

intacte, on reconnaît l'existence des mailles vasculaires, formant un réseau autour des cellules glandulaires, et s'injectant en partie par la veine porte, en partie par les veines hépatiques, et même, en quelques points, par l'artère hépatique.

La gaine vasculaire de Glisson est notablement épaissie, les parois de la veine porte et son calibre ne sont pas modifiés. Quant à l'artère hépatique, elle est dilatée.

Le liquide ascitique présentait la composition suivante :

Eau	97,84	} Albumine	1,18
Parties solides.....	2,16		Matière extractive et sels.
	100,00		2,16

Je rapporterai encore une observation de cirrhose qui se termina par la mort, au milieu d'accidents de dysentérie.

OBSERVATION XLI. — *Abus des spiritueux, attaque d'apoplexie; depuis six ans, douleurs et tuméfactions passagères du foie; ictère, dyspnée, selles sanglantes avec ténésme, somnolence légère. L'urine contient beaucoup d'urée et de créatine, traces d'acides biliaires. — Autopsie: Induration cirrhotique du foie, cellules hépatiques en partie détruites, état dysentérique des gros et petit intestins; pneumonie; cysticerques dans le cerveau et les muscles thoraciques.* — Reuter, commerçant, âgé de 46 ans, fut admis le 31 décembre 1859, à l'hôpital de la Charité à Berlin. Il prétend s'être toujours bien porté jusqu'à l'automne de l'année 1848, où il fut frappé d'une attaque d'apoplexie qui lui paralysa le côté gauche; depuis cette époque, son bras gauche serait demeuré plus faible. En 1853, il fut atteint d'un gonflement douloureux dans la région hépatique et en même temps de gêne de la respiration. L'application de ventouses fit disparaître ces accidents au bout de deux jours; plus tard, ils récidivèrent pour céder encore rapidement, et la gêne de la respiration resta seule permanente. Jamais il n'y eut d'ictère.

Au commencement de décembre 1859, des douleurs déchirantes se firent sentir dans les deux pieds, qui, plusieurs jours après seulement, devinrent œdémateux. Huit jours plus tard l'ictère se produisit. Le patient avoue qu'il faisait une assez forte consommation d'eau-de-vie.

Au moment de son admission, le malade, assez fortement constitué, mais extrêmement amaigri, et qui dans son lit reposait de préférence sur le côté droit et sur le dos, présentait une coloration jaune intense de la peau, ainsi que de la conjonctive; ses joues sont d'un rouge livide; la langue sèche, rouge sur les bords, est, au milieu, recouverte d'un enduit gris blanchâtre. L'appétit est presque nul, la soif vive, le sensorium libre; les extrémités inférieures, qu'on ne peut comprimer légèrement ou mouvoir sans exciter de la douleur, sont un peu tuméfiées et œdématisées. Le ventre, fortement ballonné, contient une quantité médiocre de liquide; dans l'hypochondre droit, à travers les parois abdominales amincies, on sent nettement le bord inférieur, dur et tranchant du foie. La surface du lobe gauche est un peu inégale et rugueuse; la hauteur du

foie est, sur la ligne mamillaire, de 0^m,18; sur la ligne parasternale, de 0^m,13; sur la ligne médiane, tirée à partir de la base de l'appendice xyphoïde, elle est de 0^m,10, et de 0^m,08 à gauche de cette ligne médiane. La rate est amplifiée. Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en avant de la ligne mamillaire. A la pointe du cœur, lors de la systole, on aperçoit une rétraction légère; en ce même point existe un souffle systolique commençant avec le premier bruit du cœur; le second bruit est plus bref; la même chose a lieu à la partie inférieure du sternum. Dans les gros vaisseaux, le premier bruit est rude; le second, surtout au niveau de l'extrémité sternale de la troisième côte, est éclatant et valvulaire.

Prescription : Infusion de rhubarbe et de follicules de séné.

Le 1^{er} janvier 1860, l'état est resté le même; évacuation copieuse, de couleur brune; vers le soir, une grande agitation; cependant, sommeil tranquille pendant la nuit.

Le 2, température, 37°,8; pulsations, 104; respirations, 22. Les douleurs des pieds ont diminué, la langue est humide, couverte au milieu d'un enduit brun; appétit nul. Urine rare, de couleur rouge foncée. Dans la soirée, la température s'élève à 38°,4; pouls à 92; respirations, 18. Nuit agitée.

