

puisse alors éviter l'erreur que par la discussion approfondie des symptômes. Pendant les prodromes, la distinction est ordinairement impossible, quand à l'ictère se joignent des hémorrhagies, une céphalalgie intense, du délire, etc. La première question qu'il faut alors se poser, c'est si, en dehors du foie, il existe ou non des perturbations locales ou générales pouvant expliquer ces phénomènes. L'origine typhoïde est indiquée par la marche de la maladie, par l'éruption roséolique, le catarrhe bronchique, la diarrhée et le caractère changeant du délire. Les fièvres bilieuses se distinguent d'habitude par un type rémittent plus ou moins net et par des accès de frisson réitérés; la pyémie par le frisson et par la présence d'un foyer d'infection. Les états locaux tels que la méningite, la pneumonie, la péritonite qui joints à l'ictère et au délire, peuvent d'après ce que j'ai vu, former un ensemble symptomatique ressemblant à celui de l'atrophie aiguë, sont d'habitude faciles à reconnaître à l'aide d'un examen local fait avec soin. L'état du foie est pour le diagnostic de la plus grande importance; l'endolorissement qui de temps en temps fait défaut, est moins essentiel que la diminution de volume qui progresse rapidement jusqu'à ce qu'enfin le son obscur disparaisse complètement. J'ai, dans le chap. III, indiqué les précautions à prendre pour arriver à constater ce symptôme. La même valeur diagnostique appartient à l'état de l'urine, à la formation des sédiments de tyrosine, aux cristallisations qui se produisent par l'évaporation, etc., etc. L'importance des autres symptômes varie d'après le degré de leur fréquence que nous avons noté plus haut; ainsi les pétéchiés, l'épistaxis, symptômes ordinaires du typhus, auront moins de valeur que l'hématémèse, etc.

§ 8. — TRAITEMENT.

Les résultats thérapeutiques obtenus jusqu'à présent, sont comme nous l'avons dit, très-décourageants, il n'y a donc pas de méthode de traitement sanctionnée par l'expérience. Les médecins anglais préconisent les émétiques et les purgatifs dont on ne peut certes nier l'action énergique sur le foie. D'après Corrigan, les vomitifs; d'après Griffin et Hanlon, les drastiques ont parfois arrêté les progrès de la maladie; dans le cas dont j'ai observé la terminaison heureuse, on fit usage des purgatifs et des acides minéraux. Ces observations toutes bornées qu'elles sont, auraient néanmoins une valeur immense, s'il était bien prouvé qu'il s'agissait véritablement d'atrophie aiguë du foie; malheureusement la preuve est impossible, vu le peu de certitude du diagnostic du stade initial de la maladie. Il faut donc suppléer à l'absence de

l'observation directe au moyen des principes généraux et de l'analogie que présentent certains états congénères.

Dans la période prodromique, le traitement doit être institué d'après les mêmes principes que dans l'ictère catarrhal simple, une thérapie active n'est justifiée qu'à partir du moment où les symptômes annoncent l'existence d'une profonde altération du foie. Le premier but, alors, doit être de faire disparaître l'hyperhémie et l'exsudation diffuse; plus tard, quand l'atrophie a envahi la plus grande partie de la glande, il n'y a plus de traitement qui puisse promettre une modification essentielle. Ce qui convient le mieux alors, ce sont les purgatifs énergiques qui opèrent sur le foie une dérivation à peu près certaine; le séné, l'aloès, la coloquinte, etc., etc., à doses capables de provoquer des évacuations alvines copieuses. Lorsqu'il y a dans le foie des douleurs violentes, on peut conseiller l'emploi des sangsues, des ventouses, des affusions froides, et la saignée chez les individus pléthoriques. Dès que les symptômes de l'intoxication apparaissent plus évidents, et que les hémorrhagies commencent à se montrer, alors l'emploi des acides minéraux est indiqué et on excite en même temps les garde-robes en continuant l'usage des purgatifs. Contre le vomissement on a recours à la glace, au magistère de bismuth, ou bien on essaie de petites doses d'extraît aqueux de noix vomique. Les hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin réclament la glace à l'intérieur et à l'extérieur; l'alun, l'acide tannique et les astringents analogues. Si des symptômes de dépression nerveuse viennent à paraître, il faut se servir des excitants, tels que l'éther, le camphre, le musc, toutefois on ne doit guère s'attendre au succès. Si le diagnostic était douteux, surtout dans les cas où on hésiterait entre l'atrophie et la fièvre bilieuse, je ferais usage de fortes doses de quinine dissoute dans les acides.

