

très-mou, couleur jaune rhubarbe. En bien des points on n'y pouvait retrouver trace du contour des lobules, et les cellules glandulaires y étaient remplacées par de l'huile, de la matière granuleuse et des noyaux. On ne trouva tout d'abord pas de leucine ni de tyrosine dans le foie, mais après qu'on l'eut immergé quelque temps dans l'esprit de vin, on y découvrit de nombreux cristaux de tyrosine. La vésicule biliaire contenait plus de vingt calculs polyédriques, à peu près gros comme des pois. Le canal cystique était tellement dilaté, qu'il pouvait admettre le petit doigt. Le canal hépatique et le canal cholédoque étaient aussi très-dilatés; on pouvait y introduire l'extrémité de l'index. Ulcération de trois ou quatre lignes autour de l'orifice duodénal du canal cholédoque; duodénum contenant de la bile, qu'on pouvait y faire arriver par pression sur la vésicule. Tous les conduits intra-hépatiques étaient dilatés, et le canal hépatique contenait trois calculs plus gros que ceux de la vésicule, chacun gros comme la moitié d'une cerise. Pas de calculs biliaires dans les intestins. Rate grosse et molle, pesant 7 onces $\frac{3}{4}$. Reins congestionnés, chacun pesant 6 onces et demie; tous les deux étaient marqués par des dépressions sur leur surface, semblables à d'anciennes cicatrices, et il y avait quelques petits kystes dans la substance corticale du rein droit; les deux reins contenaient aussi quelques petits amas de pus jaune opaque; sous les autres rapports, ils paraissaient normaux. Cœur, 14 onces; valvules normales. Poumons congestionnés en arrière, sauf cela, sains.

Les symptômes éprouvés par le malade ne permettaient pas de douter que sa maladie n'eût commencé par le passage de calculs biliaires, mais il était également clair qu'il y avait quelque autre cause que les calculs, pour expliquer la persistance de l'ictère longtemps après que les matières contenaient de la bile, et pour rendre compte aussi de l'appareil fébrile et des symptômes cérébraux et typhoïdes qui accompagnaient l'ictère.

L'ictère, avec fièvre et symptômes cérébraux, — et la bile continuant de passer dans les garde-robes, — est dû à l'une des trois causes suivantes :

1° Un poison spécifique, tel que celui de la fièvre jaune, la fièvre à rechute ou le typhus.

2° Les abcès pyohémiques du foie.

3° L'atrophie aiguë du foie.

Quant à la première cause, il était évident que le malade n'était atteint d'aucune de ces affections aiguës spécifiques, de sorte que la question à décider, c'était de savoir si l'on avait affaire à un abcès pyohémique ou à une atrophie aiguë du foie. En faveur du premier, on avait : *a*, le volume considérable du foie, et *b*, ce fait, que les calculs biliaires sont susceptibles de déterminer l'ulcération des voies biliaires, avec inflammation pyohémique secondaire du foie. Contre l'idée d'abcès, on pouvait faire valoir : *a*, l'absence de frissons ou de transpiration abondante pendant toute la maladie, bien que ces deux symptômes soient parfois

absents dans la pyohémie provenant de cause interne; et *b*, ce fait, que le foie diminuait de volume, au lieu d'augmenter, à mesure que la maladie avançait. L'atrophie aiguë avait contre elle : *a*, le volume considérable du foie, et *b*, la marche relativement chronique de la maladie. Mais deux faits militaient puissamment en sa faveur : c'était, d'une part, la diminution de volume du foie à mesure que la maladie avançait, et, de l'autre, la présence de la leucine et de la tyrosine, et la diminution de l'urée dans l'urine. On émit donc cette opinion que le foie avait augmenté de volume par suite de l'obstruction calculeuse des voies biliaires, et que l'atrophie du foie s'était produite consécutivement et s'était continuée après que l'obstruction s'était dissipée. Frerichs fait allusion à des cas semblables dans le passage suivant de son ouvrage :

« Dans les cas où la stase biliaire persiste pendant plusieurs mois, elle donne lieu à une atrophie de la glande, qui, en bien des points, ressemble à l'atrophie aiguë. Le foie diminue de volume et se ramollit; les cellules du parenchyme, qui sont infiltrées de bile, se désagrègent et se réduisent à l'état de débris finement granuleux, mêlés avec des gouttelettes d'huile et des particules de pigment; en même temps, on peut y déceler la présence d'une grande quantité de leucine et de tyrosine (1). »

Dans le cas que je viens de vous rapporter, il est à remarquer que le processus atrophique continua après que l'obstruction eut disparu.

