

minale avec un trocart de *moyenne dimension* et avec les précautions aseptiques voulues. Avec un gros trocart, l'opération est plus vite terminée, j'en conviens, mais c'est au détriment du malade, car l'écoulement rapide du liquide entraîne plus facilement la syncope, la plaie reste plus facilement béante et fistuleuse, et une infection secondaire, faute de soins, se propage plus aisément de l'orifice cutané à l'orifice péritonéal. L'opération terminée, on fait le pansement. Le malade doit rester pendant quelques heures couché sur le dos, ou incliné du côté opposé à la ponction. Cette position du malade a pour but d'empêcher le suintement qui pourrait se produire par la petite ouverture de la plaie si le malade s'inclinait du côté de la ponction.

L'évacuation de l'ascite donne au malade un très grand soulagement, mais le plus souvent l'ascite se reproduit après quelques jours ou quelques semaines; on recommence alors l'opération dès qu'on la juge nécessaire. Cependant, il est des cas où, après une, deux, trois ponctions, l'ascite ne reparait pas; il y a même des cas où le malade s'améliore au point que la guérison semble possible. Cette question de la disparition définitive de l'ascite et de la curabilité de la cirrhose sera reprise à l'un des chapitres suivants spécialement consacré à cette étude.

On a mis en usage un traitement *chirurgical* de la cirrhose du foie et de l'ascite cirrhotique (opération de Talma et Morisson). On a pensé qu'on pourrait obtenir un bon résultat si l'on trouvait le moyen de détourner en partie la circulation de la veine porte en l'affranchissant des obstacles qu'elle trouve dans le foie cirrhoté. Cette hypothèse laissait du reste à désirer. Quoi qu'il en soit, on a essayé de créer des voies de dérivation. Eck a proposé d'établir une communication directe entre la veine porte et la veine cave inférieure; on n'a pas donné suite à ce genre d'opération.

Talma a eu l'idée de remédier aux obstacles de la circulation porte en établissant des anastomoses veineuses de dérivation entre les veines portes splanchniques et les veines des parois abdominales. Pour cela, il a fixé le grand-

épiploon à la paroi de l'abdomen. Morisson a cherché à obtenir une plus large soudure. Les résultats de l'opération ont été diversement interprétés; ils ont été favorables, disent les uns; ils ont été mauvais, disent les autres. Il s'en faut que la question soit jugée.

§ 6. CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE RÉGÉNÉRATION DU FOIE

La cirrhose alcoolique hypertrophique¹ ne forme pas une entité morbide nettement définie. Entre la cirrhose alcoolique à foies petits, atrophies, et à foies volumineux, il y a place pour une foule d'intermédiaires. Néanmoins, la clinique nous apprend que le gros foie alcoolique reste gros après la guérison de l'ascite, et l'expérimentation nous enseigne que les urines habituellement hypertoxiques et convulsivantes au cas de cirrhose atrophique ont une toxicité normale au cas de cirrhose alcoolique hypertrophique.

Si l'existence d'une hypertrophie initiale dans la cirrhose atrophique n'est pas improbable, elle peut être considérée comme exceptionnelle. Lorsque, chez des alcooliques accusés de cirrhose, le foie est hypertrophié, on assiste, en général, à l'une des évolutions suivantes: ou bien l'organe se rétracte et reprend son volume normal, ou bien il conserve ses dimensions exagérées. Dans ce dernier cas, la cirrhose alcoolique hypertrophique est constituée (Hanot et Gilbert).

Les symptômes initiaux aussi bien que l'étiologie ne diffèrent en rien de ceux de la cirrhose vulgaire. Plus tard, à sa période d'état, la cirrhose hypertrophique, comme l'atrophique, peut être latente ou fruste, sans symptômes cardiaques tels que la circulation collatérale ou l'ascite. Elle peut être *achevée* et riche en symptômes. « Les troubles dyspeptiques, le changement de coloration des fèces, les modifications physiologiques et chimiques de l'urine, la teinte jaunâtre des téguments, l'apparition de varicosités et de

¹ Hanot et Gilbert. De la cirrhose alcoolique hypertrophique. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mai 1890.

nœvi vasculaires, les hémorrhagies par diverses voies, et particulièrement les épistaxis et les gastrorrhagies, l'ascite, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, les varices hémorrhoidales, la splénomégalie, la diminution des forces et de l'embonpoint, appartiennent également aux formes hypertrophique et atrophique de la cirrhose alcoolique » (Hanot et Gilbert). La dilatation des veines sous-cutanées abdominales est assez souvent faible ou même parfois nulle. Elle ne présente que par exception un grand développement.