Art. 2. — Aholie.

En dehors de l'atrophie aiguë, il y a des états morbides d'une autre espèce, qui après avoir causé la désorganisation entière du foie et arrêté par suite, l'exercice de son activité fonctionnelle, peuvent donner lieu aux phénomènes de l'intoxication. Dans ces conditions, il se produit des symptômes qui, sous bien des rapports, ressemblent à ceux que nous venons de décrire, mais qui néanmoins en diffèrent sur plusieurs points. Dans les deux cas, on observe des accidents nerveux graves, une somnolence typhique, du délire, du coma, des convulsions en même temps que des pétéchiés, des ecchymoses cutanées, des hémor-

rhagies gastriques et intestinales, etc., on peut aussi constater un ictère plus ou moins fort. Ici, toutefois, l'ictère peut faire complètement défaut; les troubles cérébraux se développent avec une violence moindre; en outre les prodromes sont tout autres, car dès le début les symptômes de l'occlusion des voies biliaires, de la cirrhose, de la dégénérescence adipeuse du foie, existaient déjà.

Aux affections hépatiques pouvant provoquer la destruction des cellules glandulaires, appartiennent, d'abord :

§ 1. — LA STASE BILIAIRE, SUITE DE L'IMPERMÉABILITÉ DES CONDUITS CHOLÉDOQUE ET HÉPATIQUE.

Lorsque celle-ci dure déjà depuis plusieurs mois, elle amène une émaciation de la glande qui sous plus d'un rapport ressemble à l'atrophie aiguë. L'organe diminue de volume, devient mou et se flétrit; les cellules du parenchyme gorgées par la bile, se décomposent en un détritit finement grenu, mêlé de gouttelettes de graisse et de particules de pigment. On observe en outre une grande quantité de leucine et de tyrosine.

OBSERVATION XIX. — Carcinome du duodenum; oblitération du canal cholédoque; ictère à un haut degré, convulsions, coma. Mort.

Madame Frédérique Bloch, âgée de 58 ans, après avoir éprouvé pendant longtemps à l'hospice de vieillards de Frankel, des souffrances de différente sorte, fut transportée à l'hôpital des Juifs le 29 juillet 1853. La malade avait les facultés un peu bornées et une humeur difficile, de sorte qu'il fut impossible d'obtenir des renseignements bien précis sur le développement de son mal. Lors de son admission elle présentait l'ensemble des symptômes d'un ictère intense dû à une oblitération du canal cholédoque.

Cette femme est très-amaigrie, ses téguments contractés et ridés sont d'un jaune brun et d'un vert-olive par places; sa température est abaissée. La langue n'a pas d'enduit, l'appétit est intact. Les évacuations sont rares, les matières sèches, sous forme de balles et argileuses. L'urine est d'un brun noir et donne un dépôt d'urates tantôt d'un rouge brique, tantôt jaune. Le pouls est mou à 50, le foie dépasse le bord des fausses côtes d'environ 5 cent. dans la région du lobe gauche; il se prolonge en haut jusqu'au niveau du bord inférieur de la sixième côte; le lobe droit, qui est allongé et refoulé en bas par un sillon de constriction, dépasse le bord des côtes de 8 cent., le son obscur s'étend à 9 cent. au voisinage du sternum, à 16 sur la ligne mammaire, à 14 sur la ligne axillaire; la surface de l'organe est lisse, les bords sont tranchants à gauche, un peu arrondis à droite. A 10 cent. à droite de l'ombilic et un peu plus profondément on trouve une tumeur pyriforme molle, du volume d'un œuf de canard, qu'on doit prendre pour la vésicule biliaire distendue. On cherche vainement par la palpation une tumeur qui puisse comprimer

mer le canal cholédoque (1). On ne peut constater aucune induration dans la région du pylore et du pancréas. Il n'a jamais existé de coliques hépatiques.

