

la dernière a été mise en avant par le Dr Beale (1) et adoptée par Sir Thomas Watson, dans la dernière édition (la 5<sup>e</sup>) de ses *Leçons classiques*. Une troisième catégorie d'auteurs, parmi lesquels on peut citer Förster, croient qu'il y a deux formes de cirrhose granuleuse, l'une dans laquelle le tissu fibreux est augmenté et l'autre dans laquelle il ne l'est pas, et c'est là l'opinion que je vous ai déjà exposée (v. pp. 283, 292). Dans l'un de ces deux foies, le tissu est extrêmement dense et l'élément fibreux paraît considérablement augmenté, non-seulement à l'œil nu, mais au microscope. Dans le second foie, au contraire, bien que l'atrophie soit extrême, si bien que le poids de l'organe n'est qu'un peu plus de la moitié du premier, le tissu est extrêmement mou et friable, et il ne paraît pas, soit à l'œil nu, soit au microscope, que l'élément fibreux y soit augmenté. Si l'augmentation de la densité et l'augmentation apparente du tissu fibreux, dans le premier cas, étaient dues à la disparition d'une portion de l'élément glandulaire, il serait difficile d'expliquer pourquoi, dans le second cas, bien que l'atrophie soit plus prononcée que dans le premier, la consistance de l'organe est moindre qu'à l'état normal, et il n'y a pas augmentation apparente de l'élément fibreux. Les deux malades qui sont en question ici, ont présenté, durant leur vie, les phénomènes ordinaires d'obstruction porte qu'on rencontre dans la cirrhose; mais il y avait entre eux cette différence, c'est que le malade dont le foie contenait le plus de tissu fibreux dense, avait été adonné à l'intempérance, tandis qu'il n'y avait pas de pareils antécédents chez le second. Je ne puis vous fournir d'éclaircissement sur l'étiologie de la maladie chez ce dernier, mais l'absence d'excès alcooliques, qu'on rencontre presque toujours dans le cas de foie cirrhotique avec tissu fibreux dense, m'a paru digne d'être notée.

OBS. CXII. — *Pas d'excès alcooliques antérieurs. — Symptômes d'obstruction porte. — Foie mou, atrophié, granuleux. — Fausse cirrhose.*

Marie O., âgée de soixante-huit ans, fut admise à l'hôpital Middlesex, le 1<sup>er</sup> avril 1867. Sa santé a été toujours bonne, sauf à l'âge de quarante-cinq ans; elle a été obligée de garder le lit six semaines pour ce qu'elle a cru être une fièvre rhumatismale. Depuis, elle n'a eu ni dyspepsie, ni palpitations; elle a toujours été sobre. Sa maladie actuelle a commencé, six semaines avant l'entrée à l'hôpital, par des vomissements et de la diarrhée: tout ce qu'elle prenait, elle le rendait dans l'espace de dix minutes. Ces symptômes persistèrent, et au bout de trois semaines, la malade remarqua, pour la première fois, qu'elle était légèrement ictérique, et, vers la même époque, elle rendit par le vagin une grande quantité de sang.

A son entrée, la malade est maigre et très-faible; arc sénile très-marqué,

(1) *Archives of Medicine*, t. I, p. 125.

ictère prononcé de la peau, des conjonctives et de l'urine. Pouls à 108, très-irrégulier; pulsation visible d'un grand nombre d'artères, qu'on sentait rigides et tortueuses; impulsion du cœur forte et irrégulière, matité cardiaque légèrement augmentée, mais pas de bruit de souffle appréciable. Respirations 28, un peu pénibles. Gros râles humides à la base des deux poumons. Abdomen considérablement distendu et tympanitique, mesurant 33 pouces de circonférence à l'ombilic; veines sous-cutanées de l'abdomen normales. Œdème considérable des deux extrémités inférieures, mais pas d'albuminurie. Langue humide et blanche. Les garde-robes rendues après l'entrée à l'hôpital étaient brun foncé et contenaient de la bile en abondance.

Le 6 avril, les vomissements et la diarrhée ont cessé, mais il y a des signes assez manifestes d'épanchement péritonéal; les veines sous-cutanées de l'abdomen sont un peu grosses; circonférence à l'ombilic, 35 pouces, mais elle n'a jamais dépassé ce chiffre.

A partir de ce moment, la malade a toujours été très-bas, mais sans que l'abdomen augmentât de volume, et sans qu'il se produisît aucune autre modification jusqu'au 30 avril. Alors les vomissements reparurent, mais non la diarrhée. Plus du tout d'appétit, langue sèche et brune; la malade décline de plus en plus et succombe le 13 mai, après avoir été vingt-quatre heures sans connaissance.