Le 3, dans la matinée, température, 37°,8; pulsations, 106; respirations, 22. La langue s'est nettoyée, l'appétit reste nul; trois selles ténues et brunâtres; l'œdème des pieds a disparu. Un peu de toux sèche, douleur modérée dans l'épigastre. Le soir, température, 38°; pulsations, 84; respirations, 24.

Prescription : Acétate de morphine, 1/4 de grain. Le malade dort bien et transpire abondamment. Le 4, température, 37°,5; pouls, 120; respirations, 24. L'appétit s'améliore, la langue est nette et humide; six garde-robes pâles et ténues. Urine rare et foncée. Dans la soirée, température, 38°,2; pulsations, 116; respirations, 24. Le malade prend 1/4 de grain de morphine et dort tranquillement pendant la nuit. Le 5, même état.

Le 6, sensation de paralysie dans les pieds, l'œdème augmente de nouveau; dix selles jaunâtres et ténues auxquelles du sang d'un rouge vif et un coagulum gros comme une pomme se trouvent mêlés; ténésme.

Prescription : Acide phosphorique et solution gommeuse pour boisson.

Le 7 au matin, température, 38°,9; pulsations, 112; respirations, 24. L'intelligence s'obscurcit et l'ictère augmente: l'œdème des pieds, toujours endoloris, est devenu plus considérable. Peu de toux et point de crachats; la percussion donne, à gauche et en haut, un son assez clair; dans la fosse sous-épineuse, jusqu'au niveau de la dixième côte, le son est obscur; on constate la même chose à droite. En arrière et en haut des deux côtés, la respiration fait entendre un murmure vésiculaire, qui, inférieurement, devient plus faible et se mêle à des râles à petites bulles. En avant et à droite, son clair; à gauche, matité légère et râles crépitants avec un peu de souffle. Langue rouge et sèche, abdomen légèrement tendu, environ vingt selles d'un jaune pâle, ténues, fétides et striées de sang. Urine pigmentée, d'un jaune foncé.

Prescription : Lavements amidonnés.

La nuit du 7 au 8 janvier est assez calme, toutefois l'intelligence est pervertie. Le 8, température, 38°,8; pulsations, 100; respirations, 22. Le poulx, qui jusqu'alors était grand et dur, est devenu petit et mou; selles abondantes et fétides, langue rouge et humide; la tension de la région hépatique a augmenté. Dans la soirée, température, 39°,4; pulsations, 100; respirations, 28.

Prescription : Lavement avec tannin.

La nuit, agitation, sanglots, secousses convulsives dans les muscles du dos.

Le 9, température, 38°,8; pulsations, 100; respirations, 24; selles moins fréquentes, exemptes de sang. Vers le soir, perte de connaissance; la nuit, grande agitation et léger délire.

Le 10, température, 38°,5; pulsations, 120; respirations, 32. La respiration est haletante, selles fréquentes, ténues, les unes jaunes, les autres sanguinolentes. Urine brune et rare. Mort sur le midi.

Autopsie. — Cerveau bien conformé; sur l'hémisphère gauche et au sommet du lobe gauche antérieur, un cysticerque volumineux. Les ventricules contiennent un liquide qui n'est que légèrement coloré en jaune; partout la membrane est épaissie. A gauche, la corne occipitale du cerveau est adhérente dans toute son étendue; à droite, elle n'adhère qu'en partie; du même côté, vers la corne frontale, on trouve des végétations considérables de la pie-mère sous forme d'excroissances verruqueuses et polypeuses; quelques petits kystes des plexus choroides. Consistance partout ferme. Parenchyme luisant et humide; la substance blanche est tachetée de rouge, la grise est ferme et pâle. A gauche, près de la grande scissure, on découvre une cavité grosse comme un noyau de cerise et dans laquelle se trouve un cysticerque mort. Corps strié et couche optique de couleur ictérique, durs et blafards. Cervelet peu développé et pâle.