La malade employa longtemps de la teinture de coloquinte, de l'aloès et d'autres médicaments analogues, avec des bains chauds et des aliments de digestion facile, sans voir de changement essentiel dans son état. De temps en temps survenaient de vives douleurs cardialgiques qui cédaient à l'emploi du magistère de bismuth et de la belladone.

Peu à peu l'amaigrissement augmenta, les pieds s'œdématisèrent, l'urine d'un brun noir devint moins abondante, tout en ne présentant pas d'albumine; l'énergie des facultés tomba en même temps de plus en plus. La malade restait dans un morne silence, ne répondait plus du tout ou qu'incomplètement aux questions, ne demandait rien, ne se plaignait de rien, prenait avec peu d'appétit les aliments qu'on lui offrait. Elle dormait la plupart du temps, et lorsqu'on l'éveillait en appelant fortement elle levait ses yeux abattus et ternes, disant qu'elle se trouvait bien et s'endormait de nouveau.

Vers la fin d'octobre il survint des épistaxis répétées qu'on ne put arrêter qu'avec peine. A la fin de novembre cette femme fut prise tout à coup de convulsions dont les crises duraient d'un quart d'heure à une demi-heure et revenaient de temps en temps; la somnolence se changea en un profond coma dont il devint impossible de la tirer.

Elle tomba rapidement dans le collapsus, la température des mains desséchées comme des mains de momie s'abaissa de plus en plus, le pouls s'affaiblit et finit par devenir insensible. La mort arriva le 23 décembre.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite complètement; il ne nous fut permis d'examiner avec soin que le foie, l'estomac, le duodenum et le pancréas.

Le foie était un peu augmenté de volume, le lobe droit divisé par un sillon de constriction. La surface était lisse, les bords tranchants, arrondis seulement dans le lobe droit qui avait subi la constriction. La vésicule biliaire proéminait de 2 pouces 1/4 et contenait environ 9 onces de bile trouble d'un brun foncé. Les voies biliaires, depuis les canaux cholédoque et hépatique jusqu'aux divisions terminales les plus fines, étaient distendues par un liquide trouble, brun, très-fluide, dont on

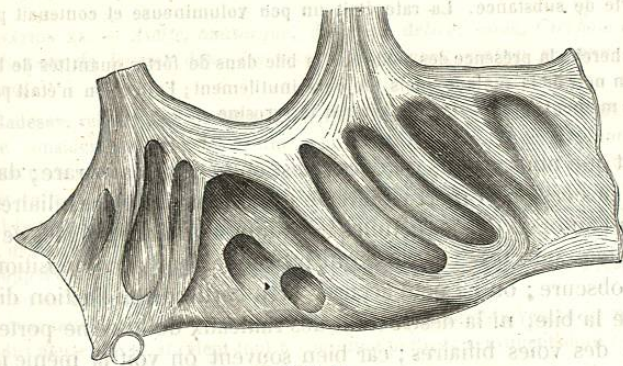


Fig. 34.

put recueillir 18 à 20 onces par des incisions pratiquées sur l'organe. Les con-

(1) On ne put que difficilement arriver à déprimer plus profondément la paroi abdominale chez cette femme obstinée, qui maintenait les muscles dans un état de contraction permanente.

duits excréteurs étaient tous remarquablement élargis, le canal hépatique mesurait 1 pouce 4 lignes, ses parois étaient lisses; de nombreuses dépressions profondes et sinueuses menaient dans les conduits voisins (fig. 34). Le parenchyme du foie était d'un brun foncé et ne laissait plus distinguer les lobules; il était en outre mou, facile à écraser. Sur la surface des coupes, on voyait de petits dépôts solides, d'un blanc grisâtre, en partie arrondis, en partie sous forme arborescente, qui suivaient le trajet des petits rameaux des veines hépatiques et les remplissaient complètement. Dans les branches plus volumineuses des veines hépatiques (pl. II, fig. 6, aa), on trouvait des productions en groupes de la même composition solidement fixées sur les parois vasculaires de sorte qu'on ne parvenait à les enlever que très-difficilement par le grattage avec le couteau. Ces groupes étaient composés de fines aiguilles (pl. II, fig. 5). Les divisions de la veine porte et de l'artère hépatique ne présentaient aucun dépôt étranger. Les cellules de la substance du foie étaient en très-grande partie détruites; on ne pouvait en découvrir sous le microscope qu'un petit nombre dont les formes fussent bien conservées. On voyait à leur place de fines molécules brunes, et des gouttelettes graisseuses jointes à un grand nombre de faisceaux de cristaux en aiguilles (tyrosine) et de globules formés de couches concentriques (leucine), (pl. II, fig. 4). Ces productions étaient en certains points accumulées en grande quantité; ailleurs elles étaient plus rares ou manquaient complètement.

