

Ce qui est bien plus possible, c'est, à l'aide d'un traitement approprié, d'arrêter l'hépatite chronique, qui, dans quelques cas, signale les débuts de la dégénérescence cirrhotique ; mais alors, il est vrai, on prévient plutôt qu'on ne guérit. Il est difficile de décider quand cette préservation a lieu effectivement, parce que le stade inflammatoire initial n'a rien en soi d'assez caractéristique, pour qu'on puisse en inférer, avec certitude, l'imminence de la cirrhose.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, la maladie est mortelle. La cause ordinaire de la mort est dans l'épuisement, qui est la conséquence immédiate d'une sanguification et d'une nutrition vicieuses. L'issue fatale arrive lentement et progressivement, au milieu des symptômes du marasme et de l'hydropisie générale. D'autres fois la mort est précédée et déterminée par la complication d'accidents aigus, comme un catarrhe gastro-entérique fébrile, une péritonite (*Observation XXXIX*), une pneumonie, une hémorragie intestinale, une dysentérie, un érysipèle gangréneux de la peau œdématiée, etc. Le plus souvent c'est le catarrhe de l'estomac et du canal intestinal qui met fin à la vie. Les malades perdent tout à coup complètement l'appétit, la langue se recouvre d'un enduit épais et brunâtre, qui ne tarde pas à se sécher, la diarrhée s'établit, les selles sont glaireuses, pâles, parfois teintées de sang ; souvent il y a des vomissements ; en même temps le pouls s'élève jusqu'à cent dix et cent vingt pulsations ; puis, au bout de peu de jours, arrivent une somnolence typhoïde et le collapsus.

Rarement la mort survient au milieu des accidents de l'acholie, que nous avons décrits plus haut. Dans trois cas seulement, sur trente-six, j'ai observé ce mode de terminaison (*Observations XXVIII, XXIX et XLII*).

VII. — Pronostic.

D'après ce que nous venons de voir, le pronostic est presque toujours des plus défavorables. La mort est ordinairement inévitable ; on ne peut guère prétendre qu'à pallier les désordres les plus imminents, et à retarder la mort le plus longtemps possible. Le succès plus ou moins grand, qu'on obtient sous ce rapport, dépend de conditions diverses, et d'abord : du degré où l'affection est arrivée, car si l'induration est déjà avancée, tous les efforts restent impuissants ; ensuite des complications : les lésions du cœur, une dégénérescence simple ou lardacée des reins, l'état lardacé de la rate accélèrent beaucoup la marche de la maladie. Enfin on doit tenir compte des conditions extérieures où le malade se trouve, de la possibilité d'un traitement suivi, etc.

VIII. — Diagnostic.

La cirrhose est loin d'être toujours facile à diagnostiquer au lit du malade, surtout quand, ainsi qu'il arrive le plus souvent, on n'est à même d'observer que certaines périodes détachées de son évolution. Les phénomènes, sur lesquels le diagnostic doit se baser, sont les suivants : troubles persistants de la digestion en l'absence d'une lésion évidente de l'estomac, ascite, tuméfaction de la rate, atrophie du foie, diminution de la coloration des matières fécales, cachexie. Ces symptômes rendent l'existence de la cirrhose probable, mais non positive, car ils peuvent se présenter réunis, en même temps qu'une atrophie chronique simple du foie, une pyléphlébite adhésive, une compression de la veine porte dans le hile du foie par des tumeurs ou des cordons de tissu unissant, une inflammation chronique des veines hépatiques, en un mot, ils peuvent coïncider avec chacune de ces nombreuses lésions qui entravent le cours du sang dans la veine porte, et provoquent une diminution du volume de la glande hépatique. Il n'est possible de porter un jugement positif, que si, à l'aide de la palpation, on parvient à constater ces modifications particulières de la structure et de la consistance du foie, qui caractérisent l'induration granulée. Une donnée importante est encore fournie par la manière dont les phénomènes de la stase se développent ; leur allure, en effet, est bien plus rapide avec une affection des vaisseaux hépatiques qu'avec la cirrhose (1). De plus, on doit tenir compte des causes prédisposantes, telles que l'ivrognerie, etc.