Dans la cavité abdominale, on trouve un fluide d'un jaune clair, modérément abondant et dans lequel existent des concrétions gélatineuses de date récente. L'intestin, et particulièrement le colon, est gonflé. Les matières intestinales sont jaunes dans le jejunum, plus bas elles deviennent verdâtres et grumeleuses; dans l'iléum elles reprennent une teinte brune et jaune. Le gros intestin est vide, on trouve seulement dans sa partie inférieure une très-petite quantité d'un liquide rougeâtre. Dans le rectum, la muqueuse présente sur ses plis rouges et tuméfiés, des efflorescences diphthéritiques. En remontant dans cet intestin, on voit la lésion diphthéritique s'accroître, donner lieu à des ulcérations superficielles, détruire la muqueuse dont la surface est devenue inégale et anfractueuse. Dans le colon et le cœcum, quelques portions sont restées saines; dans l'iléum, les follicules sont tuméfiés, la muqueuse est épaissie et couverte çà 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 hémorragiques, 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, œdémateuse; 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 hyperhémé. 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 p. $\frac{5}{8}$. 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 large, 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 pleins, 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, princi-

palement 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. cub.; le 7, de 600 c. cub. 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?).

IX. — 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 combattre 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 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 viandes 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 chientent, et pour les individus robustes, quelques grains de calomel; ou bien on fera boire de l'eau de Sedlitz, d'Eger (Salzquelle) (1), de

(1) Les principales eaux minérales françaises, correspondantes par leur nature

Carlsbad (à froid), 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'iodure de potassium ou l'iodure de fer, ou bien donner la préférence aux eaux d'Adelheidsquelle (Bavière), 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'hyperhémie 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 dénoûment 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., 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 magister de bismuth. Chez les ivrognes, l'extrait aqueux de noix vomique convient encore parfaitement. L'hématémèse peut nécessiter l'emploi des

sulfatée sodique, sont : Evian et Plombières. Voyez, pour plus de détails, le *Dictionnaire des eaux minérales*, par Durand-Fardel, Leuret et Lefort. Paris, 1860.

(1) En France, les principales eaux minérales correspondantes par leur nature chlorurée sodique sont : Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Lamotte, Salins, Sierck. Voir, pour ces stations thermales, le *Dictionnaire des eaux minérales*, par Durand-Fardel, Leuret et Lefort. Paris, 1860.

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 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 de l'éther, en petite quantité. En outre on peut faire frictionner l'abdomen avec de l'eau de Cologne, une mixture oléo-balsamique, 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 infusion aromatique. Contre les hémorragies 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, feuilles d'uva ursi, 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 des 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'éla-thérium, 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 le 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. 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 guère 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.

§ 4. — *Cirrhose hypertrophique.* — La forme atrophique ou granuleuse de la cirrhose fut, jusque dans ces dernières années, seule admise dans le cadre pathologique. Requin (3) avait bien publié deux observations de cirrhose dans lesquelles le foie était resté

(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) Requin, *Pathologie interne.*

hypertrophié jusqu'à la fin de la maladie; Gubler (1) avait rapporté plusieurs faits semblables; mais ces observations n'étaient considérées que comme des exceptions, et ne constituaient tout au plus qu'une variété de la cirrhose ordinaire. Gubler n'y voyait qu'une phase de la maladie; d'après lui, l'infiltration plastique, qui donnait lieu à cette augmentation de volume, devait plus tard s'organiser en tissu cellulo-fibreux, et celui-ci se rétracter en produisant une atrophie générale. Les faits n'étaient pas encore assez nombreux, les études anatomo-pathologiques n'étaient pas assez avancées pour permettre d'établir une forme distincte de cirrhose hypertrophique.

De nos jours, P. Ollivier (2) interprétant une observation recueillie à la Charité, dans le service de Pelletan, admit l'existence indépendante de cette forme de cirrhose, et bientôt les recherches de Hayem (3), Cornil (4), Jaccoud (5), Lancereaux (6), Hanot (7), les travaux de la Société anatomique (8), vinrent confirmer cette manière d'envisager les faits.

Les matériaux recueillis jusque-là sont assez nombreux pour permettre de reconnaître que les cas bien tranchés ont, au point de vue clinique, des allures particulières et, sous le rapport anatomique, des traits distinctifs; mais il faut convenir qu'il y a, chez certains auteurs, une tendance à introduire dans cette nouvelle espèce pathologique, des faits présentant des différences essentielles, par cette seule raison que le tissu conjonctif anormalement développé donne à l'organe un volume plus ou moins exagéré, sans tenir un compte suffisant, d'autres altérations siégeant dans des parties plus importantes. Il y a ici un écueil à éviter si l'on ne veut introduire dans l'étude de la cirrhose hypertrophique, déjà assez complexe, une véritable confusion.

