

s'accroître, donner lieu à des ulcérations superficielles, détruire la muqueuse dont la surface est devenue inégale et anfractueuse. Dans le côlon et le cœcum, quelques portions sont restées saines; dans l'iléum les follicules sont tuméfiés, la muqueuse est épaissie et couverte cà et là d'une rougeur intense. Dans le jejunum les plis de l'intestin sont très-tuméfiés.

L'estomac renferme une notable quantité d'un liquide muqueux et d'un jaune sale; ses parois sont très-rouges et comme hémorrhagiques, notamment vers le pylore. L'orifice du conduit cholédoque fait une saillie très-prononcée; par la pression on en fait sortir une sorte de bouchon blanchâtre. La vésicule biliaire est flasque, incomplètement pleine, œdématense; lorsqu'on la comprime, il s'en écoule de la bile ténue et aqueuse. La muqueuse vésiculaire est très-rouge; la bile elle-même a une teinte jaune rougeâtre, et est très-muqueuse. Le conduit cholédoque est rempli par de la bile peu colorée et d'une puissance colorante faible, il semble normal jusque près de son embouchure, où il est tuméfié et hypérhémé. Dans la veine porte on trouve beaucoup de sang ténu.

Le foie est fortement hypertrophié et très-pesant. Transversalement il mesure 11 pouces  $\frac{1}{4}$ , le lobe droit à lui seul a 7 pouces  $\frac{1}{8}$ . L'épaisseur est à gauche de 2 pouces  $\frac{1}{8}$  à droite de 3  $\frac{5}{8}$ . Le diamètre antéro-postérieur est à droite de 8 pouces  $\frac{1}{2}$ , à gauche de 6  $\frac{3}{4}$ . La surface est un peu inégale et présente quelques rugosités dues soit à l'épaississement de la capsule, soit à des élevures plates du parenchyme. La couleur, en général d'un gris verdâtre, est mouchetée surtout à droite de taches d'un gris blanchâtre. Le lobe gauche a une couleur rouge plus prononcée et un aspect finement grenu. Le tissu se coupe difficilement et la section fait apparaître une structure granuleuse, dont les granulations ont jusqu'à 1 et même 1 ligne  $\frac{1}{2}$  de diamètre. Outre ces granulations, on observe des traînées d'un gris blanchâtre, qui en quelques points se réunissent pour former des masses blanchâtres, homogènes et comme cicatricielles, où on ne retrouve plus traces du parenchyme hépatique. Les cellules glandulaires sont en partie bien conservées, en partie détruites; à la place de ces dernières on trouve des gouttelettes de graisse et des particules de matière colorante.

Le pancréas est divisé en lobules assez gros et d'une teinte blafarde. Les reins épais, volumineux, ont 4 pouces  $\frac{3}{4}$  de haut, 2  $\frac{1}{4}$  de largeur, 1  $\frac{1}{2}$  d'épaisseur. Leur surface lisse présente trois petites dépressions rougeâtres; la coupe montre que l'organe est fortement congestionné, à l'exception des papilles, dont l'aspect est d'un blanc terne, et qui, par la pression, laissent écouler un fluide jaunâtre. La couche corticale est large, les glomérules modérément pleines, les canalicules flexueux (conduits de Ferrein) sont ternes. Capsules surrénales volumineuses; leur substance corticale est atrophiée et contient peu de graisse. Glandes mésentériques à peu près saines; tuméfiées et rouges, dans la région iléo-cœcale, seulement. Les côtes sont en grande partie ossifiées; dans les muscles du thorax à droite, on trouve les débris d'un cysticerque. Poumons tuméfiés, revenant très-peu sur eux-mêmes. Poumon gauche volumineux, bronches remplies d'un fluide écumeux, glandes bronchiques tuméfiées et ardoisées; parenchyme pulmonaire, dense, fortement pigmenté, et ayant sur une coupe une couleur ictérique; le lobe supérieur est le siège d'une infiltration pneumonique étendue, qui existe aussi, sous forme de foyers épars, dans le lobe inférieur. Poumon droit plus gros et plus dense que d'habitude, très-friable, ayant à l'intérieur une teinte ictérique intense. Lobe supérieur encore perméable à l'air, lobe inférieur presque partout plus compacte et comme coriace. Glande thyroïde peu volumineuse. Dans le péricarde, une notable quantité d'un liquide fortement coloré par la bile. Cœur modérément gros, pâle et