Il devient donc évident que, dans les cas où une ascite considérable ou bien une autre cause quelconque s'opposera à la palpation du foie, le diagnostic ne pourra être que probable, et qu'il ne sera pas toujours possible de reconnaître si l'atrophie de la glande est simple ou cirrhotique.

La distinction d'avec les affections du foie qui s'accompagnent d'une hypertrophie de l'organe, comme : le carcinome, les échinocoques, l'infiltration colloïde, est généralement facile, parce que l'ascite et d'autres symptômes de la stase font défaut ; et encore parce que, avec la cirrhose, l'augmentation du volume du foie, qui a seulement lieu au début de la maladie, est passagère ou même manque complètement. La glande ne reste hypertrophiée d'une manière permanente, que quand une infiltration colloïde ou une notable accumulation de graisse coïncide avec la dégénérescence granulée ; dans ce cas, c'est la disposition grenue de la surface hépatique,

(1) Dans deux observations relatées plus bas, cela put seul faire reconnaître, pendant la vie, une oblitération des vaisseaux hépatiques.

qui décidera la question. Pourtant, si, comme il arrive souvent, surtout chez les syphilitiques, il existe simultanément des rétractions cicatricielles, et s'il en est résulté la formation de volumineuses tubérosités, il deviendra très-difficile de ne pas confondre cet état avec le carcinome.

On peut encore prendre pour une cirrhose, l'ascite consécutive à une péritonite chronique, soit simple, soit tuberculeuse ou cancéreuse; l'erreur est d'autant plus facile que, dans ce cas, le foie refoulé paraît presque toujours avoir diminué de volume. Ici, l'exagération de la douleur abdominale (1) et la coïncidence des symptômes de la tuberculisation ou du cancer local et général décideront le diagnostic; de plus la tumeur splénique manque ordinairement alors, et le catarrhe gastro-intestinal est moins constant. Après la ponction, l'examen direct du foie rend le diagnostic beaucoup plus facile.

Tout en conservant constamment certains caractères essentiels, la physionomie de la cirrhose est sujette à des variations nombreuses, qui dépendent des causes dont la maladie procède, et des accidents qui la compliquent. La forme la plus simple est celle des ivrognes; ici en effet, l'affection hépatique reste seule ou bien s'accompagne de la maladie de Bright, parfois aussi d'une pneumonie, de delirium tremens, etc. Généralement les troubles des organes digestifs sont fortement prononcés, car, indépendamment de la stase sanguine, il existe un état d'irritation de la muqueuse stomacale par les spiritueux.

Avec la cirrhose consécutive à la syphilis, on trouve souvent que la rate, les reins et parfois même la glande hépatique ont subi une dégénérescence amyloïde. Dans cette forme, la cachexie atteint rapidement une grande intensité. On découvre dans le foie les restes persistants d'une inflammation syphilitique; la glande est partagée en lobes par des tractus de tissu unissant, qui la pénètrent plus ou moins profondément; tandis que l'induration cirrhotique est souvent circonscrite dans quelques foyers isolés.

La cirrhose, qui suit la fièvre intermittente, est ordinairement accompagnée d'une tuméfaction chronique de la rate pigmentisée.

Dans les cas où l'inflammation chronique du foie s'était propagée de la capsule et du péritoine à la substance glandulaire, j'ai vu, soit la veine porte, soit les veines hépatiques notablement atteintes; le parenchyme glandulaire était induré par places et d'une manière égale, la surface de l'organe était lobée.

(1) L'expérience m'a appris qu'on ne peut pas toujours compter sur ce symptôme.

Les observations suivantes pourront servir à compléter l'exposition de certains détails.