I. — Anatomie pathologique.

On trouve presque toujours des fausses membranes anciennes, organisées, fixant le foie au diaphragme et aux organes voisins. Ces

(1) Gubler, *Thèse d'agrégation*, 1853.

(2) Ollivier, *Sur la cirrhose hypertrophique* (*Union médicale*, 1871, p. 361).

(3) Hayem, *Contribution à l'étude de l'hépatite interstitielle chronique avec hypertrophie* (*Arch. de physiologie*, 1874, p. 126).

(4) Cornil, *Note pour servir à l'histoire anatomique de la cirrhose hépatique* (*Arch. de physiologie*, 1874, p. 265).

(5) Jaccoud, *Clinique médicale de la Charité*, 1867, p. 279 et suiv.

(6) Lancereaux, *Atlas d'anatomie pathologique*.

(7) Hanot, *Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie*.

(8) *Bulletin de la Société anatomique*, 1875.

lésions de péritonite ancienne s'étendent quelquefois à tout le péritoine; on a même vu l'inflammation propagée jusqu'au sac d'une hernie inguinale. Dans l'observation XLIII de cet ouvrage, elle a été jusqu'à la suppuration.

Le volume du foie est presque constamment augmenté d'une manière notable. Quelquefois il est normal ou a même subi une diminution légère, mais non comparable à celle de la cirrhose classique. L'organe peut peser jusqu'à 3 et 4 kilogrammes (observ. de Hayem). La surface est le plus souvent lisse, particulièrement lorsque le volume est le plus considérable, d'autres fois elle est lobulée ou granuleuse. La coloration du tissu varie: quelquefois jaunehamais, d'autres fois jaune verdâtre, vert olive, vert-épinard ou diversement nuancée. Le tissu a une consistance élastique particulière, rappelant parfois celle du fibrome; il crie sous le scalpel. La structure acineuse est confuse ou a même disparu presque partout. Dans quelques cas on a trouvé les ganglions du hile considérablement tuméfiés (Obs. XLIII de cet ouvrage et obs. II de Hayem).

L'hypertrophie du tissu conjonctif porte surtout sur la partie extralobulaire, et elle peut y atteindre des proportions colossales. Dans bon nombre d'observations elle ne dépasse pas les espaces interlobulaires; mais d'autres fois elle s'étend à la charpente intralobulaire.

Charcot et Luys (1) ont, les premiers, signalé cette hyperplasie du tissu conjonctif intralobulaire dans un cas de foie lardacé; mais c'est surtout Hayem qui en a fait ressortir l'importance dans la cirrhose hypertrophique. De la zone fibreuse qui circonscrit le lobule se détachent des tractus qui le parcourent jusqu'au centre, le cloisonnent, dissocient les cellules hépatiques, et les isolent en petits groupes réduits quelquefois à un petit nombre de cellules, lorsque l'hyperplasie est très-avancée. On rencontre souvent dans les traînées de tissu conjonctif à forme fibrillaire, des éléments embryonnaires réunis en foyers ou disséminés.

L'altération des cellules hépatiques est très-variable. Dans certains cas de cirrhose très-avancée, elles sont intactes (obs. de Hayem); dans d'autres cas, elles sont seulement un peu plus riches qu'à l'état normal en granulations protéiques et grasses, ou bien simplement déformées par compression. Lorsque l'hyperplasie intralobulaire est à son plus haut degré, elles peuvent être réduites complètement à l'état granuleux.

(1) Charcot et Luys, *Mémoires de la Société de biologie*, 1859, p. 140.

Les altérations des ramifications de la veine porte ont été parfaitement étudiées par Cornil, et, quoique sa description s'applique à toutes les variétés de cirrhose, elle a surtout été faite sur des foies atteints de cirrhose hypertrophique.