chargé de graisse, il contient des caillots d'une teinte ictérique intense, couenneux et friables; en outre beaucoup de cruor fluide. Végétations granuleuses sur la valvule pulmonaire, les autres valvules sont fortement colorées en jaune. Les glandes du médiastin antérieur, principalement vers la droite, sont considérablement hypertrophiées, et présentent une infiltration caséiforme.

Urine fortement ictérique, acide, d'un poids spécifique qui varie de 1020 à 1022. La quantité évacuée en 24 heures était: le 3 janvier de 600 c. cub.; le 4 de 700 c. c.; le 7, de 600 c. c. Il existait une forte proportion d'urée, de créatine, de créatinine et d'acide urique. En outre, on y trouva des traces d'acides biliaires et une grande quantité d'une substance s'agrégeant en cristaux plans et lamelleux, dont la nature ne put être déterminée (peut-être de la sarcosine?).

## TRAITEMENT.

Le traitement de la cirrhose hépatique doit se proposer une tâche qui varie suivant le stade auquel l'affection est parvenue, et suivant les conséquences morbides qui en ont été le résultat.

Rarement on a occasion d'observer la maladie à son début, et de s'opposer, à sa période initiale, par un traitement abortif; la plupart du temps, cette indication n'existe déjà plus lorsqu'on découvre la maladie, et il ne reste plus qu'à s'opposer à ce que la dégénérescence ne réagisse sur les fonctions des organes digestifs et sur l'ensemble de l'organisme. Cette indication même ne peut guère être remplie d'une manière complète, vu la persistance de la cause morbifique.

Une tuméfaction douloureuse du foie, accompagnée de troubles de la digestion et d'autres symptômes propres à la cirrhose, lorsqu'elle se présente chez des individus adonnés à l'ivrognerie, ou qu'elle coïncide avec certaines affections à la suite desquelles la cirrhose peut se développer, mérite toujours les soins les plus attentifs. Dans ce cas il faut absolument renoncer à toute espèce de spiritueux; le régime doit se composer d'aliments doux et simples qui, chez les individus robustes, consisteront en végétaux, fruits, légumes légers, certains farineux, etc., et chez les individus affaiblis, en viande d'une digestion facile. Quant au café, aux épices, et aux autres excitants du foie, ils doivent être proscrits.

Si la tuméfaction et la douleur sont considérables, on fera appliquer des sangsues sur la région hépatique et à l'anus; des onctions avec l'onguent gris seront faites sur l'hypochondre droit que l'on couvrira de cataplasmes chauds. A l'intérieur on prescrira les purgatifs salins légers pris dans une décoction de tamarin ou de chiendent, et pour les individus robustes, quelques grains de calomel; ou bien on fera boire de l'eau de Sedlitz, d'Eger (Salzquelle), de Carlsbad (à froid) etc., etc. Si la douleur diminue, on pourra, à l'aide de la rhubarbe,



