler; plus récemment, les jambes aussi furent prises d'enflure.

A son entrée, aspect chétif et blême, veines étoilées sur les joues, mais pas d'ictère conjonctival. Œdème considérable des jambes, du pénis et du scrotum. Quantité de liquide dans le péritoine; circonférence de l'abdomen, 3 pouces au-dessous de l'ombilic, 46 pouces. Le malade se plaint beaucoup d'une sensa-

tion de constriction dans l'abdomen. Veines abdominales développées. Matité hépatique, 3 pouces $\frac{1}{4}$ sur la ligne mammaire droite; pas d'augmentation appréciable du volume de la rate. Langue trop rouge; appétit assez bon; pas de vomissements; intestins réguliers; pouls à 104, faible; signes fournis par le cœur, normaux. Râles sibilants et expiration prolongée aux deux poumons. Trace d'albumine et aussi de pigment biliaire dans l'urine; incontinence presque complète. Deux eschares au sacrum.

Le malade souffrait tellement de la distension de son ventre que, le 1^{er} janvier, on pratiqua la paracentèse et on retira huit litres de sérosité claire, couleur paille. L'opération fut suivie d'un grand soulagement; mais le liquide continua à couler par l'ouverture en telle quantité que, le 4 janvier, sur le conseil de mon collègue en chirurgie M. Moore, on la ferma à l'aide d'une aiguille et une suture entortillée. Le lendemain matin, le malade se plaignit de nausées et de douleur dans l'abdomen, qui était sensible également. Dans le cours de la journée, il eut de fréquents vomissements et tous les symptômes d'une péritonite aiguë, qui persistèrent jusqu'à sa mort, le 5 janvier au soir.

Autopsie. — Plus de six litres de sérosité trouble, floconneuse, dans le péritoine. Vascularité accentuée et lymphé plastique récente, dans le voisinage de la piqûre. Foie petit et complètement caché derrière les côtes, mais très-dense et pesant près de 2 kilos: exemple typique de cirrhose vraie. Rate adhérente et capsule épaissie. Les deux poumons emphysémateux, congestionnés en arrière, et tubes bronchiques pleins de muco-pus. Côté droit du cœur un peu dilaté. Reins congestionnés, mais, à part cela, sains.

L'observation CXI a présenté ce côté intéressant qu'elle nous a offert un exemple de cirrhose vraie chez un enfant de neuf ans, et aussi que, malgré son âge, le petit malade était adonné à la boisson. Le diagnostic a été embarrassant par ce fait qu'on n'a connu les habitudes de l'enfant qu'après sa mort, que la température s'élevait de temps en temps le soir, qu'il y avait des antécédents de tubercules dans la famille et par une légère crépitation au sommet du poumon gauche, qu'on avait constatée dès l'entrée du malade à l'hôpital. On a argué souvent, de ce que la cirrhose s'observe chez les enfants, que l'affection n'est pas due à l'abus de l'alcool; mais ici, de même que dans un autre cas que j'ai eu récemment à soigner, on a trouvé que ce qui paraissait au premier abord être une exception, n'a fait que confirmer la règle. Il faut signaler également que Wunderlich a observé deux cas typiques de cirrhose chez deux sœurs, âgées de onze et douze ans, qu'une enquête attentive montra être des buveuses de petits verres (1). Cheadle a aussi rapporté récemment un cas de cirrhose extrêmement intense chez un jeune homme de dix-huit ans qui avait l'habitude de boire de grandes quantités de gin (2). Enfin le docteur Wilks a eu, il n'y a pas longtemps, dans son service à

(1) Niemeyer, *Traité de Pathol. interne*, t. I.

(2) *Brit. med. Journ.*, 1871, II, p. 545.

Guy's Hospital, une fillette de huit ans atteinte d'atrophie du foie, avec grosses granulations (*garni de clous à grosse tête*): elle avait été adonnée boisson, prenant jusqu'à un quart de litre de gin par jour (1). Il est possible que la plus grande activité du foie dans les premiers âges de la vie rende cet organe plus susceptible d'être affecté par l'alcool que chez les adultes.

OBS. CXI. — *Cirrhose vraie chez un garçon de neuf ans.*
Ascite. — Paracentèse.

Henry N..., âgé de neuf ans, est admis à l'hôpital Saint-Thomas le 5 septembre 1875. Son père est vivant et en bonne santé; sa mère est morte phthisique et plusieurs frères et sœurs sont morts en bas âge. Autant que l'enfant peut l'assurer, il a toujours eu une bonne santé jusque deux mois avant son entrée. Pendant tout le mois de juillet, il a été affecté de mal au cœur et d'efforts pour vomir tous les matins. Le 1^{er} août, on l'avait envoyé au bord de la mer, mais le mal au cœur persista et le ventre commença à enfler. Au bout de seize jours, il retourna chez lui; le malaise cessa alors, mais l'enflure augmenta. Dès le début, il avait maigri et il y avait eu un peu de constipation. Après la mort de l'enfant, on sut que son père tenait un petit débit de boissons, et que l'enfant avait l'habitude de boire de grandes quantités de vin et d'eau, spécialement entre les repas. Étant même à l'hôpital, il prit des alcooliques avec un empressement tout à fait inaccoutumé chez un enfant.