Toutefois l'autopsie, dans ce cas, fit découvrir non-seulement l'atrophie du tissu hépatique, mais aussi des dépôts puriformes dans le foie. Il est vrai que ces collections étaient composées principalement de matière huileuse, bien que l'ulcération de l'orifice duodénal du canal cholédoque, les grandes variations observées dans la température pendant la vie et la présence de quelques petits dépôts de pus dans les reins, tout indiquât que le malade était atteint d'une inflammation pyohémique, aussi bien que d'une atrophie aiguë du foie.

III. — ATROPHIE CHRONIQUE.

Sous cette désignation, il y a à examiner plusieurs maladies qui, par leur étiologie et leurs caractères anatomiques, sont essentiellement distinctes, mais qui présentent souvent des symptômes tellement semblables, qu'il peut être impossible, pendant la vie, de les distinguer entre elles.

Les maladies auxquelles je fais allusion sont les suivantes :

I. La cirrhose, appelée aussi « foie des buveurs de gin », dans laquelle

(1) *Op. cit.*, p. 281.

le volume du foie se trouve réduit, par suite de l'atrophie ou de la destruction lente du tissu glandulaire, mais dans laquelle aussi le tissu fibreux est augmenté, de telle sorte que l'organe est extraordinairement dense et ferme. La surface externe présente aussi un caractère granuleux et nodulé, qui a valu à cette lésion le nom de foie « *hobnailed* », littéralement : *garni de clous à grosse tête*. A la coupe, la glande présente des bandes fibreuses solides, comprenant les restes des vaisseaux et des conduits

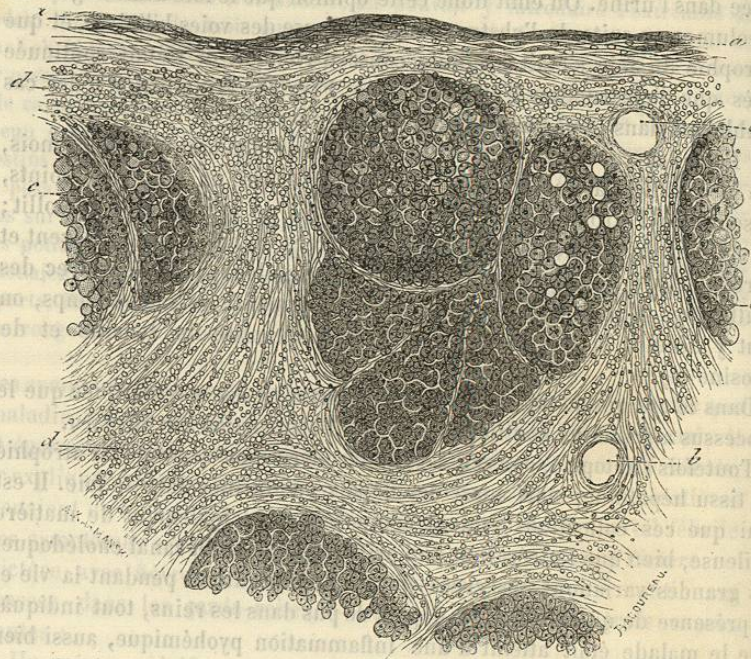


Fig. 34. — Coupe microscopique perpendiculaire à la surface d'un foie atteint de cirrhose ou hépatite proliférative.

a, Capsule de Glisson épaissie; b, vaisseaux; c, lobule hépatique; d, jeunes cellules et tissu fibreux.
(Grossissement d'après une préparation de M. Pierret.)

Emprunté au *Traité d'anatomie pathologique* de Lancereaux, t. I.

biliaires et entourant des îlots de tissu glandulaire jaune (1). La capsule est aussi quelquefois épaissie et adhérente aux parties environnantes.

(1) La couleur jaune est due à la grande quantité de pigment jaune contenu dans les cellules glandulaires. C'est de ce caractère qu'est dérivé le terme cirrhose (*κίρρός*, jaune roux), et l'extension de ce terme à des maladies d'autres organes, tels que les poumons et les reins, qui ressemblent à la cirrhose du foie non par la couleur jaune, mais par la condensation fibreuse du tissu, est manifestement mal appropriée.