des extraits résolutifs et des sels, entretenir la liberté du ventre et régulariser la digestion stomacale. Quand l'affection a pour principe une syphilis constitutionnelle, on peut faire suivre un traitement par l'iode de potassium ou l'iode de fer, ou bien donner la préférence aux eaux d'Adelhaidquelle (Aix-la-Chapelle), de Kreutznach (1) en boisson et en bains, etc., etc. Pour se débarrasser d'une manière durable du principe de la fièvre intermittente, on changera de lieu, si cela est possible; en outre, on traitera l'hypérhémie hépatique consécutive d'après les principes que nous avons exposés plus haut. Presque toujours, quand le médecin est appelé, la dégénérescence cirrhotique est tellement avancée que la thérapeutique ne peut presque plus rien contre elle, et n'a plus autre chose à faire qu'à combattre la périhépatite que l'on voit de temps en temps se produire, à l'aide du repos, de cataplasmes, et au besoin, de quelques sangsues. Il faut alors se garder de combattre la dégénérescence, soit au moyen des sources minérales énergiques, comme les eaux chaudes de Carlsbad et les eaux fortement purgatives de Marienbad; soit à l'aide du mercure, de l'iode et autres agents analogues. En effet on ne ferait que hâter le dénouement fatal, car, ainsi que je l'ai observé après l'emploi des eaux de Carlsbad, on augmente alors l'épuisement et on accélère la marche de la dégénérescence. Dans ce cas, on doit se borner à diminuer autant que possible l'action funeste que l'affection du foie exerce sur les organes digestifs, sur la production de l'hydropisie, sur la sanguification et la nutrition.

Les moyens les plus propres à entretenir l'activité de l'estomac sont : les amers, l'extrait aqueux et vineux de rhubarbe; les extraits résolutifs, l'extrait d'écorce d'orange, d'absinthe, etc., etc., dissous dans une eau aromatique; l'infusion de quassia, de calamus aromaticus, seule ou jointe au chlorure de soude. Dans le cas où il existe des nausées ou des vomissements, aux amers on joint les préparations cyanhydriques, ou bien l'usage fréquent de petites doses d'extrait de belladone, de morphine, de magistère, de bismuth. Chez les ivrognes, l'extrait aqueux de noix vomique convient encore parfaitement. L'hématémèse peut nécessiter l'emploi des astringents énergiques, tels que : le tannin, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent.

On maintient la régularité des garde-robes par la rhubarbe, l'aloès, le fiel de bœuf, et dans cette période, on évite de recourir aux purgatifs salins, parce qu'ils provoquent facilement des évacuations

(1) Voyez pour ces stations thermales l'excellent *Dictionnaire des eaux minérales* de MM. Durand-Fardel, Leuret, Lefort. Paris, 1860, tome I, page 23, et tome II page 225.

aqueuses. La diarrhée, qui se produit souvent à une époque plus avancée, sera arrêtée à l'aide du colombo, de la cascarille, de l'extrait de bois de Campêche, de la noix vomique, du tannin. S'il existe un météorisme considérable, il sera bon de joindre aux agents amers et apéritifs, l'usage des huiles éthérées d'anis, de fenouil, de cajepout ou même d'éther, en petite quantité. En outre on peut faire frictionner l'abdomen avec de l'eau de Cologne, une mixture oléobalsamique, etc., etc. On obtient de très-bons résultats, par rapport à la régularisation des fonctions stomacales et à la disposition au météorisme, à l'aide du choléate de soude dissous dans une infusion de rhubarbe ou dans une eau aromatique. Contre les hémorrhagies intestinales qui menacent d'épuiser le malade, on recommande le tannin à l'intérieur et en lavements.