Dans la bile trouble on trouvait avec des paillettes de cholestérine les mêmes corps cristallins et conerémentiels que dans le foie. On put extraire de la substance de cette glande une grande quantité de leucine et de tyrosine dont M. le professeur Städeler constata l'identité par l'analyse élémentaire (1). Nous observâmes en outre dans l'eau mère d'où ces substances avaient été obtenues une matière qui devenait à l'air d'un bleu intense, analogue au chromogène que nous apprîmes à connaître plus tard dans la transformation des acides de la bile en pigment.

A l'endroit où le canal cholédoque pénètre dans le duodenum, existait une tumeur du volume d'une noix présentant tous les caractères du cancer vilieux (*Zottenkrebs*). Le conduit était oblitéré par cette tumeur. Le pancréas était flasque et ratatiné; la muqueuse de l'estomac présentait par places des suffusions hémorragiques, mais sans perte de substance. La rate était un peu volumineuse et contenait peu de sang.

On rechercha la présence des acides de la bile dans de fortes quantités de l'urine d'un brun noir de la malade, mais toujours inutilement; l'attention n'était pas encore à ce moment attirée sur la leucine et la tyrosine.

L'état que nous venons de décrire est en général assez rare; dans la plupart des cas où la mort résulte de l'occlusion des voies biliaires, on trouve à l'autopsie que les cellules hépatiques, quoique gorgées de bile, sont restées intactes. La cause qui provoque leur décomposition est encore obscure; on ne peut accuser avec certitude ni l'action dissolvante de la bile, ni la destruction des rameaux de la veine porte par l'ectasie des voies biliaires; car bien souvent on voit la même imbibition du parenchyme et une dilatation énorme des conduits exister sans qu'il en résulte de telles conséquences.

(1) Compar. Müllers, *Archiv. anat.*, etc., 1854.

L'expérience ultérieure apprendra si les troubles de l'innervation se produisent toujours sous la même forme qu'ils affectent dans le cas ci-dessus; cela doit probablement dépendre de la désorganisation plus ou moins complète et rapide des cellules hépatiques. Budd décrit un cas où il y eut endolorissement du foie, vomissement sanguin, céphalalgie intense, etc., etc.; seulement le délire n'eut lieu que la nuit pendant la dernière semaine de la maladie (1).

§ 2. — LA CIRRHOSE.

J'ai observé plusieurs cas où des individus atteints depuis longtemps de dégénérescence cirrhosique, éprouvèrent tout à coup une série de désordres, ordinairement étrangers à cette affection. Ils perdirent connaissance, tombèrent dans un délire bruyant, puis dans le coma et succombèrent. Dans un cas, il y eut des contractions spasmodiques des muscles de la moitié gauche de la face. Presque toujours un léger ictère apparaissait simultanément; une fois il y eut des pétéchie. Le nombre des pulsations était augmenté. A l'autopsie on ne put découvrir aucune espèce de lésion du cerveau; il n'y avait non plus aucun indice d'un état aigu qui pût rendre compte de l'altération des fonctions cérébrales. Dans tous les cas, le foie était atteint d'une dégénérescence cirrhosique très-prononcée, les cellules glandulaires étaient en partie surchargées de graisse, il se séparait des quantités considérables de leucine. Les conduits biliaires ne contenaient qu'une faible proportion de bile décolorée.