A l'autopsie, on trouve les deux reins contractés et granuleux, avec de nombreux kystes dans la substance corticale. Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur et athérome de l'aorte, mais valvules saines. Poumons légèrement emphysémateux, sauf cela, à l'état normal. Environ 4 litres et demi de sérosité claire, couleur paille, dans le péritoine. Les intestins étaient épaissis (par suite de macération), et il y avait une légère ecchymose à la muqueuse du cœcum; mais, à part cela, ils étaient à l'état normal. Volume de la rate ordinaire. Petite tumeur fibreuse dans l'utérus, sans autre altération.

Foie extrêmement petit, ne pesant que 720 grammes et mesurant 7 pouces 75 de gauche à droite, et 5 pouces 5 d'avant en arrière dans le lobe droit et 4,75 dans le gauche. La capsule n'était pas du tout épaissie et n'était pas adhérente; mais la surface externe était grossièrement nodulée et granuleuse, exactement comme dans la cirrhose. Tout le pourtour de l'organe, et particulièrement en avant, avait l'air de flotter par suite de la résorption complète du tissu glandulaire entre les deux faces supérieure et inférieure. Au bord antérieur du lobe droit, ce cercle de raréfaction atteignait presque un pouce de largeur. A la coupe, l'élément fibreux ne paraissait pas augmenté, au contraire, la consistance de l'organe était extrêmement molle. La surface de la coupe avait une coloration brun-jaunâtre et l'aspect grossièrement granuleux, par suite de l'agglomération des lobules en petites masses; contour des lobules mal défini; au microscope, on trouve quantité de cellules glandulaires, mais chargées d'huile; pas de leucine ni de tyrosine. Le cercle raréfié présentait à la coupe un aspect gris, lisse, et était constitué en grande partie par du tissu fibrillaire et des vaisseaux, avec, par-ci, par-là, quelques cellules glandulaires vides; sur ce cercle, faisaient saillie quelques nodules isolés, gros comme des pois, de tissu hépatique brun-jaunâtre.

L'observation CXIII est un cas d'atrophie chronique du foie par péri-hépatite. L'aspect de l'organe était semblable à ce qu'on voit souvent dans la syphilis constitutionnelle, bien que rien n'indiquât positivement que le malade eût eu la syphilis. Le foie était très-petit; il n'y avait cependant pas d'indice d'obstruction porte. Mais chez un autre malade, dont j'ai fait l'autopsie il y a quelques années, il y avait un semblable état du foie, avec une ascite considérable et la rate pesait 760 grammes; pendant les trois jours qui précédèrent sa mort, il y eut d'abondantes évacuations par le haut et par le bas, avec beaucoup de sang dans les matières vomies et dans les garde-robes.

OBS. CXIII. — *Atrophie chronique du foie par péri-hépatite.*  
*Ulcère simple de l'estomac.*

Le foie et l'estomac que je vous présente, furent pris par moi sur le cadavre d'une femme âgée de quarante-quatre ans, qui mourut, il y a déjà quelques années à l'hôpital Middlesex dans le service du docteur Thompson. Elle fut admise le 19 mars et mourut le 15 avril 1861. Six mois avant son entrée, elle commença à maigrir, à avoir des nausées et à perdre l'appétit; six semaines avant son admission, parurent des vomissements et de la douleur après le repas. Les symptômes constatés pendant le séjour de la malade à l'hôpital furent une grande émaciation, de la sensibilité dans la région du foie, dont la matité, sur la ligne mammaire droite, mesurait moins de deux pouces, de la douleur et des vomissements après le repas, et de la constipation. Pas d'ictère, pas d'ascite et pas d'albuminurie; bruits du cœur normaux.

Le foie pesait 860 grammes; il était très-petit, 9 pouces dans sa plus grande longueur, 6 pouces dans le sens antéro-postérieur et 2 pouces maximum d'épaisseur. Capsule épaissie et fixée au diaphragme et aux côtes par de nombreuses bandes fibreuses, longues et fines. Face externe marquée par des dépressions étendues, semblables à des cicatrices; on trouva, répandues à travers sa substance, de nombreuses gommages fibreuses, fermes, grosses comme des pois, et constituées par du tissu fibrillaire avec de la matière huileuse et granuleuse. Le tissu glandulaire qui restait paraissait normal. L'extrémité pylorique de l'estomac était épaissie et rétrécie par d'apparentes cicatrices d'anciens ulcères. A deux pouces du pylore se trouvait un ulcère récent, presque aussi large qu'une pièce de 50 centimes. Rate non volumineuse, dégénérescence cirreuse des reins au début. Quelques petites plaques de pneumonie lobulaire récente dans les deux poumons; base du poumon droit fixée au diaphragme par des adhérences solides. On ne put découvrir de cicatrices ni sur la vulve, ni aux aines, ni sur les tibias.