A son entrée, le petit malade était émacié, mais l'abdomen était très-gros, par suite d'épanchement péritonéal: circonférence à l'ombilic, 32 pouces 1/2. Le ventre n'est pas sensible. On ne pouvait pas sentir le bord inférieur du foie; le bord supérieur n'est pas trop haut. La rate est très-grosse. L'extrémité inférieure est de quatre pouces au-dessous des côtes. Pas d'ictère; pas d'œdème des jambes, ni d'albuminurie, pas de signes de syphilis constitutionnelle; bruits du cœur normaux. Température de temps en temps jusqu'à 38°, 1. Appétit et sommeil bons. Langue normale.

L'enfant fut d'abord traité par le sirop d'iode de fer à l'intérieur et des badigeonnages de teinture d'iode sur l'abdomen. Le 8 et le 9 septembre, la température s'éleva, le soir, à 39°, 3 et 39°, 7, mais ordinairement elle était au-dessous de 37°, 7. Le 18 septembre, la circonférence à l'ombilic avait augmenté jusqu'à 34 pouces 1/4. On substitua alors du citrate d'ammoniaque au fer, et on appliqua sur l'abdomen un emplâtre mercuriel, tandis qu'on tenait l'intestin libre. Sous l'influence de ce traitement, l'ascite diminua rapidement et, le 15 octobre, il n'en restait plus trace. La circonférence à l'ombilic n'était plus que de vingt-quatre pouces, et, sauf que la rate restait grosse et que la faiblesse persistait, l'enfant semblait bien. On le traita alors par l'iode de potassium et le fer, la digitale et l'huile de foie de morue. Une ou deux fois il eut mal au cœur le matin, et, le 24 octobre, le ventre sembla grossir de nouveau: la circonférence était de 25 pouces 1/2. A partir de ce moment, l'enflure augmenta rapidement: le 10 novembre, la circonférence était de

(1) D^r Hilton Fagge, *Guy's Hosp. Rep.*, 1875, 3^e sér., t. XX.

34 pouces 1/2; langue sèche et rouge. Bile dans l'urine. Digitale et iode de potassium, avec évacuants, sans effet. Le 12 novembre, circonférence 37 pouces 1/2; téguments de l'abdomen lisses et luisants. Pouls à 120; respirations 60, embarrassées. On retira par la paracentèse près de huit litres d'une sérosité claire, couleur paille, et on prescrivit au malade des pilules bleues, de la squille et de la digitale, ainsi que des diurétiques salins. Le liquide se reforma rapidement et, le 24 novembre, la circonférence était de trente-huit pouces; douleur dans l'abdomen et vomissements de temps en temps; œdème considérable des jambes; dyspnée et prostration extrêmes. Deuxième paracentèse: huit litres de liquide, soulagement temporaire. Le lendemain, le malade se plaint d'une vive douleur dans l'abdomen et de nausées; l'abdomen se remplissait de nouveau. A sept heures du soir, plus de connaissance, et à onze heures vingt, mort.

Autopsie. — Près de 3 litres et demi de liquide ascitique opaque, contenant quelques flocons de lymphe. Péritoine généralement très-injecté. Le grand épiploon forme une masse adhérente aux intestins adjacents; mésentère épaissi et œdémateux. Pas de tubercule. Foie petit; il pesait 610 grammes, le poids normal à cet âge étant de 900 grammes; la surface externe présentait le caractère typique « aspect garni de clous à grosse tête » de la cirrhose; nombreuses petites proéminences, irrégulières, jaunâtres, séparées par des dépressions gris-violacé. Tissu très-dur, résistant et ressemblant à du cuir. A la coupe, on voit des filots jaunâtres de tissu glandulaire entourés de bandes fibreuses. La vésicule contenait de la bile normale. Rate grosse, pesant 280 grammes, rouge foncé, ferme. Muqueuse de l'estomac épaissie, profondément injectée, et avec beaucoup de mucus visqueux adhérent. Partie inférieure de l'iléon congestionnée. Plaques de Peyer et glandes solitaires du gros intestin un peu augmentées de volume. Reins gros et congestionnés, mais tissu normal. Cœur et poumons normaux, sauf un peu de congestion hypostatique des deux poumons et de petites ecchymoses dans le tissu sous-pleural.

Les deux foies que je vous présente maintenant, me paraissent rendre compte de certaines différences d'opinion qui existent encore relativement à la pathologie de la cirrhose. L'un a été pris sur un sujet dont je vous ai retracé l'histoire et que je vous ai présenté comme un bon exemple de cirrhose vraie (obs. CIV), l'autre sur un sujet dont je vais, tout à l'heure, vous rapporter le cas (obs. CXII).

D'un côté, il est établi que, dans la cirrhose, il y a augmentation du tissu fibreux, résultant d'un processus inflammatoire chronique, et que le tissu glandulaire s'atrophie par la pression qu'exerce sur lui ce tissu fibreux, ou par suite de la transformation des cellules glandulaires en fibres cellulaires; tandis que, d'un autre côté, on prétend que le tissu glandulaire est simplement atrophié, et que le tissu fibreux n'est pas absolument, mais relativement augmenté. La première opinion est soutenue par le D^r Budd dans son ouvrage sur les *Maladies du Foie* (1), et

(1) 3^e éd., p. 136.