Le traitement de l'ascite est toujours difficile; tant qu'elle ne dépasse pas un certain degré, on n'interviendra pas énergiquement, parce que l'utilité d'une guérison momentanée ne peut pas compenser l'action funeste que les diurétiques et les drastiques exerceraient sur l'appareil digestif. Les diurétiques sont rarement efficaces contre l'ascite; la sécrétion urinaire n'est, la plupart du temps, que peu ou point augmentée; car plus le sang veineux s'accumule dans l'appareil de la veine porte, moins la pression sanguine se fait sentir dans le système artériel, et cette dernière influe essentiellement sur la sécrétion urinaire. Néanmoins, si l'on veut essayer des diurétiques, on n'aura recours qu'avec beaucoup de réserve à la digitale, à la scille et aux autres agents qui fatiguent l'estomac; mieux vaudra se borner aux espèces diurétiques, telles que : baies de genévrier, ononis spinosa, lévistic., jointes aux amers végétaux en infusion théiforme. Les diurétiques salins ne doivent pas non plus être administrés d'une manière trop continue. L'action des drastiques sur l'ascite est plus sûre et plus prompte, parce que la sécrétion de matières aqueuses par la muqueuse intestinale agit directement sur le degré de réplétion sanguine de la veine porte, et qu'il est plus facile d'exciter cette sécrétion que celle des reins. Mais la coloquinte, la gomme-gutte, l'élatherium, troublent aisément la digestion, elles ont de la tendance à provoquer des vomissements et un collapsus dangereux. En outre, la diarrhée devient alors difficile à arrêter. Ce dernier accident est surtout à craindre quand l'infiltration lardacée coïncide avec la dégénérescence cirrhotique du foie, parce qu'alors la muqueuse intestinale elle-même est souvent atteinte de cette sorte d'altération; on doit aussi le redouter quand l'affection hépatique se complique d'un degré avancé de la maladie de Bright.



Dès que l'ascite devient assez considérable pour entraver la respiration et rendre le météorisme insupportable, on doit recourir à la ponction pour évacuer le liquide. Rarement cette opération est suivie d'une péritonite funeste (1), cependant il ne faut point la répéter sans nécessité, car il est évident, que le retour rapide de l'épanchement, et la déperdition considérable d'albuminats, hâteraient les progrès du marasme (2).

Pendant l'évolution ultérieure de la maladie, l'indication principale est toujours de favoriser autant que possible la sanguification et la nutrition, et d'écartier toute source d'affaiblissement. Avant tout on doit chercher à instituer un régime alimentaire à la fois nourrissant et facile à digérer; ensuite, s'il n'y a pas d'indication autrement urgente; on devra essayer de l'extrait de quinquina, des eaux ferrugineuses en petites quantités, et des autres fortifiants.

Le catarrhe aigu de l'intestin qu'accompagnent des phénomènes typhoïdes, et qui d'habitude apparaît comme accident ultime, sera combattu à l'aide des acides minéraux joints à l'éther et autres analeptiques; ou bien s'il existe une diarrhée profuse, on emploiera le colombo, la cascarille, le tannin, etc.; etc. Malheureusement, il est ordinairement impossible alors de maîtriser ces accidents et de retarder la fatale issue. On peut en dire autant à propos de la pneumonie secondaire, de la pleurésie, de la péritonite et de l'œdème pulmonaire, contre lesquels on devra recourir au traitement habituel.

La thérapeutique n'a pas plus d'efficacité en cherchant, à l'aide des excitants ou des narcotiques, à obvier aux accidents nerveux graves qui signalent l'apparition de l'acholie. A cette période il ne s'agit plus que d'adoucir les derniers moments du malade.

A l'histoire de l'induration cirrhotique, nous joindrons celle de l'induration simple, ou transformation du foie en tissu unissant.

A la place du parenchyme, nous trouvons ici, une masse dense de tissu unissant, dans laquelle outre des espaces considérables complètement dépourvus de toute substance glandulaire (3), il existe encore des points bruns, régulièrement répartis, seuls indices de la présence des cellules hépatiques. La surface de l'organe ainsi altéré est tantôt

(1) Dans deux cas seulement, j'ai vu une inflammation modérée du péritoine suivre la ponction.

(2) Il est clair que la pression du liquide ascitique fait en partie compensation à celle du sang de la veine porte, et que plus l'ascite augmente, plus la transsudation du liquide devient difficile. La ponction prive de cet avantage, on ne doit y recourir qu'en cas d'absolue nécessité.