OBSERVATION XX. — *Ascite, anasarque, diarrhée, délire, coma. Cirrhose du foie, production de leucine dans les veines hépatiques, centre nerveux à l'état normal.*

E. Radesey, relieur, âgé de 59 ans, vient à l'hôpital le 4 décembre 1854 avec un œdème considérable des pieds et une ascite. Cœur et poumon à l'état normal, pas d'obscurité de son appréciable à la région hépatique. Le volume de la rate ne peut être déterminé à cause de la situation anormale de l'organe; les veines du côté droit de l'abdomen sont considérablement dilatées. Appétit conservé, selles claires et pâles, urine rare, rouge, sans albumine. Le malade avoue avoir bu antérieurement beaucoup d'eau-de-vie, il ne reconnaît pas d'autre cause à sa maladie. Prescription: décoction de coloquinte.

Des évacuations liquides copieuses diminuent le volume du ventre; le malade se sent plus alerte. Le 17 survient tout à coup une perte de sentiment dont on ne peut

(1) Budd conclut de cette observation que l'activité sécrétoire du foie n'est pas indispensable au maintien de la vie, et que celle-ci peut encore se continuer longtemps après la destruction des cellules glandulaires. On n'est nullement autorisé à admettre une semblable proposition.

le faire sortir; visage pâle et abattu, pupilles de grandeur normale et mobiles, 70 pulsations développées, selles involontaires, pas de vomissements. Prescription : infusion de fleurs d'arnica avec esprit de nitre éthéré.

Le 18. — Grande agitation, cris inarticulés, absence complète de conscience, pouls à 90, 22 respirations. Vers midi on s'aperçoit que la bouche est tirée à droite comme dans la paralysie du nerf facial.

Le 19. — Pouls à 120; coma profond, respiration stertoreuse.

Le 20. — Râles trachéaux. Mort vers midi.

Autopsie. — Membranes du cerveau et substance cérébrale parfaitement saines, poumons modérément œdémateux. Ascite très-développée; rate peu augmentée de volume; foie petit, sa surface et celle de ses coupes est couverte de petites bosselures cirrhotiques séparées par des traînées de tissu conjonctif grisâtre; les cellules du foie contiennent beaucoup de graisse et sont en partie chargées de pigment. A la surface interne des veines hépatiques apparaissent des grains d'un jaune de soufre ayant jusqu'à un quart de ligne de grosseur, fortement pressés comme les particules d'une couche de frimas et très-adhérents à la paroi vasculaire. Ces grains sont formés d'agglomérations de globules de leucine; à côté, on voit des granules plus clairs et des aiguilles insolubles dans l'alcool, facilement solubles au contraire dans l'ammoniaque. La vésicule biliaire contient de faibles restes d'un liquide jaune orangé.

Le péritoine et la séreuse des intestins sont couverts çà et là de taches noires; la muqueuse gastro-intestinale est pâle et œdémateuse, les glandes mésentériques sont petites, les reins et les voies urinaires à l'état sain.

OBSERVATION XXI. — *Ascite, diarrhée, perte de sentiment, coma, cirrhose du foie, leucine dans le sang et l'urine, cerveau sain.*

Dav. Kliesch, garde de nuit, âgé de 58 ans, dit avoir toujours mené une vie sobre et avoir toujours été d'une bonne santé jusqu'à l'automne de 1855. En novembre il fut pris d'une diarrhée qui persista opiniâtrément et se compliqua d'ascite sans œdème des pieds; en même temps l'appétit se conservait, quoique les forces diminuassent de plus en plus. Cœur normal, 90 pulsations, léger catarrhe des voies aériennes. Diminution de l'obscurité du son de la région hépatique. Rate notablement augmentée de volume. Le malade a journellement de 4 à 6 garde-robés claires, contenant peu de bile. Urine pâle, sans albumine. Pâleur de la peau, pas de dilatation des veines abdominales. Prescription : décoction de racines de columbo avec teinture de noix vomique. L'appétit reste médiocre, l'état du malade est le même sauf que l'ascite augmente.

Le 4 février, le malade perd le sentiment, les traits du visage sont décomposés, les pupilles ne changent pas, pouls à 86.

Le 5. — Coma complet, légère coloration ictérique de la peau, quelques pétéchies, pouls à 120.

Le 6. — Évacuations involontaires, pouls à 130, râles trachéaux; mort le 8 février au matin.