Dans une précédente leçon, je vous ai fait remarquer que la rétraction du foie est très-souvent précédée d'une augmentation considérable de volume. La vraie cirrhose peut presque invariablement être rapportée à l'abus des spiritueux concentrés, et surtout à l'habitude de les boire à jeun, et, par suite, elle est très-commune dans les pays et dans les villes où règne une pareille habitude (Obs. CXI) (1).

II. L'hypérémie résultant de la gêne apportée à la circulation par les affections cardiaques ou pulmonaires, amène tout d'abord l'augmentation de volume du foie (voy. pp. 136, 140); mais, au bout d'un certain temps, l'augmentation de volume est suivie d'un état opposé, d'atrophie. En même temps, le foie devient ferme, résistant, finement granuleux, et présente un aspect qu'on a souvent pris pour de la cirrhose; mais les dépressions correspondent au centre des lobules, tandis que, dans la véritable cirrhose, elles sont à la circonférence. L'atrophie est due à la pression exercée par les veinules intra-lobulaires distendues, sur les cellules glandulaires environnantes. Ces cellules disparaissent, de sorte que la partie centrale des lobules se déprime, tandis que les portions occupées par les branches de la veine porte font saillie, comme de fines granulations. Au bout d'un certain temps, l'atrophie s'étend à la circonférence des grosses branches de la veine hépatique, de façon à produire des dépressions étendues, et il se développe, autour des vaisseaux, du nouveau tissu connectif, qui donne à l'organe un plus haut degré de fermeté et qui obstrue ou oblitère plus ou moins complètement les petites branches de la veine porte. Cet état du foie n'est pas rare dans les cas d'affection valvulaire datant de longtemps (Obs. CXIV) (2).

III. Une atrophie molle du foie, où l'organe présente aussi une surface externe granuleuse ou nodulée, ressemblant à ce qu'on voit dans la vraie cirrhose, mais où il n'y a pas hypertrophie du tissu fibreux, de telle sorte que le foie, au lieu d'être extraordinairement dense, est plus mou qu'à l'état normal. Dans quelques-uns de ces cas, sinon dans tous, il n'y a pas d'antécédents d'intempérance (voyez obs. CXII).

IV. La péri-hépatite atrophique, c'est-à-dire une atrophie du foie résultant d'attaques fréquentes de péri-hépatite ou d'inflammation de la

(1) J'engage vivement ceux qu'intéresserait l'étude de la cirrhose, à lire les pages que le professeur Charcot lui a consacrées dans son livre (*Leçons sur les maladies du foie*, Paris, A. Delahaye, 1877, pp. 223 à 253); la question s'y trouve exposée, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, avec une clarté et une précision incomparables. (N. D. T.)

(2) Il a déjà été question de cet état du foie à l'article CONGESTION, p. 133. L'atrophie dont parle ici Murchison est toujours précédée d'augmentation de volume du foie, tandis que ce dernier fait est exceptionnel — si tant est qu'il soit bien réel — dans le processus de la cirrhose vraie. En d'autres termes, le foie cardiaque ou le foie muscade peut subir à la longue un certain degré d'atrophie cirrhotique, mais, dans la cirrhose vraie, l'atrophie est un caractère fondamental, essentiel. (N. D. T.)

capsule. Dans ces cas, la capsule devient considérablement épaissie et est souvent fixée aux parties voisines par des brides solides. Ces bandes fibreuses passent également de la capsule épaissie dans l'intérieur du foie, qui, à la coupe, présente souvent une surface dense, unie, avec le contour des lobules plus ou moins effacé. Cet état du foie a été décrit par quelques auteurs sous le nom d'*induration simple*, et est commun surtout chez les individus qui ont été affectés de syphilis constitutionnelle; on l'observe aussi parfois dans les cas d'affection valvulaire du cœur datant de longtemps, dans la fièvre intermittente, et lié à l'inflammation de la plèvre droite, à l'ulcération de la muqueuse de l'estomac et à diverses maladies du tissu glandulaire du foie lui-même. Dans ces cas, l'inflammation se propage à la capsule du foie à travers le diaphragme, le long du ligament coronaire ou du tissu glandulaire sous-jacent. Quand la maladie a une origine syphilitique, la surface du foie rétracté est souvent marquée de dépressions pareilles à des cicatrices, ou de scissures profondes, donnant à l'organe un aspect lobulaire, et on trouve des tumeurs gommeuses à l'intérieur de la glande. Dans d'autres circonstances, la surface externe est unie et ne présente jamais l'aspect « garni de clous à grosse tête » de la vraie cirrhose. Parfois le tissu fibroïde développé dans la scissure porte, par suite de processus inflammatoire, détermine la rétraction des conduits biliaires ou de la veine porte.

