

rhotique, ce sont des complications qui hâtent l'issue funeste de l'affection et modifient l'ensemble de ses symptômes.

On ne peut nier qu'il n'existe des causes de cirrhoses, dont l'espèce nous est parfaitement inconnue; j'ai observé cette affection chez un enfant de dix ans sur lequel aucune des influences morbifiques sus-énoncées n'avait agi; Rilliet et Barthez ont observé la cirrhose chez des enfants, Ferdinand Weber (1) l'a vue chez des nouveau-nés où elle était congénitale et datait de la période fœtale.

Quant aux circonstances prédisposantes, venant de l'âge et du sexe, j'ai trouvé comme sujets de mes trente-six observations, vingt hommes et seize femmes. Le nombre de ces dernières doit ici être relativement trop fort; parce que les femmes, qui se font traiter à l'hôpital, sont bien plus que les autres individus de leur sexe, adonnées à l'ivrognerie et aux autres excès. Par rapport à l'âge les cas se répartissent de la manière suivante :

De 10 à 20 ans.	1
De 20 à 30 ans.	2
De 30 à 50 ans.	12
De 50 à 70 ans.	20
De plus, une femme âgée de 81 ans.	

Ces nombres sont loin d'être assez considérables pour décider d'une manière certaine quelle est l'influence de l'âge.

Art. 4. — Symptômes de la cirrhose.

§ 1^{er}. — DESCRIPTION GÉNÉRALE.

D'habitude la maladie se développe lentement et insidieusement. Par exception seulement, et dans les cas où dès le principe l'inflammation glandulaire acquiert une certaine intensité et envahit la capsule, les débuts de l'affection se caractérisent avec évidence. Il se produit

(1) F. Weber, *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen*, 3^e livrais., p. 47. Kiel, 1854. — Dans un accouchement gémellaire, un des enfants vint mort-né, tandis que l'autre était sain. Le premier semblait amaigri et ictérique, il était couvert de pétéchies; la cavité abdominale contenait une quantité notable de sérum jaune, la muqueuse gastrique était pâle, celle de l'intestin injectée et tuméfiée. La rate conservait sa grosseur et sa couleur normales. Le foie présentait les changements les plus caractérisés; il était petit, d'un vert brun, et fortement granulé. De larges tractus de tissu conjonctif circonscrivaient des flots inégaux et saillants formés par le parenchyme hépatique; ces flots avaient une teinte ictérique intense. On doit noter que les sinus cérébraux étaient notablement amplifiés et gorgés de sang.

alors dans l'hypochondre droit, des douleurs sourdes, la région hépatique est soulevée et tendue, le volume de l'organe augmente. En même temps, on observe une fièvre légère, accompagnée de troubles gastriques, la langue est chargée, il y a des nausées, parfois même des vomissements et un léger ictère. Ordinairement ces accidents disparaissent au bout de peu de temps, bien que la dégénérescence hépatique continue de progresser et que la constitution du sujet s'affecte de plus en plus. Presque toujours, au début, les troubles sont si peu marqués, qu'ils passent inaperçus et ne parviennent à attirer l'attention, qu'au moment où le travail morbide est déjà très-avancé.

Les malades se plaignent de troubles de la digestion; les aliments qu'ils digéraient aisément naguère, passent maintenant avec difficulté; l'appétit diminue, l'épigastre est ballonné, sensible; à cela se joint la flatulence et la constipation. Ces derniers accidents ne persistent pas, ils disparaissent mais pour se produire de nouveau sous le plus léger prétexte. Peu à peu les malades s'affaiblissent, ils perdent leur embonpoint, leur peau pâlit, devient terreuse, ou d'un jaune sale, elle est sèche et rugueuse. En même temps le bas-ventre proémine et devient fluctuant; un examen attentif fait découvrir que le foie a diminué de volume, tandis qu'au contraire la rate est plus grosse. La fréquence du pouls reste normale, seulement la tension diminue progressivement; l'ascite et le tympanisme rendent la respiration difficile. Assez souvent, l'appétit qui d'abord était presque perdu, reparait à une période plus avancée de la maladie, sans toutefois que l'affaiblissement général cesse de progresser. A la place de la constipation, des selles régulières ordinairement peu colorées s'établissent, ou bien la diarrhée survient. Dans quelques cas on observe une hémorrhagie gastrique ou intestinale.

L'urine, d'abord pâle et assez copieuse, devient plus rare à mesure que l'hydropisie augmente; en outre sa couleur est d'un rouge intense, souvent elle paraît trouble et laisse déposer un sédiment briqueté; rarement elle présente une teinte ictérique.

Peu à peu l'amaigrissement et la faiblesse prédominent de plus en plus; de légers mouvements fébriles s'établissent, l'appétit disparaît tout à fait; la respiration, gênée par la tension croissante de l'abdomen, devient chaque jour plus courte; enfin presque toujours le dévoiement survient et la mort arrive par épuisement.