Autopsie. — Membranes du cerveau modérément injectées, substance cérébrale à l'état sain, vaisseaux ayant subi en partie la dégénérescence athéromateuse. Poumons congestionnés et œdémateux. Le cœur ne contient qu'une petite quantité de sang en caillots mous dans lequel on trouve 1,10 pour cent de graisse contenant de la cholestérine et beaucoup de leucine. La muqueuse de l'estomac est boursoufflée et d'une couleur livide; celle de l'intestin est, dans les parties supérieures, le siège d'une injection de date récente; dans les parties inférieures elle a une teinte

grise ardoisée, l'S iliaque contient quelques ulcérations superficielles de la grandeur d'une lentille; fèces liquides et pâles.

La rate est augmentée de moitié, couverte d'une épaisse couche couenneuse, son parenchyme est d'un brun foncé, uniforme. Foie petit; sa capsule est opaque et épaissie; la surface extérieure et celle des coupes sont couvertes de bosselures. L'organe est coriace, flasque et ridé, la vésicule contient une faible quantité de bile claire et décolorée. Les cellules hépatiques contiennent beaucoup de graisse. Les organes uropoïétiques sont à l'état normal.

L'urine recueillie sur le cadavre a un poids spécifique de 1011, elle est acide et contient un peu de pigment biliaire; on y trouve des traces d'albumine et à côté de l'urée une quantité modérée de leucine. On trouva cette substance en plus grande quantité dans le parenchyme du foie.

§ 3. — LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE.

On n'a observé des accidents cérébraux que dans un cas seulement de cette dégénérescence. Il s'agissait d'une femme chez laquelle l'accumulation de la graisse dans le foie avait atteint des proportions énormes, de sorte que la sécrétion de la glande était réduite à son minimum.

OBSERVATION XXII. — *Ictère durant depuis 14 jours, somnolence, vomissements, explosion soudaine d'un délire violent, coma. Mort. Foie grasseyé à un haut degré, tuméfaction de la rate.*

Louise Fischer, blanchisseuse, âgée de 44 ans, fut admise le 22 mai 1856 pour un ictère qui existait depuis 14 jours; depuis 8 jours la malade était forcée de garder le lit; elle avait la fièvre depuis ce moment et souffrait d'une diarrhée muqueuse profuse. Sécrétion urinaire peu abondante. A l'examen nous trouvons une élévation de température, le pouls petit à 128, les tons du cœur nets, les organes de la respiration à l'état normal. L'abdomen est météorisé, le foie atteint le bord inférieur de la cinquième côte et s'étend jusqu'à 17 centimètres au-dessous sur la ligne mammaire; la rate est aussi notablement augmentée de volume. Les garde-robés fréquentes sont claires et d'une couleur gris jaune.

Il y eut dans la journée trois vomissements muqueux. L'urine qui dut être évacuée avec la sonde était faiblement acide et prit une teinte verdâtre par l'addition d'acide nitrique; on n'y trouve ni albumine ni acides de la bile, mais plus tard un autre examen y fit découvrir des globules semblables à l'hypoxanthine et des traces de leucine. Prescription : acide muriatique dans une décoction de racines d'althéa.

Vers le soir, la malade chez laquelle le sentiment était déjà un peu perdu lors de son entrée, fut prise subitement d'un violent délire. Après s'être agitée et avoir crié toute la nuit, elle tomba vers le matin dans le collapsus : le pouls devint filiforme, les extrémités se refroidirent. Elle mourut le 21 à 10 heures du matin.

Autopsie. — Les membranes du cerveau ont une couleur jaune, les sinus contiennent du sang en caillots fermes. La substance cérébrale est modérément congestionnée et de consistance normale, les deux poumons libres d'adhérences sont congestionnés, légèrement œdématisés en arrière et en bas.

Le cœur renferme une petite quantité de sang en caillots en partie mous, en partie fermes.

Muqueuse gastro-intestinale pâle; les glandes ne sont pas tuméfiées; l'iléum et le cœcum contiennent des matières fécales claires et grises; la muqueuse de l'siliaque est boursofflée et présente une injection de date récente.

La rate, volumineuse, pèse 0^{kil},372; elle est molle et d'un rouge brun.