V. Il y a, enfin, l'*atrophie chronique* de Frerichs ou l'*atrophie rouge* de Rokitanski. Ici, il n'y a pas de nodulation ou de granulation à la surface externe, et il n'y a pas nécessairement d'épaississement ou d'adhérences de la capsule; mais le tissu glandulaire contient une grande quantité de sang et présente à la coupe une couleur brun foncé ou rouge bleuâtre, une consistance un peu ferme et un aspect homogène, avec peu ou pas de trace de division en lobules. Les cellules glandulaires sont souvent plus petites qu'à l'état normal et chargées de granules de pigment brun. L'atrophie de la glande est générale, bien que son épaisseur l'emporte souvent sur les autres dimensions; parfois, il y a un cercle de tissu hépatique atrophié le long du bord de l'organe. On a vu le foie, en entier, ne peser que 24 onces; mais le caractère anatomique le plus important, c'est la destruction des ramifications de la veine porte, dont les branches se terminent en ampoules, de sorte que l'organe ne peut être finement injecté par la veine porte. On observe parfois cette forme d'atrophie en connexion avec les ulcérations simples et cancéreuses de l'estomac et des intestins, ou chez des individus qui ont longtemps ou souvent été affectés de fièvres intermittentes ou rémittentes; dans ce dernier cas, il y a souvent un dépôt de pigment noir dans les capillaires du foie.

Toutes ces maladies ont un caractère anatomique commun : c'est la destruction, à un degré plus ou moins considérable, des dernières ramifications intra-hépatiques de la veine porte. C'est à cette cause qu'il faut attribuer les symptômes cliniques par lesquels elles ont entre elles une ressemblance si étroite pendant la vie. Les symptômes prédominants, dans toutes ces maladies, sont ceux d'une obstruction de la circulation porte. Il y aura donc utilité à vous décrire d'abord les symptômes typiques qu'on observe dans un cas de vraie cirrhose, et ensuite de signaler les circonstances qui peuvent distinguer cette affection des diverses autres formes d'atrophie chronique.

Voici donc quels sont les caractères cliniques de la cirrhose. Comme c'est une maladie chronique, son cours s'étend ordinairement sur plusieurs années et peut, avec avantage, être divisé en deux périodes : celle qui précède, et celle qui suit la destruction des petites branches de la veine porte.

A. *Première période.* — A son début, la maladie est ordinairement insidieuse.

1° Les premiers symptômes sont ceux de la dyspepsie alcoolique, tels que des efforts pour vomir, le matin, et une sensation particulière de défaillance qui éveille un besoin impérieux de spiritueux, perte de l'appétit pour la nourriture solide, langue chargée, goût amer, flatulence et gêne après le repas, alternative de diarrhée et de constipation, hémorrhoides, urine foncée, souvent troublée par la présence d'urates, et contenant parfois du pigment biliaire, langueur et abattement. L'intensité de ces symptômes varie à divers moments, et, par intervalles, le malade paraît tout à fait bien.

2° Au bout d'un certain temps, le malade maigrit et devient blême, et des stigmates veineux se développent sur les pommettes; il se produit souvent une douleur sourde, accompagnée d'un peu de sensibilité, dans l'hypochondre droit; la douleur s'irradie quelquefois jusque dans l'épaule.

3° Je vous ai déjà fait remarquer qu'à ces divers symptômes s'ajoute souvent une augmentation considérable de volume du foie (v. p. 143).

4° La maladie commence aussi parfois d'une façon plus aiguë, par des symptômes fébriles, de la douleur dans la région hépatique, des vomissements, de l'ictère et de la diarrhée. Mais, dans ces cas, il est probable qu'il y a eu antérieurement quelque état chronique, et les symptômes aigus ont été consécutifs à quelque écart de régime, quelque abus inaccoutumé de stimulants, ou bien à un refroidissement. (Voyez l'Appendice.)

5° Comme antécédents, il y a des excès de boissons (vin et spiritueux), et particulièrement l'habitude de *nipping*, c'est-à-dire de boire à dose très-petite mais très-fréquemment répétée. Le malade prend rarement

assez de stimulants pour affecter le cerveau, et souvent il s'indigne, si l'on a l'air de croire qu'il a excédé les limites d'une consommation modérée; mais rappelez-vous ce que je vous ai dit dans une leçon précédente (p. 145), que ce qui est une quantité modérée pour l'un, peut produire une maladie sérieuse chez un autre.