OBSERVATION XXXI. — *Ascite considérable sans œdème des pieds, troubles de la digestion stomacale et intestinale, dyspnée intense. Point de cause morbide appréciable. Amélioration passagère; augmentation de l'hydropisie. Traitement par les drastiques, ponction, mort. — Autopsie: Cirrhose du foie, épaissement des parois de la veine porte, tumeur splénique. État gras des muscles du cœur. Le liquide ascitique contient du sucre et de la leucine.* — Georges Mükler, âgé de 66 ans, était atteint, depuis cinq semaines, d'une ascite sans œdème des pieds, lorsque, le 5 décembre 1836, il se présenta à l'hôpital Allerheiligen, se plaignant d'une gêne extrême de la respiration. Les organes thoraciques n'offrent aucune altération essentielle; comme causes de la dyspnée, on peut seulement noter le refoulement en haut du diaphragme, et l'existence de râles muqueux à la partie postérieure et inférieure des deux poumons. L'abdomen est soulevé en boule et fluctuant, les veines de ses parois sont fortement dilatées. La matité hépatique est, sur la ligne mammaire, de 3 centimètres; la rate, sensiblement hypertrophiée, dépasse le bord des onzième et douzième côtes. La langue est nette, mais l'appétit reste faible; chaque jour, il y a une selle pâle et ténue; tympanisme considérable, urine rare et rouge. Le malade affirme que, jusque-là, sa santé avait toujours été bonne, et que jamais il n'a fait abus des spiritueux.

Prescription: Infusion de racine de rhubarbe avec liqueur ammoniacale anisée; régime animal léger.

La gêne respiratoire diminue, l'appétit se réveille; pendant dix jours, le malade éprouve dans son état une amélioration sensible; mais, au bout de ce temps, l'ascite et le tympanisme augmentent de nouveau, et la dyspnée devient très-forte. L'emploi d'une décoction de coloquinte provoqua plusieurs selles copieuses et liquides, mais il n'en résulta aucune amélioration. On pratiqua donc la ponction, et environ 10 litres d'un fluide séreux furent évacués. Cette opération fut suivie d'une diminution passagère des troubles menaçants de la respiration; mais, au bout de quelques jours, survint un collapsus mortel. L'examen du foie, fait immédiatement après la paracentèse, donna une matité de 6 centimètres sur la ligne mammaire.

Autopsie: Rien d'anormal dans la cavité crânienne. La muqueuse des conduits aériens est rougie et ecchymosée çà et là; les poumons sont gorgés de sang et œdémateux. Les muscles du cœur, surtout ceux du ventricule gauche, sont pâles, friables et chargés de graisse; les valvules sont normales. La rate a doublé de volume; sa capsule est opaque et épaissie, son parenchyme mollasse et plein de sang. Les parois abdominales et l'épiploon sont très-gras; la muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin grêle est pâle, elle devient livide et épaisse dans le colon. Fèces solides et brunes.

Reins normaux; on remarque seulement quelques petits kystes gros comme un pois, et, dans les pyramides, des infarctus calcaires. Le foie était uni aux parties voisines par de nombreuses adhérences, il était un peu plus petit que d'habitude, et sa surface était couverte de nodosités grosses comme une lentille ou un pois tout au plus. Ces nodosités appa-

raissent, sur une coupe de l'organe, en groupes plus ou moins considérables; un certain nombre d'entre elles présente une coloration ictérique intense. Les parois des branches principales de la veine porte sont épaissies, et ressemblent, par leur blancheur et leur dureté, à des artères; elles renferment un sang épais, semblable à du goudron, mais sans coagulums volumineux. Les cellules des granulations, que circonscrit un tissu unissant amorphe, sont envahies par de la graisse et par du pigment.

Dans la vésicule biliaire, on trouve une petite quantité d'un fluide trouble et d'un jaune gris.

Le liquide évacué par la paracentèse contenait de la leucine et beaucoup de sucre.

