

le cancer de l'estomac auquel une péritonite cancéreuse venait s'ajouter. Dans ce cas, la capsule de Glisson était farcie, jusque très-loin dans l'intérieur de l'organe, par l'infiltration cancéreuse, et le foie avait subi une très-forte diminution de son volume.

§ II ATROPHIE CONSÉCUTIVE A L'OBLITÉRATION DES CAPILLAIRES HÉPATIQUES PAR DU PIGMENT ET UNE ULCÉRATION CHRONIQUE DE L'INTESTIN.

Toutefois avec l'atrophie chronique, la dilatation de la veine porte ne se produit pas toujours de cette manière; en effet, j'ai constaté cette dilatation dans des cas où l'atrophie hépatique résultait d'une cause différente, agissant directement sur les capillaires et où la capsule de Glisson avait conservé son épaisseur normale.

OBSERVATION XXIV. — *Intermittente tierce et quotidienne d'environ 3 mois de durée; anasarque; ascite; diarrhée. Mort par épuisement. Foie atrophié chargé de pigment ainsi que la rate.*

Un jeune garçon de 10 ans, privé de soins, ayant souffert pendant trois mois presque sans interruption d'une fièvre intermittente à type tierce d'abord, puis quotidien, pâle et d'un aspect anémique, tourmenté d'une diarrhée aqueuse profuse, entra à l'hôpital au commencement de mai 1855. La rate était modérément augmentée, on ne trouvait pas en avant dans la région hépatique, d'obscurité du son sur la ligne axillaire, celle-ci ne s'étendait qu'à 2 centimètres; la cavité abdominale contenait une quantité notable de liquide; on apercevait à peine de l'œdème aux pieds. Les évacuations qui se répétaient 6 à 8 fois par jour, étaient claires, d'un jaune gris pâle, sans traces de sang ou d'exsudats dysentériques. Poids à 90, petit; la température n'est pas augmentée; appétit peu développé. L'urine se trouble à peine par l'ébullition et l'addition d'acide nitrique.

Les tentatives avec le chlorure de fer, la noix vomique, etc., pour arrêter les évacuations qui épuisaient le malade, l'emploi d'un régime propre à combattre l'anémie restèrent sans résultat: l'enfant mourut après être resté trois jours à l'hôpital.

Autopsie. — Ascite considérable, anasarque légère; aucun changement essentiel dans les organes des cavités crânienne et thoracique. La muqueuse de l'estomac et du tube digestif est pâle et présente par places une infiltration œdémateuse, la séreuse de l'intestin grêle et du gros intestin présente çà et là des taches livides, restes d'ecchymoses.

Les reins ont leur structure normale, on n'y rencontre que des grains de pigment très-isolés dans les glomérules.

Rate volumineuse, ferme et congestionnée, infiltrée d'une grande quantité de pigment noir.

Foie très-petit, atrophié; sa surface présente de nombreux points affaissés, le parenchyme est congestionné, d'un brun noir, d'une consistance coriace. L'injection de la veine-porte avec une masse de gélatine colorée en jaune réussit très-incomplètement. Sur des tranches minces de la substance injectée on reconnaît manifestement les ramifications de la veine-porte un peu irrégulièrement dilatées par places jusqu'à leur entrée dans les lobules (pl. IX, fig. 5). Des capillaires dans lesquels on peut constater la présence d'un pigment noir, quelques-uns seulement sont injectés, une grande partie paraissent avoir perdu leur perméabilité. Les racines des veines hépatiques colorées en rouge, se sont mieux conservées.

OBSERVATION XXV. — *Intermittente quotidienne opiniâtre avec récidives fréquentes; hydrémie; anasarque; ascite; diarrhée profuse. Mort par épuisement. Atrophie du foie, oblitération des capillaires par du pigment.*

Madame M. âgée de 26 ans avait, avant d'entrer à l'hôpital (le 27 avril 1855) éprouvé une fièvre intermittente qui avait duré plusieurs mois de l'hiver. La fièvre continua encore longtemps après l'entrée de la malade et ne cessa définitivement qu'après l'emploi répété de prises considérables de quinine. La malade arriva ainsi peu à peu à un haut degré d'anémie; une anasarque générale et une ascite se développèrent et atteignirent rapidement un très-grand développement sous l'influence d'une diarrhée profuse opiniâtre, contre laquelle on employa inutilement les astringents végétaux et minéraux, notamment le muriate de fer. La mort arriva six semaines après l'entrée de la malade. L'albuminurie et les troubles sensoriaux qui à cette époque accompagnaient souvent les fièvres intermittentes, ne furent jamais observés chez cette malade.