B. Seconde période. — Les symptômes de cette période sont ordinairement bien marqués et sont principalement dus à l'obstruction de la circulation porte.

1° *L'étendue de la matité hépatique est diminuée* (v. fig. 35); elle peut être réduite à la moitié de son étendue normale, ou même moins. L'atrophie est ordinairement plus marquée dans le lobe gauche, dont

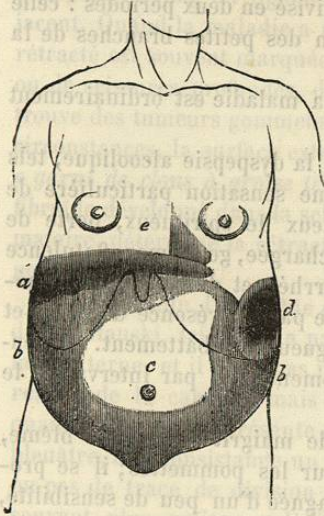


Fig. 35. — Schéma de la matité hépatique et ascitique chez Thomas B..., affecté de cirrhose (obs. CIV, p. 299).

a, Matité du foie atrophié; b, épanchement péritonéal déterminant la voussure des flancs; c, intestins distendus par des gaz; d, rate augmentée de volume; e, cœur.

la matité peut entièrement disparaître. La matité du lobe droit peut également être réduite plus que ne paraîtrait le comporter l'état du foie dans le même moment; cela tient à ce que le bord inférieur de l'organe est remonté en haut par la pression du liquide péritonéal ou des gaz intestinaux, ce qui a pour effet d'augmenter le diamètre antéro-postérieur de l'abdomen et de diminuer l'étendue du foie qui se trouve apposé aux parois abdominales. Il ne faut pas oublier cependant que l'hépatite interstitielle, qui mène à la rétraction cirrhotique, peut déterminer tous les signes de l'obstruction porte, quoique le foie soit considérablement augmenté de volume (v. p. p. 143 et 148).

2° *L'aspect nodulé*, ou « garni de clous à grosse tête », de la surface du foie, peut être senti quelquefois à travers les parois abdominales et aider au diagnostic. Plus ordinairement, il se trouve que, lorsque l'irrégularité

cancer. Pour ce qui est du diagnostic, il est nécessaire de ne pas oublier que le caractère nodulé du foie peut être congénital ou résulter de l'oblitération de grosses branches de la veine porte. Dans le dernier cas, la surface du foie présente de profondes scissures produites par l'atrophie du tissu glandulaire qui était sous la dépendance circulatoire du vaisseau oblitéré.

3° *Ascite.* Une hydropisie du péritoine, sans douleur ou sensibilité dans l'abdomen, est un des résultats les plus ordinaires de l'obstruction porte; on l'observe dans la cirrhose plus fréquemment que dans toute autre affection du foie. Le liquide épanché est une sérosité jaune clair, ayant une densité de 1012 à 1016, contenant une grande quantité d'albumine, mais pas de sang ni de produits inflammatoires. Par suite de la distension des veines qui ramènent le sang du péritoine, le sérum sanguin transsude à travers les parois des vaisseaux dans la cavité péritonéale. Une fois épanché, le liquide persiste et augmente graduellement. Lorsque la quantité en est considérable, elle peut comprimer la veine cave inférieure et les veines iliaques, et amener ainsi un œdème secondaire des jambes. Mais c'est là une particularité de l'hydropisie provenant d'obstruction porte non compliquée, que l'ascite précède toute autre hydropisie se produisant ailleurs et reste toujours prédominante. Une ascite trop considérable peut aussi entraver l'action du diaphragme et devenir une gêne sérieuse pour la respiration, mais on la distinguera de l'ascite d'origine cardiaque en ce que la dyspnée suit et ne précède jamais l'ascite.

Frerichs n'a noté l'ascite que 24 fois sur 36 cas de cirrhose : les individus affectés de cirrhose peuvent mourir de différentes façons sans avoir vu survenir de l'ascite, mais elle manque rarement dans la période avancée de la maladie.