OBSERVATION XXXII. — *Troubles de la digestion gastrique, vomissements, diarrhée, ascite, œdème des pieds. Paracentèse. Tuméfaction de la rate, foie petit à surface grenue. Mort. — Autopsie: Foie lobé et cirrhotique, épaississement de la capsule de Glisson; adhérences solides entre la face inférieure du foie et les parties voisines; adhérences du pancréas induré avec la colonne vertébrale et les glandes rétropéritonéales. Péritonite de date récente.* — Suzanne Springer, femme d'un journalier, âgée de 34 ans, fut reçue à l'hôpital le 30 juillet 1852. Il y a trois ans encore, la menstruation avait été normale; à partir de cette époque elle s'est dérangée. Douleurs dans la région épigastrique, surtout après les repas; absence de l'appétit; garde-robes difficiles; peu à peu le ventre se gonfle. En mai, juin et juillet de l'année actuelle, les parties génitales devinrent le siège d'un écoulement sanguin qui, en juillet, fut assez intense pour qu'on eût recours au médecin. Alors, le gonflement abdominal diminua, mais il survint de la diarrhée et des vomissements de matières amères et verdâtres qui, en persistant, épuisèrent beaucoup la malade. Il y a huit jours, le vomissement et la diarrhée cessèrent. Depuis quatorze jours, l'œdème s'est emparé des pieds et des jambes, il monte jusqu'aux genoux; l'ascite est considérable, la respiration très-gênée, les veines cutanées de la poitrine et du ventre sont dilatées. Sécrétion urinaire diminuée; pas d'albumine. La partie supérieure du corps est très-amaigrie. Matité dans le tiers inférieur de la cavité thoracique gauche, et rudesse du murmure expiratoire. Point de matité à l'épigastre; rate tuméfiée. L'ascite empêche de limiter le lobe droit du foie. L'emploi des diurétiques joints aux amers n'amena ni une augmentation de la sécrétion urinaire ni une excitation de l'appétit. L'ascite continue de s'accroître. Le 4 août, après l'administration d'une potion composée d'infusion de racine de rhubarbe, additionnée d'éther nitrique, on obtient une selle dure et gluante; l'œdème des pieds diminue. Le 5, la ponction est pratiquée, il s'écoule 12 litres d'un liquide opalin, clair et chargé d'albumine. Le 8, l'abdomen est douloureux au toucher. Le 11, l'ascite s'est reproduite et est aussi copieuse qu'avant l'opération; on continue la même médication. A partir du 23, l'urine est, pendant quelques jours, plus abondante. Le 1^{er} septembre, la ponction est renouvelée; on sent, à droite, vers le rebord costal, le foie aminci sur ses bords et recouvert de nodosités. Depuis ce moment, chaque jour, il y a de deux à quatre selles claires et ténues.

Prescription: Décoction d'écorce de cascarrille et teinture de noix vomique.

L'œdème des pieds est médiocre, la diarrhée s'exagère, les forces décroissent, l'urine reste normale comme quantité et comme couleur, elle ne contient pas d'albumine. Mort par épuisement le 24 septembre.

Autopsie le 26: Épanchement séreux dans les plèvres, surtout à gauche. Poumons emphysémateux aux bords, et d'ailleurs œdématiés. Au sommet de chacun d'eux, on trouve un dépôt de matière calcaire pulvacee, gros comme un noyau de cerise, et entouré par un tissu grisâtre et calleux.

Péricarde et cœur normaux; la languette la plus longue de la valvule bicuspidée est épaissie, mais non raccourcie. Le sang est fluide dans le cœur droit, coagulé dans le cœur gauche.