(3) *Atlas*, pl. IV, fig. 2 et 3; pl. V, fig. 1, 2, 3 et 4.

lisse, tantôt, au contraire, recouverte de nodosités (1). La répartition des vaisseaux dans les parties malades est entièrement changée. Les réseaux aréolaires de la veine porte ont disparu; à leur place, on trouve des tractus vasculaires allongés, qui s'injectent à la fois et par la veine porte et par l'artère hépatique (2). Dans les points seuls où il existe encore quelques traces du tissu normal, on retrouve le mode de distribution habituel des capillaires de la veine porte et des veines hépatiques (3). L'induration occupe une étendue plus ou moins considérable du foie; tantôt elle a envahi toute l'épaisseur de l'organe, tantôt elle pénètre, à partir de la superficie, plus ou moins profondément dans le parenchyme; toujours les limites qui la séparent du tissu glandulaire sain, sont nettement tracées (4).

L'induration simple existe à côté de l'induration granulée (*observation* n° 66). Dans certains cas, cependant, les portions non indurées de la glande sont parfaitement normales. Une fois, j'ai vu les veines hépatiques seules de tous les gros vaisseaux du foie, garnies intérieurement d'espèces de prolongements valvulaires, et par suite rétrécies, en partie même oblitérées; dans ce cas, le parenchyme était semé d'extravasations sanguines de date plus ou moins récente. D'ailleurs, dans tous les autres cas que j'ai pu observer, les branches de la veine porte et les canaux biliaires qui traversaient la substance indurée, loin d'être rétractés, étaient dilatés (5).

Les causes de l'inflammation chronique du foie qui donne naissance à l'induration, sont imparfaitement connues; elles semblent être à peu près les mêmes que celles de la cirrhose. Dans un des cas soumis à mon observation, on pouvait accuser l'ivrognerie, dans un autre la fièvre intermittente; enfin deux fois l'inflammation chronique s'était propagée du péritoine au parenchyme hépatique.

Les symptômes de l'induration simple ressemblent beaucoup à ceux de l'induration granulée. Cependant, d'après mon observation propre, il faudrait noter que la douleur accompagnant le début de l'induration simple est bien plus intense et plus étendue qu'avec la cirrhose. Une fois les symptômes de la péritonite chronique précédèrent de plusieurs mois ceux de l'induration hépatique. Les signes dépendant des troubles de la circulation sanguine et de l'excrétion biliaires sont les mêmes que dans la cirrhose; dans un cas, les pre-

(1) *Atlas*, pl. IV, fig. 2 et 3.

(2) *Id.*, pl. V, fig. 1 et 2.

(3) *Id.*, pl. V, fig. 1 (en bas).

(4) *Id.*, pl. IV, fig. 2.

(5) *Id.*, pl. IV, fig. 2.



miers furent excessivement marqués, parce qu'une inflammation intense de la capsule avait amené un rétrécissement, en partie même, une oblitération des veines hépatiques.

Pendant la vie, il est presque impossible de distinguer avec sûreté l'induration simple de la granulée; on y réussit seulement alors que la position du foie et la structure des parois abdominales permettent de palper avec soin. Au point de vue pratique, le diagnostic différentiel de ces deux états est sans grande importance, parce que pour l'un et l'autre le pronostic et le traitement sont semblables dans leurs points essentiels. Le pronostic, lorsque l'induration occupe la plus grande partie de la glande, est aussi défavorable que pour le foie granulé; la thérapeutique n'a pas plus de ressources ici que là, et on ne doit guère se promettre un succès durable que si on a pu de bonne heure s'opposer, à l'aide d'un traitement antiphlogistique local et général, à l'inflammation d'abord capsulaire puis parenchymateuse, dont les débuts sont habituellement caractérisés d'une manière assez nette.