Dans l'observation CXIV, l'atrophie du foie parut être consécutive à une affection thoracique (1).

(1) Voyez aussi le cas de Marie T..., rapporté dans la leçon XII.

OBS. CXIV. — *Bronchite et dilatation des bronches.* — *Affections des valvules aortiques.* — *Atrophie du foie.* — *Ascite considérable.*

Le foie que je vous présente n'a guère plus de la moitié de son volume normal; il pesait 950 grammes seulement. Sa face externe est finement granuleuse; elle est marquée de nombreuses petites dépressions, correspondant au centre des lobules. La capsule est très-épaissie en bien des points et était adhérente aux parties environnantes, et il y avait augmentation du tissu fibreux dans l'intérieur de l'organe. Avant de l'immerger dans l'alcool, la surface de la coupe présentait l'aspect d'une muscade.

Ce foie fut pris sur un sujet âgé de quarante ans, qui avait été dans cet hôpital (Middlesex), une première fois, du 27 juin au 16 juillet 1860, et, une seconde fois, du 13 novembre 1860, jusqu'à sa mort, le 5 janvier 1861. Il il prenait habituellement des spiritueux, mais pas avec excès. Sa maladie commença, environ un an avant sa mort, par de la toux, de la dyspnée, et autres signes de bronchite. Au bout de trois mois, ses jambes enflèrent d'abord, et puis le ventre également; mais au moment de sa première entrée à l'hôpital, l'hydropisie des jambes était comparativement légère, bien que l'abdomen fût considérablement distendu par l'ascite. Le malade se plaignait beaucoup d'avoir mal au-dessous des côtes droites; la matité hépatique était diminuée. Il n'y avait pas d'albuminurie, mais on constatait un bruit de soufflé systolique, à la base du cœur.

Après la mort, on trouva les tubes bronchiques très-épaissis, et dilatés; en une foule de points, le tissu pulmonaire était dans un état de dégénération fibroïde. Le poumon droit était adhérent, et inséparable de la paroi thoracique. Cavités droites du cœur dilatées; insuffisance des valvules aortiques. Deux des valves étaient réunies en une, et toutes étaient fortement athéromateuses.

Le cas suivant a été publié par moi, il y a quelques années, dans les *Pathological Transactions*, t. VII, p. 238. C'est un exemple intéressant d'atrophie chronique du foie, avec concomitance de rate très-grosse et de leucocythémie. Bien que l'organe ait été décrit, dans le temps, comme se trouvant « dans une phase avancée de cirrhose », les adhérences solides du foie, de l'épiploon et de la rate, la capsule épaissie de la rate, et l'oblitération du canal cystique, tout indiquait que la cause probable de l'atrophie était une péritonite chronique. Il n'y avait pas d'antécédents d'intempérance. Toutefois, la circonstance remarquable qui me fait vous relater ce cas, c'est qu'à quatre reprises différentes on retira de l'abdomen par la paracentèse de grandes quantités de liquide et que la malade vécut encore près de deux ans, sans que le liquide se reproduisit.

OBS. CXV. — *Atrophie chronique du foie et ascite.* — *Paracentèse.* — *Pas de reproduction du liquide après la quatrième ponction.* — *Augmentation de volume de la rate et leucocythémie.* — *Mort par ulcération de la bouche et nécrose maxillaire et vertébrale.*

Il s'agit dans ce cas d'une femme, qui était née, et qui avait toujours ha-

bité à Londres. Elle avait des habitudes sobres, et était très-délicate. Ses règles ne parurent pas avant l'âge de vingt ans et au bout de onze ans de mariage elle n'avait eu ni enfants ni fausse couche. En 1850, étant âgée de trente et un ans, elle remarqua, pour la première fois, une grosseur au-dessous des côtes droites, mais elle ne s'en trouva guère gênée, jusqu'à la fin de 1853, où tout le ventre se mit à grossir, et, le 12 avril 1854 elle fut admise à l'Hôpital des Femmes, Soho square, dans le service du docteur Tanner.

Elle éprouvait alors des symptômes d'affection hépatique et d'ascite, et mesurait 43 pouces  $\frac{3}{4}$  à la circonférence, et 18  $\frac{1}{2}$  du cartilage xyphoïde au pubis. Pendant son séjour à l'hôpital, elle fut traitée par l'iode de potassium, les frictions mercurielles et les purgatifs, et l'abdomen fut ponctionné quatre fois. Le 17 avril, on retira environ 10 litres de liquide clair, le 19 mai 11 litres, le 16 juin 12 litres, et le 7 juillet 11 litres passés, en tout, plus de 44 litres. Après la quatrième ponction, l'abdomen ne se remplit plus, et la malade quitta l'hôpital considérablement améliorée dans son état général et avec l'abdomen d'un volume normal.