La muqueuse gastrique est, près du pylore, d'un gris ardoisé intense, mais sans épaississement. Dans les portions inférieures de l'intestin grêle, les villosités sont, en plusieurs points, injectées. A partir du cœcum règne, dans toute l'étendue du gros intestin, une coloration d'un gris ardoisé, la muqueuse est légèrement œdématiée, les glandes solitaires sont tuméfiées. Les matières contenues dans l'intestin sont d'un jaune gris et pulvacees. Les glandes mésentériques sont pigmentées, aplaties et dures. Les ganglions lymphatiques, situés aux environs des gros vaisseaux du bassin et le long de la veine cave, sont hypertrophiés et ont un brillant lardacé. Le tissu unissant, qui recouvre la colonne vertébrale, est plus abondant qu'à l'ordinaire; il est résistant, surtout au voisinage du pancréas, de sorte que cet organe, dont la consistance est augmentée, et dont les granulations sont plus petites qu'à l'état normal, est comme immuablement rivé à la colonne dorsale. Cette hypertrophie du tissu unissant s'étend jusqu'au hile du foie, et là, un repli du grand épiploon, la face inférieure du foie, le duodenum, le pylore, la courbure droite du colon, sont intimement unis ensemble et fortement adhérents. La vésicule biliaire est plus épaisse, et sa cavité pourrait à peine contenir un œuf de pigeon, elle renferme un mucus blanc grisâtre; sa muqueuse est couleur d'ardoise; le conduit hépatique, très-dilaté, a une teinte jaune clair. Le foie, partagé en lobes volumineux par de profondes scissures, présente presque partout des granulations grosses comme des pois, qui, sur une coupe de l'organe, paraissent sèches et d'un gris jaune. Le volume de la glande a diminué d'un tiers environ. Sur une coupe, on voit que les points, où les rameaux de la veine porte et les canaux biliaires ont été entamés, sont parcourus par des couches épaisses d'un tissu unissant blanc et résistant.

Les reins ont un volume normal, leur capsule est facile à détacher. Leur surface présente des granulations et des rétractions cicatricielles, soit plates, soit déprimées; en outre, la couche est très-ratatinée. Le parenchyme est dur et résistant.

La rate mesure 5 pouces de long, 3 de large, elle est d'un brun sombre et contient peu de sang. Utérus et ovaires atrophiés. Dans le péritoine, on trouve une certaine quantité d'un liquide trouble et jaunâtre; dans le petit bassin et sur les viscères abdominaux, existent des dépôts fibreux; le péritoine lui-même, fortement injecté, a perdu son brillant et paraît sec. Les plaies des deux ponctions sont parfaitement cicatrisées, et à l'endroit du péritoine qui leur correspond, il s'est produit un dépôt de pigment grisâtre, dont le diamètre mesure de 3 à 4 lignes.

Autant qu'on peut en juger par l'anamnèse, avec laquelle concor-

dent, du reste, les résultats nécroscopiques, la maladie commença ici par une péritonite chronique qui, partant du tissu unissant rétro-péritonéal, du pancréas, de l'estomac et du petit épiploon, se propagea jusqu'au hile du foie et à la capsule de Glisson, avec laquelle elle pénétra profondément dans le foie. A cette péritonite sont dues les adhérences nombreuses, qui unissaient entre eux les viscères abdominaux; c'est à elle aussi qu'on doit attribuer la division lobée du foie. C'est d'elle encore que date le premier épanchement abdominal, qui disparut en partie après l'apparition de la métrorrhagie. Ce cas peut servir à expliquer ce qui a été dit plus haut des suites de la périhépatite (*Observations XLVI et XLVIII*).

Les deux cas suivants de cirrhose du foie se distinguent des autres, en ce qu'ils furent précédés d'une fièvre intermittente persistante. Dans l'un d'entre eux (*Observation XXXIV*) la fièvre avait seule agi comme cause déterminant la cirrhose; dans l'autre cas on ne peut exclure d'une manière certaine le concours de l'abus des spiritueux, etc.

OBSERVATION XXXIII. — *Fièvre intermittente persistante, habitudes de débauche, catarrhe gastrique, ictère léger; cachexie, ascite, ponction, collapsus. Mort. — Autopsie: Cirrhose hépatique finement grenue, tumeur de la rate médiocrement pigmentée, gonflement catarrhal de la muqueuse gastrique, cicatrices dans le duodenum, cicatrices typhiques dans l'iléum.* — Rosina Tielze, âgée de 28 ans, séjourna, du 14 avril au 28 mai 1857, dans la division clinique de l'hôpital Allerheiligen.