Le foie est notablement augmenté de volume, il pèse 3^{kil},23; ses bords sont tranchants et sa couleur jaune de cire. A la coupe il paraît remarquablement anémié; la périphérie des lobules est d'un jaune pâle, leur centre d'un jaune verdâtre, les cellules sont ici chargées de pigment et là de graisse. La veine porte est libre, son injection ainsi que celle des veines hépatiques réussit parfaitement. La vésicule biliaire contient une petite quantité de liquide muqueux clair et pâle, les voies biliaires sont à l'état normal; on ne trouve ni dans leur intérieur, ni dans la capsule de Glisson, ni dans le duodenum de cause d'arrêt de la circulation de leur contenu. Le tissu du foie consiste pour la plus grande partie en graisse qui s'y trouve dans la proportion de 78,070 pour cent tandis que le tissu hépatique proprement dit ne représente que 21,930 pour cent. On trouve avec la graisse de grandes quantités de leucine. Le résidu solide du sang recueilli dans le cœur droit donne 1,91 pour cent de graisse et des masses de pigment amorphe, d'un jaune verdâtre, avec des traces de leucine.

Aux formes morbides que nous venons de décrire s'ajouteront encore celles qui, par suite de la suspension de l'activité hépatique, se terminent d'une manière analogue. C'est ainsi que j'ai eu à traiter une dame âgée de 53 ans, atteinte, comme le montra la palpation, d'un carcinome considérable du foie, qui subitement fut prise de délire, de convulsions et de coma, pendant que simultanément la peau prenait une teinte jaune et se couvrait de pétéchies. Les garde-robes, qui jusqu'alors étaient pâles et dénuées de bile, prirent à la suite d'hémorragies une couleur d'un brun noir. La mort advint au milieu d'une épistaxis profuse; malheureusement je n'ai pu dans ce cas faire l'autopsie.

Les mêmes phénomènes doivent se manifester partout où la texture du foie est modifiée par un état aigu ou chronique, de manière à ce que la fonction de l'organe soit complètement supprimée.

CHAPITRE VI.

ATROPHIE CHRONIQUE DU FOIE.

Dans l'état normal, le volume du foie est soumis à des variations notables, dont nous avons cherché à fixer les limites dans le deuxième chapitre de ce volume. Indépendamment de cela, il peut se produire une foule de troubles pathologiques de la nutrition entraînant avec eux un amoindrissement de la glande et une diminution de son importance fonctionnelle. Tout ce qui retarde ou empêche, d'une manière durable, le mouvement circulatoire dans le système capillaire de l'organe, peut servir ici de cause (1). C'est ainsi que l'on voit des atrophies générales ou partielles arriver à la suite de diverses lésions de la texture du foie, dont elles sont un symptôme et une conséquence nécessaire, et fréquemment aussi se développer spontanément.

(1) Le foie possède, comme le poumon, un double appareil vasculaire, l'un servant à la nutrition, l'autre à la fonction. Le premier est l'artère hépatique, le second la veine porte. Les perturbations dans la nutrition de la glande, autant qu'elles dépendent de la circulation sanguine, devraient par conséquent avoir leur point de départ dans l'artère hépatique. Mais l'expérience ne s'accorde pas avec ces données. On ne peut séparer rigoureusement les deux fonctions, par cette raison, suivant toute apparence, que les deux appareils vasculaires communiquent ensemble; l'oblitération de l'artère hépatique n'empêche nullement la nutrition (Ledieu, *Journ. de Bord.*, mars 1856. Gintrac, *L'oblitération de la veine porte*, Bord. 1856, p. 51), l'occlusion de la veine porte n'est pas suivie de l'arrêt de la sécrétion (Gintrac; en outre mes observations n. 29 et 30.) Pour le maintien du volume normal du foie, autant que les recherches que nous avons faites jusqu'ici nous autorisent à l'affirmer, la veine porte a plus d'importance que l'artère hépatique, qui n'alimente spécialement que les parois des conduits biliaires et des vaisseaux et ne pénètre qu'à peu de profondeur dans les lobules. On connaît peu de maladies de l'artère et de ses divisions capables d'occasionner des troubles dans l'apport du sang; il est vrai de dire aussi qu'on les a peu recherchées; j'y ai seulement observé une altération fréquente, savoir une accumulation de pigment noir (voy. planche XI et suiv.). Nous manquons de données relativement à l'influence des troubles de l'innervation du plexus hépatique, sur la nutrition du parenchyme du foie.