Autopsie. — Rien d'anormal dans le cerveau, poumons anémiés, affaissés; épanchement modéré dans les plèvres; cœur normal. La cavité abdominale contient plusieurs livres de sérosité claire.

Le foie est petit (1), il pèse 0,7^k moins par conséquent que la moitié de son poids habituel; il est ratatiné et coriace, son parenchyme est congestionné et d'une couleur foncée. Au microscope on découvre dans les capillaires de nombreux amas de pigment en partie d'un volume considérable. L'injection de la veine porte dont les divisions sont fortement dilatées jusqu'à la périphérie des lobules ne réussit que très-incomplètement; une grande partie des capillaires contient du pigment et est imperméable à l'injection (pl. X, fig. 6). Au pourtour de ces vaisseaux les cellules hépatiques sont ou atrophiées ou remplies de graisse; on trouve aussi par places dans le parenchyme, des matières colloïdes. On ne peut découvrir de sucre dans ce foie.

La rate est petite (2), ferme et colorée en brun noirâtre par des amas de pigment abondamment répandus, sa capsule est épaissie.

Les reins sont à l'état normal; les glomérules contiennent seulement çà et là des granules de pigment isolés. La muqueuse intestinale est pâle et œdématisée; l'Siliaque présente deux ulcérations catarrhales superficielles.

Le développement de l'atrophie peut être suivi ici avec certitude.

Les masses et les grains de pigment qui pendant les fièvres intermittentes gravessé forment fréquemment dans la rate et parviennent de là dans la veine porte, traversent en partie les capillaires de cette veine, mais en partie aussi et à cause de leur volume s'y fixent, en déterminent l'occlusion et les soustraient à la circulation. La suppression de l'afflux sanguin amène l'arrêt de la sécrétion, la disparition des cellules glandulaires, etc. Il est rare que des caillots d'un certain volume puissent être entraînés assez loin pour arriver dans les vaisseaux hépatiques. Comme dernière conséquence on voit se pro-

(1) Le lobe droit a une longueur de 5 pouces 1/2 et une largeur de 4 pouces, le gauche 4 et 3 1/4; l'épaisseur est de 2 pouces.

(2) Elle a en longueur 3 pouces, en largeur 2 1/2 et en épaisseur 1 1/2; son poids est de 0,14 kilo.

duire des rétractions cicatricielles sur la surface de l'organe aux points où aboutissent les vaisseaux oblitérés. (*Voyez Maladies de la veine porte.*)

OBSERVATION XXVI. — *Atrophie du foie avec infiltration graisseuse; cicatrices de dysenterie; hydropisie générale.*

Théophile Guenther, âgé de 34 ans, entra à l'hôpital le 20 octobre 1854, pour un catarrhe gastro-intestinal fébrile, et fut pris pendant sa convalescence d'une attaque légère de dysenterie qui régnait alors dans les salles de malades. Quoique les évacuations aient bientôt cessé, le malade se rétablit cependant très-lentement; il resta anémique et fut pris d'une ascite à laquelle se joignirent une anasarque et un hydrothorax. Il n'y avait cependant pas d'albumine dans l'urine, le cœur était normal, les organes de la respiration étaient sains. Avec un appétit satisfaisant, les selles étaient régulières, d'une bonne consistance, seulement excessivement pâles.