Jusqu'au 1^{er} janvier 1857, elle fut employée à la campagne; le matin, elle était occupée à la maison, l'après-midi dans les champs; chaque jour, d'après son dire, elle buvait de un à deux verres d'eau-de-vie. L'été et l'automne derniers, elle éprouva les atteintes d'une fièvre tierce qui dura, la première fois, six semaines, la seconde, quatre, et pour laquelle elle fut traitée à l'hôpital d'Ohlau. En janvier et février suivants, elle paraît avoir mené une vie très-désordonnée. Elle raconte que depuis quatre semaines son appétit est presque nul, et qu'elle est tourmentée par une sensation de plénitude dans les hypochondres et à l'épigastre; elle affirme encore que, depuis le même laps de temps, son ventre a gonflé et elle a remarqué que sa peau devenait d'un jaune blafard. En outre, depuis trois semaines, les pieds sont enflés.

La malade, notablement amaigrie, a une coloration ictérique; sa peau, partout sèche, gercée, est le siège d'une desquamation furfuracée; ascite très-développée; veines de l'abdomen médiocrement dilatées. Les extrémités inférieures sont modérément œdématisées; rien aux extrémités supérieures. La percussion du thorax ne découvre rien d'anormal; en auscultant en arrière, on entend, dans la région inférieure des deux poumons, des sifflements et des ronchus sonores. Toux sèche et pénible; cœur à l'état normal. La matité hépatique fait complètement défaut dans la région épigastrique; sous le mamelon, elle a 4 centimètres d'étendue à partir de la sixième côte, sans donner nulle part un son parfaitement

mat. La matité splénique commence au niveau de la huitième côte, en haut; en bas, elle ne peut être limitée avec précision, à cause de l'ascite et de l'anasarque.

Le ventre est fortement dilaté par une quantité considérable de liquide et de gaz, toutefois, il n'est douloureux nulle part. La langue, recouverte d'un enduit jaune, est sèche. A l'aide de la teinture de coloquinte, on obtint une selle copieuse d'une couleur brune. Urine rare (à peine 300 cent. cub. par jour), d'un rouge sombre, et même brune, dense, donnant un sédiment rougeâtre formé par des urates, contenant une petite quantité de matière colorante biliaire et exempte d'albumine. Pouls à 80.

19 avril: pulsations, 84; respirations, 22.

Prescription: Infusion de racine de rhubarbe.

L'ascite et la dyspnée font de rapides progrès; l'ictère a diminué. L'urine est encore plus rare (environ 200 centim. cub. pour vingt-quatre heures), elle est trouble, neutre, et se décompose rapidement. Son sédiment contient de fortes proportions de sels uriques en boules, des phosphates tribasiques et quelques petits octaèdres d'oxalate de chaux. La malade se plaint de douleurs pongitives dans la région hépatique, elle est très-morose.

Le 22, 84 pulsations, 24 respirations. La matité hépatique a, sur la ligne sternale, 2 centimètres; sur la ligne mammaire, 4 centimètres; sur la ligne axillaire, 7 centimètres. Tous les jours, trois garde-robes colorées par de la bile. L'appétit manque complètement, la toux s'apaise. La malade prend alternativement de la coloquinte et de la rhubarbe.

Le 30, 100 pulsations, 26 respirations. Céphalalgie, vomissements bilieux; depuis huit jours, l'ictère a beaucoup diminué. L'ascite augmente ainsi que la dyspnée. La sécrétion urinaire est presque interrompue.

Le 5 mai, à l'aide de la ponction abdominale, on évacue environ 5 livres d'un liquide clair, jaune et parfaitement limpide qui, traité par l'acide nitrique ordinaire, donne un coagulum albumineux d'un vert bleuâtre. Immédiatement après l'opération, on peut sentir, en palpant l'épigastre, de petites nodosités situées sous le rebord droit des côtes. Plus bas, à une ligne et demie environ au-dessus de la cicatrice ombilicale, existe une hernie épiploïque ayant à peu près le diamètre d'une pièce de 1 franc. Aussitôt après la ponction, la respiration devient plus libre. Dans l'après-midi, la patiente se plaint d'éprouver un peu de vertige.