L'ascite ne reparut pas, mais, quelques mois après, la malade commença à se plaindre d'une ulcération de la bouche et de la gorge, donnant un écoulement très-fétide. Plusieurs de ses dents tombèrent, et en octobre 1865, une portion des lames alvéolaires du maxillaire inférieur s'exfolièrent. Elle eut aussi plusieurs fortes atteintes d'épistaxis, et de saignement des gencives. Le 12 mars 1856, elle entra dans mon service. Elle était alors extrêmement faible, et obligée de garder le lit. Elle avait une vaste ulcération dans la gorge et le long du bord des gencives, mais la voix était naturelle. Elle assura qu'elle n'avait jamais eu la syphilis, ni pris de mercure à l'intérieur. Tout le côté gauche de l'abdomen était rempli par une tumeur solide, s'étendant en avant jusqu'à 2 pouces et demi en dedans de l'ombilic, mais il n'y a pas d'ascite; la matité hépatique est diminuée, elle n'excède pas 2 pouces et demi sur la ligne mammaire droite.

L'ulcération de la bouche a gagné rapidement; d'autres dents et d'autres fragments osseux du maxillaire inférieur se sont détachés; le corps d'une des vertèbres cervicales se trouve dénudé; et la dysphagie était si grande qu'à la fin même les liquides étaient rejetés par les narines.

Après la mort, on trouva un peu moins d'un demi-litre de sérosité claire dans la cavité abdominale; l'épiploon était solidement adhérent à la paroi abdominale. Le foie était très-petit et ne pesait pas tout à fait 1000 grammes. La surface externe était solidement adhérente aux parties environnantes et l'on constata que l'organe se trouvait dans « une phase avancée de cirrhose ». Il y avait de la bile dans les conduits biliaires ainsi que dans les intestins, mais pas dans la vésicule. Canal cystique oblitéré; les vaisseaux et le canal hépatique, dans la scissure porte, passaient à travers une masse de tissu fibreux résistant. Vésicule biliaire affaissée. Sa muqueuse est complètement blanche et incrustée de petits fragments de matière terreuse dont quelques-uns étaient très-adhérents. Cette substance était composée surtout de carbonate de chaux; elle faisait effervescence avec les acides et l'examen microscopique montra qu'elle consistait en particules cristallines arrondies, de vo-

lume variable, depuis  $\frac{1}{400}$  de pouce jusqu'à un degré presque infini de petitesse; quelques-unes paraissaient être des cristaux aciculés, s'irradiant et unis par leur centre (voyez fig. 36).

La rate pesait 1900 grammes et mesurait 11 pouces  $\frac{3}{4}$  sur 4. Sa capsule était très-épaisse, indurée et adhérente aux parties environnantes; tissu splénique résistant, de couleur brun-rougeâtre, et parsemé de nombreux points plus clairs, semblables à des grains de sagou. Le sang pris dans toutes les

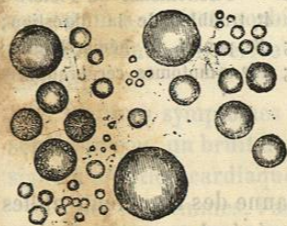


Fig. 36. — Petites masses cristallines de carbonates de chaux adhérentes à la vésicule biliaire dans l'observation CXXV. Grossissement 480 diamètres.

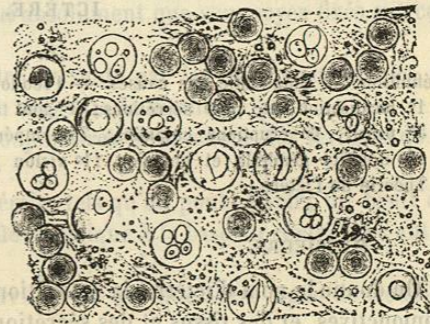


Fig. 37. — Aspect du sang examiné au microscope dans l'observation CXXV. Grossissement 400 diamètres.

parties du corps présentait les apparences décrites par Virchow dans les cas de leucocythémie. Il y avait une grande augmentation des corpuscules blancs qui par l'addition d'acide acétique faible, montrant un noyau simple, double ou quadruple. Quelques-uns de ces noyaux étaient en forme de croissant et un grand nombre d'entre eux paraissaient déprimés au centre comme de petits corpuscules rouges. Quelques cellules, outre les noyaux, contenaient un petit nombre de petits globules huileux, et il y avait aussi une quantité considérable de matière granuleuse libre et de globules huileux. Les corpuscules rouges montraient une tendance inaccoutumée à s'agglomérer comme dans certains cas de leucocythémie (voir fig. 37.)

Cœur, poumons et reins normaux.