Le quinquina, le fer, le vin et les viandes de facile digestion restèrent sans effet contre l'hydrémie; l'hydropisie augmenta graduellement jusqu'au point de constituer un obstacle dangereux à la respiration. L'emploi de la coloquinte nous fit obtenir, il est vrai, la diminution de l'anasarque, mais l'épuisement du malade nous força d'en suspendre l'usage. Les diurétiques restèrent impuissants; les reins ne sécrétaient que de faibles quantités d'urine foncée sans albumine. Des accès intercurrents d'œdème du poumon qui menaçaient de suffoquer le malade furent amoindris par l'acide benzoïque uni au camphre. Au milieu de décembre le malade garda le décubitus dorsal, l'épuisement augmenta rapidement jusqu'au 19 où la mort arriva après une longue agonie.

Autopsie. — Rien d'anormal dans la cavité crânienne; les deux poumons sont œdémateux; dans les cavités pleurales, 4 livres environ de liquide clair; cœur sain. La cavité abdominale contient environ 10 livres de sérosité. L'estomac est très-resserré; la muqueuse est pâle, plus colorée seulement au pylore; dans l'intestin grêle ainsi que dans le cœcum et le colon ascendant elle est pâle par places et œdématisée. On trouve dans le colon transverse de nombreuses taches noires et des pertes de substance superficielles complètement guéries. Au niveau de l'S iliaque le méso-colon présente des trainées cicatricielles épaisses, blanches, rayonnées, qui rétrécissent les veines qui les traversent et fixent la portion d'intestin correspondante devant la colonne vertébrale. Les glandes mésentériques, le pancréas et les reins sont à l'état normal.

La rate est un peu hypertrophiée, contient peu de sang, offre une couleur brune uniforme et une consistance ferme.

Le foie présente à sa surface des rétrécissements cicatriciels isolés; ses bords sont tranchants avec une large bordure blanche. Le volume de l'organe est considérablement diminué, le parenchyme est d'un brun jaunâtre sale et friable. La vésicule biliaire contient un liquide trouble blanc jaunâtre.

OBSERVATION XXVII. — *Dysenterie chronique; déplacement du canal intestinal; atrophie du foie. Mort par consommation.*

Godefroy Draesner, âgé de 53 ans, homme encore fort pour son âge, était obligé de travailler en plein air et restait exposé aux variations de température; il souffre depuis 4 semaines d'un dévoiement qui occasionne de nombreuses évacuations de matières liquides de couleur brun jaunâtre clair, accompagnées de douleurs abdominales sur le trajet du colon descendant, où le ventre est aussi sensible à la pression. Langue peu chargée, appétit diminué; organes respiratoires à l'état sain, tons du cœur

purs. On ne peut déterminer les dimensions du foie; on ne trouve nulle part d'obscurité du son.

Après l'emploi d'un vomitif et d'une décoction de columbo avec la teinture de noix vomique, le dévoiement cessa en peu de jours, l'appétit revint et le malade fut renvoyé guéri le 14.

Le 12 novembre Draesner se présenta de nouveau. La diarrhée avait reparu peu après sa sortie et avait continué depuis trois semaines sans interruption avec une grande violence. Le malade paraissait pâle et amaigri, la peau était sèche, la température élevée, le pouls petit à 105; les douleurs et la sensibilité de la région du colon étaient plus vives qu'auparavant, les garde-robes de la même nature, claires et d'un brun jaunâtre. Le foie ne donnait aucune matité de son, quoique le ventre fût aplati et que l'intestin ne contint aucune accumulation de gaz.

Le malade prit du columbo avec de l'opium; mais le 15 au soir il tomba dans le collapsus et l'insensibilité, et mourut le 16 au matin.