4° *L'augmentation de volume de la rate* qui se traduit par une extension de la matité fournie par cet organe, est une autre conséquence ordinaire de l'obstruction mécanique de la circulation intra-hépatique, moins commune, cependant, qu'on ne l'imaginerait au premier abord. On la rencontre dans à peu près la moitié des cas. On peut parfois attribuer son absence à l'épaississement fibreux ou à la calcification de la capsule, qui entrave la dilatation des vaisseaux qu'elle contient, et, d'autres fois, à un drainage excessif de la muqueuse gastro-intestinale, causé par la diarrhée ou une hémorrhagie.

5° *Le développement des veines abdominales superficielles*, surtout du côté droit et entre le sternum et l'ombilic, est encore un résultat de l'entrave apportée à la circulation porte; on l'observe ordinairement dans la cirrhose avancée. Quand la veine porte est obstruée, par suite des anastomoses entre la veine mésentérique inférieure et l'hypogastrique, par

l'hémorroïdale inférieure, le sang revient au cœur en partie par les veines hypogastriques. Il faut se rappeler, cependant, que ce développement des veines abdominales peut se présenter dans toute ascite considérable et de longue durée, par suite de la pression exercée par le liquide sur la veine cave inférieure. Dans ce cas, cependant, il y a aussi d'ordinaire, des varices des extrémités.

6° Il n'est pas rare de voir survenir des *hémorroïdes* sous l'influence de la même cause qui détermine le développement des veines abdominales : elles précèdent même souvent les autres signes de l'obstruction porte. Les hémorroïdes, dans un grand nombre de cas, sont dues à l'obstruction de la circulation porte, et mettez-vous bien dans la tête que l'oubli de ce fait a trop souvent conduit à des résultats fâcheux, et même mortels. Le sang qui vient du rectum doit passer à travers le foie, et l'écoulement passager de sang par les hémorroïdes est une espèce de soupape de sûreté qui débarrasse les radicules engorgées de la veine porte. Enlevez cette soupape de sûreté en opérant les hémorroïdes, et vous risquez d'augmenter l'état morbide du foie et de provoquer de l'ascite ou de l'hématémèse (1).

7° Il se fait de temps en temps des *hémorragies* par la muqueuse stomacale ou la muqueuse intestinale qui sont parfois très-abondantes et mortelles, même avant qu'il y ait de l'ascite. Dans quelques cas, elles sont pendant quelque temps suivies d'un grand soulagement. Les capillaires de la muqueuse se rompent par suite de leur extrême distension par le sang, la circulation collatérale ne se trouvant pas suffisamment développée. Les épistaxis, le purpura, le saignement des gencives, les ecchymoses autour des scarifications, et autres hémorragies, qui sont évidemment indépendantes d'une cause mécanique et sont probablement le résultat de quelque état morbide du sang, ne sont pas rares dans la période avancée de la cirrhose et sont toujours d'un fâcheux présage.

8° Le *catarrhe de l'estomac et des intestins* se présente souvent aussi dans le cours de la cirrhose, la muqueuse congestionnée étant poussée à l'inflammation par des causes qui, autrement, resteraient inertes. Quand il survient, il est marqué par de la sensibilité à l'abdomen, du malaise et des vomissements après le repas, une diarrhée opiniâtre, et plus ou moins de fièvre. En pareil cas, on trouve souvent, après la mort, les caractères anatomiques typiques de l'inflammation catarrhale, avec érosions hémor-

(1) Lorsque troublés par des circonstances fâcheuses, les intestins me tourmentent trop, les écoulements de sang soulagent le mal de tête et sont pour l'organisme comme des espèces de soupapes de sûreté. J'étais presque décidé à me laisser opérer par M. Syme la dernière fois que je me suis trouvé en Angleterre; mais un vieil ami me dit que son père avait été opéré par le célèbre John Hunter et qu'il en était mort à l'âge de quarante ans. Cet avis me sauva, car cette incommodité a été ma soupape de sûreté. » *The Last Journals of David Livingstone*, 1874, t. III, p. 124.

rhagiques de la muqueuse stomacale, lésions qu'une personne peu expérimentée pourrait prendre souvent pour l'effet de quelque poison irritant. De même que les hémorragies, les crises de diarrhée, dans le cours de la cirrhose, sont souvent salutaires et ne doivent pas être arrêtées trop vite. J'ai vu plus d'une fois l'ascite se produire par suite de l'emploi intempestif des astringents. Quand il y a coexistence de dégénération cirreuse avec la cirrhose, il peut y avoir une diarrhée profuse et opiniâtre, les intestins se trouvant envahis par la lésion cirreuse.