OBSERVATION LXVII. — *Endolorissement du ventre, épanchement péritonéal enkysté, ictère léger; amélioration. Six mois plus tard, ascite considérable, œdème de la moitié inférieure du corps, érysipèle gangréneux. Mort.*

Autopsie. — *Résidus d'une ancienne et d'une nouvelle péritonite, épaissement du mésentère, adhérences multiples de la rate et du foie, hémorragie gastrique et intestinale; tuméfaction de la rate, induration simple et granulée du foie, rétrécissement des veines hépatiques.*

Maria Gittner, femme d'un cordonnier, âgée de 38 ans, séjourna du 17 février au 2 mars 1857, dans la division clinique de l'hôpital Allerheiligen. Sa maladie commença le jour de Noël 1855, par des douleurs dans le ventre dont le côté gauche se tuméfia. Ces accidents duraient déjà, presque sans interruption, depuis sept mois, lorsque, le 3 août 1856, la malade se présenta à l'hôpital pour y être traitée. A cette époque elle était atteinte d'œdème des pieds et des parois abdominales, ainsi que d'un léger ictère. L'abdomen était ballonné, et rendait à la percussion un son tympanique clair; dans l'hypochondre gauche seulement, on trouvait une matité, irrégulièrement limitée, restant la même quand la malade se couchait sur le côté droit, diminuant progressivement vers les bords, et qui fut regardée comme indiquant l'existence d'un exsudat péritonéal enkysté. Plus tard l'autopsie a confirmé cette hypothèse. Le foie présentait un volume normal, la rate ne pouvait être limitée avec précision à cause de l'exsudat. La digestion était régulière, les selles étaient difficiles et faiblement pigmentées. Urine abondante et exempte d'albumine.

La malade fut traitée pour une péritonite chronique; la douleur disparut, la matité dans le côté gauche devint moins forte, l'œdème diminua. Néanmoins, ce fut en vain qu'on essaya de combattre l'état cachectique à l'aide d'une médication tonique, et la maladie sortit, non guérie, de l'hôpital.

Le 17 février 1852, elle fut admise de nouveau. L'œdème des extrémités inférieures et des parois abdominales s'était reproduit, il était même devenu assez considérable pour qu'il en résultât des crevasses d'où suintait du liquide. Le bas-ventre fluctuant

était distendu par une grande quantité de liquide, le diaphragme avait été fortement refoulé en haut. Gêne considérable de la respiration, bruits du cœur normaux, poumons sains.

La ponction évacua environ huit litres d'un liquide clair et jaune; dès lors, la dyspnée s'apaisa et l'œdème devint moindre. L'examen du foie montre que l'organe a peu diminué: à travers les parois abdominales minces et flasques, on peut sentir, à la surface, des granulations. La matité de l'hypochondre a disparu à gauche, la rate, dont les contours sont nettement accusés, est plus grosse que d'habitude. Urine rare, d'un rouge brun, exempte d'albumine et de pigment biliaire; appétit conservé; quotidiennement trois selles ténues, peu pigmentées. Le diagnostic fut: cirrhose du foie. Traitement: régime nourrissant et d'une digestion facile, vin rouge, décoction de cascarrille.

25 février. — Le dévoisement a cessé, tympanite considérable, gêne médiocre de la respiration. Un léger degré d'ictère s'est manifesté; l'écoulement du liquide par la ponction est resté permanent.

26 février. — Sur la cuisse gauche, érysipèle qui devient rapidement gangréneux; pulsations 120. Langue couverte d'un enduit jaune, soif modérée, une selle dure et brune. L'ictère diminue, l'urine est dénuée de pigment. Prescription: acide muriatique et esprit d'éther nitrique.

27 février. — 112 pulsations, 9 respirations. Somnolence, délire typhoïde, une selle décolorée.

28 février. — 120 pulsations, 10 respirations, la connaissance est revenue. Ictère moindre, urine très-rare, région hépatique sensible; même traitement.

1<sup>er</sup> mars. — 112 pulsations, 24 respirations. La gangrène de la cuisse gauche, gagne les parties profondes, l'abdomen s'est de nouveau rempli de liquide, l'impulsion du cœur est apparente dans le troisième espace intercostal. Urine très-rare, langue sèche, respiration singultueuse. Prescription: vin, infusion de racine de valériane, éther.