Prescription: Teinture vineuse de rhubarbe et éther.

Le 6, 90 pulsations, 26 respirations. La malade a bien dormi; une grande quantité de sérosité s'écoule par la plaie de la ponction. La région hépatique est sensible au toucher. Selles difficiles, urine complètement supprimée.

Le 8, 84 pulsations. L'écoulement par la plaie dure toujours, la sensibilité de l'abdomen est insignifiante, et existe seulement dans la région hépatique et autour du point ponctionné. Nausées, point de vomissements.

Le 11, l'écoulement persiste, pas de symptôme de péritonite. Pouls radial faible, à 84. Sécrétion urinaire très-rare, donnant à peine quelques onces en vingt-quatre heures. L'appétit s'améliore.

Le 16, 100 pulsations. Exagération de la sensibilité du ventre; depuis

hier, la plaie s'est complètement fermée et le volume du ventre s'est rapidement accru.

Le 17, 96 pulsations. Vomissement bilieux, augmentation du collapsus.

Le 19, 100 pulsations. Ventre fortement ballonné, peu douloureux, vomissements fréquents, refroidissement des extrémités. Les vomissements reviennent pendant la nuit, et, vers le matin, la mort arrive subitement.

Autopsie : Cadavre très-amaigri, point d'ictère; extrémités inférieures exemptes d'œdème.

La dure-mère est un peu épaissie; le sinus longitudinal ne contient qu'une petite quantité d'un sang ténu. Vaisseaux de la pie-mère légèrement injectés; arachnoïde opaque par places; cerveau pâle, exsangue, de consistance normale. Muqueuse du pharynx, de l'œsophage et des conduits aériens, à l'état normal; glande thyroïde hypertrophiée et farcie de masses colloïdes. Les poumons présentent çà et là des adhérences anciennes; le lobe inférieur du poumon droit, notamment, est intimement uni avec le diaphragme. Poumon gauche exsangue et emphysémateux; de chaque côté, engorgement hypostatique des régions inférieures et postérieures. Deux drachmes de liquide dans le péricarde. Cœur recouvert de graisse; beaucoup de sang solidement coagulé dans le ventricule droit; dans l'artère pulmonaire et le ventricule gauche, caillots mous; valvules et muscles normaux. La cavité abdominale renferme 4 livres d'un fluide jaune et assez limpide. La rate mesure 5 pouces $1/2$ de long, 3 pouces $1/4$ de large, 1 pouce d'épaisseur; elle est flasque, d'un rouge brun, et farcie d'un pigment noir bleuâtre. Le grand épiploon est un peu épaissi. Près de l'insertion du ligament rond, on trouve, dans la paroi abdominale, un sac herniaire gros comme une noisette, et dans lequel s'engage une certaine portion de l'épiploon. La muqueuse gastrique est lisse, livide par places, et recouverte d'une couche épaisse de mucus grisâtre. Dans le duodenum, on découvre des cicatrices plates. Pancréas normal; muqueuses du cœcum et de l'iléum livides. Au-dessus de la valvule iléo-cœcale existent des taches brunes qui s'étendent en haut dans l'iléum, et prennent, à mesure que l'on remonte dans cet organe, l'aspect de cicatrices bleues, correspondant par leur forme et leur situation aux glandes de Peyer. Fèces pâles. Reins exsangues, de consistance normale. Vessie saine. La membrane séreuse qui recouvre en avant l'utérus et les ligaments larges, est fortement hyperhémie, et présente un exsudat purulent. L'ovaire droit contient plusieurs kystes gros comme une noix, et adhère fortement à la trompe. L'utérus est petit.