9° *La douleur* dans la région du foie n'est pas un symptôme saillant de la vraie cirrhose. Dans la première période de la maladie, il y a parfois une douleur sourde, avec un peu de sensibilité dans l'hypochondre droit, par suite de la congestion; et, dans tout le cours de la maladie, il peut y avoir une douleur aiguë et de la sensibilité, mais d'une façon temporaire et résultant d'attaques de péri-hépatite intercurrente; dans les intervalles de ces attaques, il n'y a que peu de mal ou de sensibilité dans la région hépatique.

10° *L'ictère prononcé* est un symptôme rare dans la cirrhose : quand il est persistant, c'est un mauvais signe. Dans la première période de la maladie, il peut y avoir un ictère par congestion; mais lorsque l'ictère se montre ultérieurement, il est généralement le résultat de quelque complication, telle que le catarrhe des voies biliaires, ou l'engorgement des ganglions de la scissure du foie, qui compriment le canal hépatique. L'ictère persistant peut aussi se montrer dans la période avancée de la maladie et être accompagné d'hémorragies, de sécheresse et coloration brune de la langue, de fétidité de l'haleine et d'agitation. Ces symptômes sont toujours de mauvais présage, même s'il n'y a pas d'ascite; ils sont souvent suivis d'accidents cérébraux. Toutefois, le docteur Fagge a observé (1) un cas de cirrhose avec ictère persistant pendant sept ans, dans lequel le malade mourut finalement d'hématémèse (voy. aussi l'obs. C, p. 257).

Mais, bien que l'ictère prononcé soit rare dans la cirrhose, il y a peu de malades qui, pendant tout le cours de la maladie, ne présentent un teint blême persistant, avec une aréole foncée autour des yeux, et cependant les matières continuent à renfermer de la bile et l'urine ne contient que peu ou point de pigment biliaire. Il faut prendre garde à ne pas confondre avec cette apparence blême l'aspect bronzé que subit la face par l'exposition au soleil dans les climats chauds, ou avec la teinte de cire que donne parfois l'anémie. La combinaison de cet air blême avec les traits affaiblis et les stigmates veineux des joues, constitue la physionomie caractéristique de la cirrhose.

(1) *Guy's Hosp. Reports*, 1855, t. XX.

11° Les *fonctions digestives* sont quelquefois dans un état assez normal; mais plus communément il y a perte de l'appétit, avec flatulence et constipation, mal au cœur le matin, ou les symptômes de gastro-entérite que j'ai déjà signalés.

12° *L'urine* est presque invariablement en très-petite quantité, très-colorée et acide, et dépose en abondance des urates rouge vif, rouge foncé ou brunâtres. Même lorsqu'il n'y a pas d'ictère, elle contient toujours en abondance un pigment se rapprochant beaucoup, par sa composition, du pigment biliaire. Ces caractères sont tellement constants que l'élimination d'urine pâle, restant claire après le refroidissement, serait un argument puissant contre l'origine hépatique d'un cas donné d'ascite. Il y a quelquefois de l'albuminurie, par suite de maladie de Bright concomitante; mais rappelez-vous qu'une grande quantité de liquide dans le péritoine peut déterminer la présence de l'albumine dans l'urine, indépendamment de toute affection rénale, l'albumine disparaissant quand, sous l'influence de la paracentèse, disparaît la pression exercée sur les veines rénales (1).

13° Les *symptômes cérébraux*, tels que la tendance à l'assoupissement, le délire, le coma et les convulsions, surviennent fréquemment dans la période avancée de la cirrhose. Ils sont souvent associés à l'ictère et aux hémorrhagies, et sont une contre-indication à la paracentèse, parce qu'ils s'aggravent généralement par la soustraction du liquide.

14° Dans tous les cas, les progrès de la maladie sont marqués par une *émaciation* et un *affaiblissement progressifs*. Par suite de l'obstruc-

(1) Il me paraît intéressant de rappeler encore deux particularités que peut présenter l'urine dans le cas de cirrhose, savoir : 1° la diminution parfois très-notable de la quantité d'urée, et 2° la présence du sucre.

La diminution de l'urée tient, comme cela a déjà été indiqué, à la destruction d'une portion plus ou moins considérable de la glande, dont la fonction désassimilatrice se trouve dès lors atténuée en proportion, d'où production moindre d'urée. Cette particularité ne mérite ici qu'une mention, attendu que les rapports du foie avec l'urée sont discutés en détail dans une des dernières leçons de cet ouvrage.