Autopsie. — Cadavre amaigri, mais sans œdème, pas d'anomalies essentielles

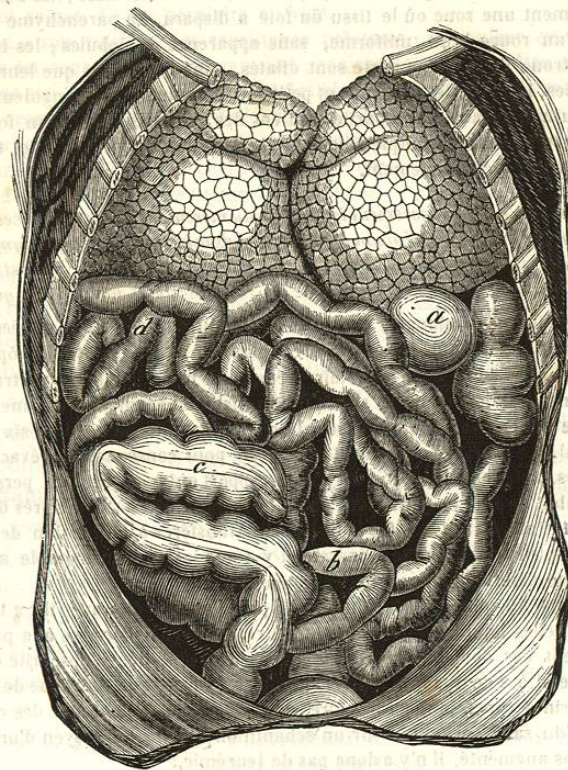


Fig. 39.

dans les organes des cavités crânienne et thoracique. Dans le bas-ventre on observe tout d'abord un déplacement très-remarquable du canal intestinal (fig. 39).

Une partie de l'intestin grêle (*d*), l'iléum, occupe la place où devrait se trouver le foie qu'on n'aperçoit pas et qui correspond à la cinquième côte, directement contigu au poumon. Dans l'hypochondre gauche se trouve le premier arc du côlon (*a*). Sur le côlon descendant qu'il comprime, s'est placée l'autre partie de l'intestin grêle, le jéjunum fortement injecté (*b*); l'S iliaque (*c*) est située à droite et recouvre le cœcum comme un long ruban. L'estomac montre seulement au pylore un ramollissement et une coloration livide de la muqueuse, celle-ci est pâle dans l'iléum, et dans le jéjunum dont la séreuse est vivement injectée, elle présente un petit ulcère coloré par du pigment, en voie de cicatrisation. Le cœcum contient des fèces claires, argileuses; la muqueuse y est livide, plus loin dans le côlon recouverte par places d'abord, puis uniformément d'exsudats grisâtres, pulpeux. Dans l'S iliaque cette membrane est d'un rouge brun et par places fortement injectée; le rectum est à l'état normal.

La rate est augmentée de volume, uniformément colorée en rouge brun et de consistance ferme. Elle pèse 0,33 kilo.

Le foie est très-petit, son poids est de 1,13 kilo; sa surface lisse; les bords très-amincis forment une zone où le tissu du foie a disparu. Le parenchyme est congestionné, d'un rouge brun uniforme, sans apparence de lobules; les branches ainsi que le tronc de la veine porte sont dilatés, sans cependant que leurs parois soient épaissies. Les cellules du foie sont petites, à contours nets et anguleux, pâles, sans contenu moléculaire; une partie contient des granules d'un brun foncé qui remplissent assez souvent complètement la cavité cellulaire. (Pl. IV, fig. 6.) L'injection réussit très-incomplètement.

OBSERVATION XXVIII. — Épaississement tendineux du mésentère avec adhérences solides de l'intestin grêle et de l'épiploon à la paroi abdominale; coloration pigmentaire noire bleuâtre et ulcération en voie de cicatrisation d'une anse de l'intestin grêle de 3 pieds de long; atrophie chronique du foie, ascite et hydropisie générale.

Guillaume Leidling, boulanger, âgé de 36 ans, souffrait depuis des années, d'une hernie inguinale droite qui s'étrangla le 15 mars. On le transporta à l'hôpital des frères de la Charité de Breslau pour faire réduire sa hernie; celle-ci rentra spontanément dans le trajet, mais fut suivie d'une diarrhée accompagnée d'une grande faiblesse et de douleurs abdominales pour lesquelles il fut traité pendant six semaines à l'hôpital. La diarrhée qui n'avait jamais eu pour conséquence d'évacuations sanguinolentes, autant qu'on en jugeait par le rapport qui nous fut fait, persista, le malade s'affaiblit de plus en plus et fut pris d'hydropisie, de sorte qu'après 6 autres semaines, le 1^{er} juillet 1856, on fut obligé de le transférer à la division de la clinique. L'hydropisie est devenue générale, il y a une ascite considérable avec un double hydrothorax et une anasarque très-étendue.