Foie petit, ratatiné; on remarque sur le lobe droit un sillon profond; partout le parenchyme présente une structure grenue et est d'une consistance résistante, dure et coriace. Les granulations ont un volume qui varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une tête d'épingle, elles sont séparées entre elles par des tractus minces de tissu unissant. La bile est rare, pâle, riche en mucus.

OBSERVATION XXXIV. — *Fièvre intermittente datant de sept mois; ascite, hydroémie, anasarque. Mort par œdème pulmonaire. — Autopsie: Rate tuméfiée et modérément pigmentée; cirrhose du foie; muqueuse gastro-intestinale, reins, etc., à l'état normal.* — Méta Horn, âgée de 51 ans, fut admise à l'hôpital académique de Kiel, le 28 juillet 1851. Sa peau, blême, était d'un jaune sale; son appareil musculaire flasque et flétri; sa face et ses extrémités

inférieures étaient tuméfiées par l'œdème. Les organes thoraciques ne présentaient rien d'anormal, si ce n'est des bruits anémiques dans le cœur et les gros vaisseaux du col. Pouls petit et mou, à 76. Ventre ballonné, fluctuant, et donnant à la percussion un son mat, jusqu'au niveau de l'ombilic. Rate un peu tuméfiée, foie d'un volume normal, inaccessible à la palpation. Appétit conservé, constipation; urine pâle, exempte d'albumine. La malade raconte que, depuis sept mois, elle est atteinte d'une fièvre intermittente qui d'abord, et pendant trois mois, affecta le type tierce, et qui depuis devint quotidienne. Au commencement du mois de mai, la fièvre a cessé, et c'est depuis cette époque que la malade a enflé.

Prescription : Teinture éthérée de chlorure de fer. Bouillon et vin.

La malade, qui jusque-là n'avait reçu aucuns soins, et qui était déjà profondément épuisée, ne put se rétablir. Deux jours à peine après son admission, apparurent les symptômes d'un œdème aigu des poumons, qui l'emporta.

Autopsie : Rien d'anormal dans la cavité crânienne, si ce n'est une grande anémie du cerveau et de ses membranes. La muqueuse des conduits aériens est pâle et recouverte d'écume. Les deux poumons sont œdématisés; la cavité des plèvres renferme quelques onces d'un fluide clair. Les valvules du cœur sont normales et ses muscles flasques. Dans la cavité abdominale, on trouve 9 livres environ d'une sérosité pâle. L'estomac est fortement rétracté, et sa muqueuse, généralement pâle, ne présente que quelques points injectés. La muqueuse de l'intestin grêle est grossièrement vascularisée; dans le cœcum et le colon existent des matières fécales solides et brunes.

Les systèmes uropoïétique et génital n'offrent rien de particulier.

Rate modérément tuméfiée, assez résistante, de couleur rouge brun, et pigmentée en noir par places.

Foie uni au diaphragme par des adhérences multiples. Vésicule biliaire adhérente au colon transverse. La glande a peu diminué de volume, sa surface est inégale, sa consistance très-ferme; une coupe montre, surtout dans le lobe gauche, des tractus de tissu unissant d'une couleur pâle, qui circonscrivent des granulations teintées en jaune brun. Bile ténue et pâle.

Les quatre observations de cirrhose qui suivent, concernent des individus syphilitiques. Chez trois d'entre eux il existait dans les organes des traces évidentes de la syphilis constitutionnelle, et ce fait avait donné à la cirrhose un aspect particulier. Chez l'autre (*Observation n° XXXVIII*), la syphilis avait bien préexisté, mais ce sujet avait des habitudes d'ivrognerie. La syphilis ne peut donc être considérée ici que comme une sorte d'épiphénomène.

OBSERVATION XXXV. — *Syphilis constitutionnelle, plusieurs traitements mercuriels; albuminurie, tumeur splénique, pleurésie à droite, hydropisie. Mort par un catarrhe intestinal aigu. — Autopsie: Dégénérescence amyloïde des reins, de la rate et du foie; rétraction et lobulation cirrhotique de cet*