2 mars. — 128 pulsations, 40 respirations, collapsus considérable. Mort dans l'après-midi.

Autopsie, 16 heures après la mort. La peau est légèrement ictérique, la moitié inférieure du corps est fortement tuméfiée et œdémateuse; la cuisse gauche présente une perte de substance superficielle, due à la gangrène.

Membranes cérébrales un peu congestionnées, cerveau de structure normale. La muqueuse des conduits aériens est rouge et recouverte d'un mucus sanguinolent; les deux poumons fortement adhérents sont sains, si ce n'est en bas où existe un engorgement œdémateux. Le péricarde est uni au cœur par des adhérences nombreuses et solides; les muscles et les valvules de ce dernier sont à l'état normal. La cavité abdominale renferme plusieurs livres d'un liquide jaunâtre mêlé de grumeaux fibreux grisâtres; le péritoine est terne, en partie injecté et épaissi en certains points; les circonvolutions intestinales sont adhérentes les unes aux autres. La rate est plus grosse de moitié, son enveloppe épaisse et calleuse adhère fortement aux parties voisines par des ligaments, qui s'étendent en haut jusqu'au diaphragme, en bas jusqu'à la courbure iliaque, et là, enveloppent une masse jaune et caséuse, formée par les débris de l'exsudat enkysté. Le mésentère et le mésocolon sont notablement épaissis.

L'estomac renferme un fluide sanguinolent, d'une couleur brun noirâtre, sa muqueuse est pâle; l'intestin grêle est, dans toute son étendue, rempli de ce même fluide, sa muqueuse est un peu rouge et ramollie; à partir de la valvule iléo-cœcale, elle est d'un bleu noirâtre et œdémateuse. Reins et voies urinaires non



altérés. Utérus et ovaires solidement unis aux parties voisines, d'ailleurs sains.

Le foie est diminué d'un tiers; des adhérences solides l'unissent si intimement avec le diaphragme, l'intestin et les reins, qu'on est obligé de l'en séparer avec le scalpel. Son enveloppe est épaissie et comme tendineuse, elle présente des prolongements couenneux et blanchâtres qui pénètrent dans le parenchyme. La surface du foie est inégale et divisée en lobes plus ou moins volumineux. Les orifices des veines hépatiques sont fermés par des cloisons complètes ou incomplètes, et en partie crevassées; extérieurement, elles sont entourées d'une gaine dense de tissu conjonctif. La gaine de la veine porte et celle de l'artère hépatique sont très-épaissies; ce dernier vaisseau est dilaté. A partir de la superficie, on voit s'enfoncer plus ou moins profondément dans le foie, des masses de tissu conjonctif qui compriment, dans des espaces étendus, la substance glandulaire, et n'en laissent subsister que quelques traces isolées çà et là. En outre, sur une coupe de l'organe, on remarque des traînées plus ou moins larges de tissu conjonctif, qui se continuent avec la gaine épaissie des vaisseaux, et circonscrivent des groupes de lobules hépatiques dont le tissu, bien conservé en quelques points, est, partout ailleurs, coloré en bleu, en brun ou en rouge sale par du sang extravasé. (Voyez *Atlas*, pl. V, *fig.* 1, 2, 3, 4, 5, 6, et pl. III, *fig.* 1, 3 et 4 (1).)

La vésicule biliaire ne renferme qu'une petite quantité de bile trouble et brune.

Le liquide ascitique fourni par la ponction est devenu un peu trouble; après avoir été filtré, il laisse déposer, par le repos, de gros flocons de fibrine, et plus tard des coagulums. Sa composition est la suivante :

Eau . . . . .	97,97	Sels et extractifs . . .	0,98
Parties solides . . . . .	2,03	Albumine . . . . .	1,05

On ne put y découvrir du sucre, mais on trouva un peu de leucine.