Rien d'anormal au cœur et aux poumons, l'appétit est peu diminué, il y a tous les jours de 1 à 2 selles liquides d'un blanc jaunâtre. Le malade éprouve à la pression et spontanément des douleurs sourdes à gauche de l'ombilic. L'obscurité du son hépatique s'étend à 3 cent. sur la ligne mammaire, l'anasarque empêche de mesurer la rate. Urines rares, jaune rougeâtre, sans albumine. Le nombre des corpuscules blancs du sang, examinés sur un échantillon obtenu au moyen d'une ventouse, n'est pas augmenté, il n'y a donc pas de leucémie.

L'emploi des préparations ferrugineuses, du quina et d'autres toniques avec un régime approprié de digestion facile, du vin rouge, etc., ne modifièrent en rien cet état. Quoique l'appétit se soutint, que les garde-robes n'augmentassent pas, qu'il ne survint pas de complications, l'hydropisie augmenta cependant graduellement

jusqu'à un degré énorme; enfin la peau rougit et s'ulcère. La mort arriva le 27 juillet après une longue agonie.

Autopsie. — Les organes des cavités crânienne et thoracique ne présentent rien d'anormal si ce n'est de l'anémie et un épanchement abondant de sérosité dans les cavités pleurales. Dans la cavité abdominale on trouve une grande quantité de liquide clair. La muqueuse stomacale est pâle, à droite de l'ombilic une anse d'intestin grêle est fixée avec l'épiploon à la paroi abdominale par de fortes adhérences d'ancienne date. La séreuse de cette portion d'intestin offre une couleur sombre d'un gris bleuâtre. La coloration pigmentaire foncée commence à 2 pouces au-dessus de l'adhérence avec des bords bien arrêtés et se prolonge dans une étendue de 3 pieds avec des limites partout nettement dessinées. Les membranes des parties ainsi colorées de l'intestin sont rétractées et épaissies et le mésentère correspondant est condensé de manière à représenter une sorte de tendon. La muqueuse offre de nombreuses pertes de substance irrégulière, autour desquelles la membrane d'une couleur foncée et épaissie présente les modifications qu'on observe après la guérison d'une dysenterie intense. Toutes les autres parties du tube digestif sont complètement saines. Le sac herniaire est vide.

La rate a son volume et sa consistance habituels: sa couleur est rouge brun.

Le foie est considérablement rapetissé; son enveloppe est grisâtre et ridée; l'organe dans son ensemble est flasque et flexible; les coupes sont homogènes, d'une couleur brune, sans apparence de lobules; le parenchyme est coriace. Les cellules sont ratatinées, petites, remplies de corpuscules bruns. La bile est peu abondante, d'un jaune pâle, claire et contenant de l'albumine.

Rien d'anormal dans le système uropoétique.

Dans ces trois derniers cas, auxquels je pourrais encore en ajouter d'autres semblables, le développement de l'atrophie hépatique coïncide avec un travail d'exsudation à marche chronique, et des ulcérations de l'intestin grêle et du gros intestin. Entre ces désordres et l'atrophie, il y a, suivant toute probabilité, des liens de causalité. De quelle espèce sont-ils, voilà ce qui n'est pas clair.

La péritonite chronique avec lésion de la capsule de Glisson, manquait complètement. Il me semble que tout se passe ici comme pour un certain nombre d'abcès du foie que l'on voit se former à la suite de la dysenterie des pays chauds.

L'intermédiaire est la veine porte qui, suivant le mode et la manière dont ses radicules prennent part au travail d'exsudation dont la membrane muqueuse est le siège, peut dans un cas donner lieu à la formation d'abcès dits métastatiques, et dans un autre cas à l'occlusion des capillaires et à l'atrophie qui en résulte.

Art. 2. — Influence de l'oblitération de la veine porte sur la nutrition du foie.

L'oblitération du tronc de la veine porte peut avoir des conséquences semblables à celles qu'entraîne la disparition des capillaires.