Quant à la glycosurie, le mécanisme est facile à saisir. Le foie étant chargé d'emmagasiner ou de transformer le sucre qu'il reçoit des voies digestives, on conçoit que quand la circulation porte est obstruée, comme dans le cas de cirrhose avancée, la glucose ne peut arriver jusqu'aux cellules hépatiques, atrophiées d'ailleurs ou détruites en grande partie, et il se déverse par les voies de la circulation veineuse supplémentaire dans la grande circulation où il se trouve tout de suite en excès et dès lors passe dans les urines. Couturier a rapporté dans sa thèse inaugurale deux faits de ce genre; Colrat en a également observé un ou deux; enfin un autre a été publié par le professeur Lépine (de Lyon). Chez un de ces malades cirrhotiques, on a pu à volonté faire disparaître, ou diminuer, et reparaitre la glycosurie en variant l'alimentation à ce point de vue.

Ces faits n'intéressent pas seulement la physiologie pathologique, mais aussi la clinique. On comprend en effet que dans des cas où le diagnostic présente des difficultés sérieuses, la constatation de la diminution de l'urée et de la glycosurie peut devenir un renseignement des plus précieux. (N. D. T.)

tion de la veine porte, l'absorption des matériaux nutritifs dans l'intestin est diminuée et ensuite suspendue, tandis que les fonctions du foie et de la rate dans la sanguification se trouvent plus ou moins atteintes. Dans beaucoup de cas, le malade meurt d'épuisement, l'intelligence se conservant jusqu'au bout. D'autres fois, la mort survient par pneumonie, par œdème pulmonaire, ou par péritonite aiguë; ou bien elle est précédée d'ictère et des symptômes déjà signalés d'intoxication générale du sang.

15° Le diagnostic de la cirrhose vraie se trouvera aidé par la connaissance des circonstances dans lesquelles elle survient :

Étiologie. — *a. Age.* La cirrhose affecte principalement les adultes, entre trente-cinq et soixante ans. Elle est extrêmement rare au-dessous de vingt-cinq ans, mais on l'a constatée même chez de jeunes enfants. L'obs. CXI est un exemple de cirrhose chez un enfant de neuf ans (1).

b. Sexe. On croit généralement que cette affection est plus commune chez les hommes que chez les femmes; mais, d'après mon expérience, il n'y aurait pas, à Londres, une grande différence sous ce rapport.

c. Habitudes. Dans tous les cas, il y a des antécédents d'intempérance, excès de spiritueux, et spécialement l'habitude de boire des spiritueux ou du vin fort sans les étendre d'eau et à jeun (2). Il est très-rare que la vraie cirrhose provienne d'une autre cause, car bien qu'on la rencontre parfois chez de jeunes enfants (3) (et même, dit-on, chez quelques animaux, tels que le bétail et le porc), il se peut que, dans beaucoup de ces cas, la maladie soit une des autres formes de l'atrophie chronique sur laquelle j'ai appelé votre attention. Chez les jeunes enfants, la cirrhose est quelquefois due à une syphilis héréditaire, tandis que l'observation CXI montre que les exceptions apparentes peuvent confirmer la règle, et que, même dans le jeune âge, la cirrhose peut résulter d'abus alcooliques.

d. Profession. D'après ce qui a déjà été dit, il n'est pas surprenant que la maladie soit fréquente, surtout parmi les débitants et les matelots. Quant à l'opinion émise par une haute autorité, d'après laquelle la cirrhose serait rare dans les hautes classes de la société, elle est tout à fait contraire au résultat de mon expérience.

e. Goutte. On rencontre très-souvent la cirrhose en connexion avec la

(1) Thomas Barlow a communiqué au *Meeting* annuel de l'Association médicale Britannique, en 1877, un cas de cirrhose observé chez un enfant de dix-huit mois. (N. D. T.)

(2) Le professeur Leudet (de Rouen) a présenté dans sa *Clinique médicale* (pages 35 à 68) une étude remarquable de l'influence pathogénique des excès alcooliques sur la production non pas seulement de la cirrhose atrophique, mais de l'hépatite interstitielle en général. Les nombreuses recherches de l'auteur sur cette question lui donnent une autorité incontestée. (N. D. T.)

(3) Voyez l'Appendice; voyez aussi Frerichs, *op. cit.*; et Dr Griffiths, *Pathol. Transact.*, t. XXVII, p. 186.