Dans d'autres cas, c'est une pneumonie, un œdème pulmonaire aigu ou une péritonite qui termine la scène. Parfois les accidents ultimes sont ceux de l'acholie; les malades deviennent ictériques, leur peau se marbre de taches pourpres ou d'ecchymoses, puis apparaissent

le délire, les convulsions et enfin un coma profond qui conduit à la mort.

Telle est l'esquisse générale de l'aspect que l'induration granulée du foie présente au lit du malade. Il nous reste maintenant à poursuivre cette étude, et à examiner plus en détail chacun des phénomènes sous le rapport de sa genèse, de son importance pathologique et de sa valeur diagnostique. Nous nous occuperons d'abord des symptômes locaux, en tant qu'ils intéressent le foie et les organes en connexion avec lui.

§ 2. — SYMPTÔMES LOCAUX.

1° *Etat du foie.* — Il arrive rarement que, soit parce que l'organe est seulement à la première période de la dégénérescence, soit parce qu'il est infiltré de masses colloïdes, on trouve une augmentation dans le volume du foie cirrhotique. Dans le dernier cas, l'affection à ses débuts ne peut guère être reconnue que quand, par une exception très-rare, on peut sentir avec la main les granulations déjà développées et saillantes. Le diagnostic à l'aide de la palpation est plus facile lorsqu'on a affaire à l'autre forme. Avec un peu d'habitude on reconnaît alors facilement, en pressant l'organe avec la pointe des doigts, que la surface est devenue granuleuse, et l'on peut distinguer cet état d'avec les nodosités plus grosses que présente le foie lobulé ou carcinomateux. En palpant avec précaution on perçoit facilement la ferme consistance de la glande, et on distingue ses bords tantôt ronds tantôt amincis (1).

Nonobstant, le foie est le plus souvent devenu plus petit et difficile à atteindre, surtout quand, l'ascite étant considérable, il se trouve recouvert par les circonvolutions de l'intestin rempli de gaz, ou bien lorsque, placé de champ, il est refoulé en haut dans l'excavation du diaphragme. Dans ce cas, il est facile de démontrer par la percussion que la matité a diminué d'étendue et souvent qu'elle a disparu complètement dans la région du lobe gauche; seulement il demeure difficile de préciser quelles sont les dimensions véritables du foie, parce que sans que le volume de l'organe soit modifié, et à cause seulement d'un déplacement produit par l'ascite, la matité fournie par la percussion peut sembler très-circonscrite. On n'obtient alors de données un peu certaines, que si on répète plusieurs fois l'examen, ou si on a par hasard la possibilité de déterminer les limites de la glande, aussitôt après que l'abdomen vient d'être ponctionné. Plus le foie est petit et

(1) Dans les cas où la paroi abdominale est garnie d'une épaisse doublure de graisse, la palpation, on le comprend facilement, restera souvent sans résultats.

l'ascite considérable, plus il devient difficile de reconnaître les inégalités de la surface et la consistance dure et résistante des bords de l'organe; pourtant ce sont là deux points très-importants pour le diagnostic. Souvent cette détermination reste impossible pendant toute la durée de la maladie; cependant dans certains cas si l'organe n'est pas soulevé, ou bien si les parois abdominales, restées flasques après la ponction, permettent à la main de pénétrer, on peut procéder à cet examen et acquérir par cela seul les moyens de poser un diagnostic précis (1).

Habituellement ces manœuvres n'éveillent aucune douleur dans la région hépatique. La plupart du temps l'hypochondre droit n'est ni dur ni tendu; c'est seulement au début, et transitoirement aussi, pendant l'évolution ultérieure de la maladie, que, par suite d'une exacerbation de la périhépatite, la région du foie devient sensible à la pression. Dans ces circonstances il se produit spontanément, des douleurs sourdes et une sensation de pression qui cependant sont rarement portées à un haut degré.

On voit donc que l'examen direct de l'organe malade est loin de fournir toujours des données suffisantes pour établir le diagnostic; souvent on parvient tout au plus, par cette voie, à prouver que le volume de la glande a diminué, encore ce résultat même reste-t-il fort douteux, quand il existe une ascite considérable ou une tympanite persistante de l'intestin.

Il devient donc d'autant plus nécessaire d'étudier avec la plus grande attention les troubles fonctionnels, qui accompagnent l'induration granulée, et donnent à l'affection la physionomie particulière qui peut nous la faire reconnaître. Une partie de ces phénomènes résulte de désordres survenus dans la circulation de la veine porte; d'autres proviennent de la diminution de l'activité fonctionnelle de la glande envahie par l'atrophie; d'autres enfin ont pour cause les nombreuses perturbations consécutives, qu'entraîne après elle la maladie de la glande.

En décrivant l'anatomie de la cirrhose, nous avons déjà montré quels obstacles le sang de la veine porte rencontre dans le foie; les anciens auteurs, se plaçant au point de vue seul de la clinique, considéraient, non sans raison, cet appareil morbide, comme étant une *obstruction du foie*.

Les nouvelles voies de communication qui s'établissent entre la veine porte et les veines hépatiques, après la disparition d'un nombre

(1) Bamberger se trompe, quand il avance que les granulations ne peuvent jamais être senties à travers les parois abdominales.