Le foie dépasse le rebord costal de plusieurs travers de doigt; il est ferme, son rebord est mousse et sa surface est parfois hérissée d'inégalités. Son diagnostic est à faire avec le foie syphilitique, le foie paludéen et graisseux.

La connaissance de la cirrhose alcoolique hypertrophique est surtout intéressante au point de vue du pronostic. On sait que dans ces derniers temps la curabilité de la cirrhose a été à l'ordre du jour; or les deux tiers des cas publiés de cirrhoses améliorées ou guéries se rattachent à la forme que nous étudions (cas de Troisier, de Semnola, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Proust, Rendu, Gaucher, Millard, Dieulafoy, Lancereaux). L'ascite rétrocede, les veines sous-cutanées et hémorrhoidales s'affaissent. Le foie peut se rétracter, mais le plus souvent incomplètement. Millard a cité un cas où la rate elle-même s'était rétractée. Il faut savoir que parfois la curabilité est passagère et l'ascite peut reparaitre sous l'influence d'excès alcooliques. Enfin, il est des cas où la cirrhose avec gros foie peut entraîner la mort à la façon de la cirrhose atrophique.

Les caractères anatomiques sont les suivants. Le poids du foie peut varier entre 2 et 3 kilos; ses bords sont mousses, sa couleur est jaune rosé. Sa surface, après arrachement de la capsule de Glisson, est hérissée de saillies inégales, mais moins nombreuses que dans la cirrhose atrophique. La surface de la section est plus lisse que celle de la cirrhose de Laënnec, mais se montre divisée en granulations jaunâtres par des anneaux fibreux rosés. « Les anneaux

cirrhotiques contiennent la totalité des espaces portes et la majorité des veines du système sus-hépatique. » Le tissu scléreux est sillonné d'angiectasies capillaires et de néo-canalicules biliaires.

La cirrhose alcoolique hypertrophique est donc, comme la cirrhose atrophique, une *sclérose annulaire et péri-veineuse*. Où donc chercher la raison de l'hypermégalie du foie? Peut-être dans les nombreuses angiectasies capillaires qui sillonnent les anneaux fibreux, peut-être encore dans l'hypertrophie des cellules hépatiques, qui tendent à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite nodulaire.

La première condition du traitement est la suppression de l'alcool. Le régime lacté aussi exclusif que possible et longtemps prolongé, les iodures à très faible dose, les diurétiques, l'hydrothérapie, peuvent opérer la guérison et amener la rétrocession de l'ascite.

Régénération du foie. — La cirrhose hypertrophique que je viens de décrire, est de même nature que la cirrhose atrophique. Toutes deux présentent la même topographie de néoformation conjonctive, toutes deux ont même étiologie, souvent l'alcoolisme; toutes deux ont même symptomatologie (ascite, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, splénomégalie, etc.); et leur évolution seule est différente. La cirrhose hypertrophique, comme le démontrent les exemples que nous venons de citer, possède une tendance naturelle à la guérison. Quelle peut être la cause de cette bénignité relative? Des recherches récentes se sont efforcées de l'expliquer¹. Mon interne Kahn² a fait sur ce sujet une thèse remarquable.

S'appuyant sur l'expérimentation, comparant les faits observés dans certaines affections du foie, les auteurs qui ont étudié cette question, admettent que la cirrhose alcoolique hypertrophique est un exemple d'hyperplasie compen-

1. Hanot. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1896. — *Presse méd.*, avril 1895.

2. Kahn. *De la régénération du foie*. Th. de Paris, 1896.