Les fausses membranes qui entourent le foie se développent, à leur début, sous forme de végétations villeuses à peine visibles à l'œil nu. Les plus grosses de ces végétations contiennent des vaisseaux qui se laissent injecter par la veine porte, et l'on a toute raison de croire que ce sont elles qui sont le point de départ de la circulation supplémentaire qui s'établit entre la veine porte et la circulation veineuse générale par le moyen des adhérences qui unissent le foie aux organes voisins. Cornil a en même temps constaté des dilatations considérables des vaisseaux interlobulaires, et l'existence, dans certains points, d'un véritable tissu caverneux. Ces dilatations sont le résultat de l'obstacle qu'éprouve le cours du sang au sein des lobules et du peu de résistance que les parois vasculaires rencontrent de la part de la néoplasie interlobulaire à la période embryonnaire. Plus tard, lorsque la cirrhose aboutit à l'état atrophique, ces dilatations deviennent des canaux creusés directement au milieu d'un tissu fibreux, dense, sans parois contractiles.

Les canalicules biliaires présentent des altérations remarquables dont on doit aussi la découverte à Cornil (1). Dans tout le tissu conjonctif très-épais qui sépare les lobules, on voit un réseau très-riche de canalicules semblables en tout aux canalicules biliaires interlobulaires normaux. Ceux qui sont au centre des trainées de tissu conjonctif, sont cependant beaucoup plus volumineux que ceux de l'état sain. De chaque côté des mailles composées de gros vaisseaux, en se rapprochant du bord des lobules hépatiques, il existe un réseau de canalicules beaucoup plus fins que les précédents, en continuité avec eux. Ces canalicules étroits sont remplis par des cellules épithéliales allongées, qui les bouchent plus ou moins complètement. Les canaux un peu plus gros sont atteints aussi d'un catarrhe avec formation de nouvelles cellules qui les remplissent, d'où résulte la stase biliaire dans les cellules hépatiques.

Cornil a vu sur des foies épiniard des canaux composés de petits blocs cubiques vert foncé, qu'il considère comme les cellules épithéliales des canalicules infiltrées de matière colorante.

Les gros conduits biliaires ne présentent généralement pas de lésions appréciables. La rate est hypertrophiée dans la majeure

(1) Cornil, *Loc. cit.*

partie des cas, et cette hypertrophie est quelquefois considérable; Hayem a vu le poids de l'organe dépasser un kilogramme, P. Ollivier l'a trouvé de 1 kil. 300 gr. Le tissu de l'organe est quelquefois ramolli, d'autres fois augmenté de consistance. Hayem y a trouvé le squelette fibreux hypertrophié et des dilatations vasculaires. La capsule fibreuse est épaissie.

II. — Étiologie.

L'influence de l'abus des boissons alcooliques est aussi incontestable dans un grand nombre de cas, que dans l'étiologie de la cirrhose commune; cependant cette cause fait souvent défaut. On trouve aussi, dans les antécédents d'un certain nombre de malades, des accès de fièvre intermittente et la syphilis. Relativement à l'intoxication paludéenne, l'intervalle souvent considérable qui s'écoule entre ses manifestations et le début de la cirrhose hypertrophique, rend douteuse la relation directe entre les deux maladies; quant à la syphilis, ce n'est pas la forme qu'elle donne à l'hépatite spécifique.

Dans une observation de Hayem, la maladie du foie a été précédée par plusieurs affections graves à localisations portant spécialement sur le tube digestif: dysenterie, fièvre typhoïde, choléra suivi de diarrhée chronique.

Dans un cas rapporté par Pitres (1), le sujet livré d'ailleurs aux excès alcooliques, vit l'ictère se déclarer après une chute grave, et cet ictère persista jusqu'à la mort, qui n'arriva que sept ans plus tard. Chez une jeune fille, dont Gubler rapporte l'histoire, l'ictère se déclara après l'usage abusif de fruits acides.

La lithiase biliaire est invoquée par Hanot comme cause pouvant amener la cirrhose hypertrophique, et il rapporte à l'appui de son opinion trois faits, l'un de Pierret, le second de Pitres, et le troisième de Kussmaul. Il y avait incontestablement dans ces trois cas hypertrophie du tissu conjonctif, partant des parois des canaux biliaires; mais doit-on pour cela seul les ranger dans la cirrhose hypertrophique que nous étudions? Dans l'observation de Pitres (2) le foie ne pesait que 1,150 grammes, il était mou, son tissu était friable, le doigt s'y enfonçait facilement; les renseignements cliniques sont très-incomplets. L'observation de Kussmaul (3) ne reproduit pas exactement le tableau clinique de la cirrhose hypertrophique et,

(1) Pitres, *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1875.

(2) Hanot, *loc. cit.*, p. 72.

(3) Kussmaul, *Berl. Klin. wochens.*, 1868.