L'induration hépatique fut précédée d'une péritonite dont les

(1) *Atlas*, pl. V, *fig.* 1. On aperçoit d'abord, à la superficie, la capsule fortement épaissie, parsemée de corpuscules allongés formés par la substance unissante, et dans laquelle l'injection n'a nullement pénétré. Au-dessous de la capsule, à la place de la substance glandulaire, on trouve un tissu conjonctif amorphe, que parcourent de nombreuses ramifications vasculaires, et qui, en plusieurs points, entoure les résidus de la substance glandulaire détruite. Au centre, est un rameau de la veine porte, accompagné de plusieurs branches de l'artère hépatique, de cordons nerveux, d'un conduit biliaire, et enveloppé par une gaine épaisse de substance unissante gélatiniforme. Les vaisseaux de la glande indurée forment presque partout des mailles allongées; là, seulement où les cellules glandulaires sont encore visibles, on trouve les traces de la distribution habituelle des capillaires. La plupart des vaisseaux, par leur mode de répartition, conforme à celui des traînées de tissu conjonctif, prouvent qu'ils sont d'origine récente.

Pl. III, *fig.* 3 et 4. La même altération, vue à un grossissement plus fort.

La planche III, *fig.* 1, montre la substance glandulaire encore conservée en certains points, et seulement entrecoupée de larges lisérés de tissu conjonctif; dans ce dernier, on aperçoit de forts rameaux de l'artère hépatique, dans lesquels du pigment noir est renfermé.

La planche V, *fig.* 4, 5 et 6, donne divers aspects de la substance glandulaire imprégnée de sang extravasé.

symptômes parurent deux ans avant les débuts de l'affection du foie. L'inflammation, après avoir gagné la capsule, pénétra directement dans la substance de la glande; elle suivit aussi les gaines vasculaires; et, attaquant les membranes des veines hépatiques, produisit à leur intérieur des sortes de cloisons valvulaires. A ces dernières doivent être attribués les désordres circulatoires considérables qui, non-seulement réagirent sur le cours du sang dans la veine porte, mais encore déterminèrent des extravasions sanguines dans le parenchyme du foie. On doit noter que, en dépit de la forte pression hydrostatique à l'intérieur de la veine porte, le liquide ascitique n'était pas autrement riche en albumine.

### § 3. — INFLAMMATION CIRCONSCRITE DU FOIE.

(Hepatitis vera circumscripta, suppuratoria.)

Cette forme de l'inflammation du parenchyme hépatique reste toujours circonscrite en un ou plusieurs foyers isolés, où le travail morbide parcourt ses divers stades, sans réagir sur le reste de la glande, autrement que par une tuméfaction hyperhémique qui fait rarement défaut (1).

Ordinairement, on trouve le foyer inflammatoire en train de suppurer; car il est rare qu'on ait l'occasion d'observer l'affection à une autre période.

J'ai vu, lorsque la maladie était à son début, les parties lésées du foie présenter une coloration rouge mêlée de jaune pâle; la rougeur disparaissait vers les bords et était remplacée par un large liséré jaunâtre. Au centre, j'ai découvert une fois une branche de la veine porte remplie de sang coagulé. (*Atlas*, pl. I, *fig.* 2.) Les foyers, de couleur pâle, contenaient de petits amas isolés d'un pigment jaune d'ocre; les lobules étaient notablement hypertrophiés et entourés d'une aréole grisâtre et transparente. (*Atlas*, pl. I, *fig.* 2.)

Le parenchyme glandulaire, dans les endroits malades, paraît ramolli et friable; lorsque ces points sont situés à la périphérie, ils forment à l'extérieur des proéminences plates, recouvertes par la capsule opaque et injectée (2).

(1) Il faut excepter les cas où l'inflammation circonscrite coïncide avec une inflammation diffuse. (Voy. l'*Observation* XLIX.)

(2) D'après Haspel, l'inflammation du foie se manifeste, à son début, sous la forme de marbrures ecchymotiques ou de taches jaunâtres, laiteuses, d'un rouge brun plus foncé que de coutume, noirâtre même, en quelques points.