

sont peu altérées et continuent à transformer le sucre alimentaire¹.

L'*hypertrophie du foie* est comme l'ictère un symptôme constant, elle peut se faire graduellement ou par poussées, elle peut subir des oscillations, mais elle est persistante et n'a aucune tendance à se terminer par atrophie, quelle que soit la durée de la maladie. Le foie finit par acquérir d'énormes proportions, mais il conserve sa forme et son bord reste tranchant; il est dur et lisse au toucher, il remonte dans la cavité thoracique au delà du cinquième espace intercostal, il fait saillie dans l'abdomen jusqu'à la région ombilicale, son lobe gauche se prolonge dans l'hypochondre jusqu'au voisinage de la rate. Cette hypertrophie détermine la voussure des derniers espaces intercostaux et la déformation de la région.

L'exploration du foie ne provoque aucune douleur; dans quelques cas, cependant, la région hépatique est sensible à cause de la périhépatite qui accompagne souvent la cirrhose.

La *rate* est presque toujours, on pourrait dire toujours, très hypertrophiée, et ses dimensions sont d'autant plus faciles à apprécier qu'elle atteint le double ou le triple de son volume normal. L'hypertrophie du foie et de la rate explique l'ampliation et la déformation de l'abdomen à la région sus-ombilicale.

L'*absence d'ascite* et l'*absence de circulation complémentaire abdominale* sont des symptômes négatifs d'une grande valeur. L'absence d'ascite ne doit pas nous étonner, puisque le système de la veine porte est indemne. Quand l'ascite existe, c'est habituellement à une période avancée de la maladie, contrairement à l'ascite de la cirrhose atrophique, qui peut acquérir de bonne heure tout son développement. Nous verrons au chapitre suivant, à propos des *cirrhes mixtes*, ce qu'il faut penser de l'apparition de ces symptômes.

1. Rogér. Glycosurie hépatique. *Revue de méd.*, novembre 1886.

Durée. — Terminaison. — La cirrhose hypertrophique, maladie chronique et fatalement mortelle, dure de trois à dix ans. On voit des malades qui pendant des années présentent les grands symptômes de cette affection, l'hypertrophie du foie et de la rate, l'ictère chronique, sans en être autrement incommodés. Plusieurs conservent indéfiniment leur appétit et leurs forces. Parfois cependant, surtout chez les alcooliques, chez les surmenés, apparaissent des phases aiguës, caractérisées par de la fièvre, avec douleur hépatique et accroissement de l'ictère. A la longue, et quelquefois rapidement, vient une période d'amaigrissement, d'émaciation, de cachexie (sécheresse de la peau, anorexie, diarrhée, éruptions cutanées) qui se termine par la mort. Dans d'autres cas la mort est hâtée par une *attaque cholériforme* due sans doute à une infection secondaire provoquée par le coli-bacille¹. Parfois ce sont des complications pulmonaires qui hâtent la terminaison fatale. Dans quelques cas enfin, le foie étant sans défense et la porte étant ouverte aux toxines et aux agents infectieux, la cellule hépatique est anéantie, frappée de déchéance, et parfois brusquement éclatent des symptômes d'*ictère grave*, hémorragies multiples, accidents nerveux, coma, qui tuent rapidement le malade.

Diagnostic. — Tant que le foie n'est pas hypertrophié et tant que l'ictère permanent n'est pas constitué, le diagnostic n'est pas possible, puisque la maladie repose sur ces deux symptômes fondamentaux. Les douleurs associées à l'ictère simulent des coliques hépatiques, et les poussées d'ictère avec troubles dyspeptiques ressemblent à l'ictère catarrhal. Cette dernière méprise est d'autant plus compréhensible que l'ictère catarrhal, ainsi que nous le verrons à l'un des chapitres suivants, peut durer deux mois et au delà (ictère catarrhal prolongé) avec hypertrophie du foie et avec ictère persistant; il est vrai que, dans l'ictère catarrhal, la décoloration des matières fécales est la règle,

1. Hanot. *Semaine médicale*, 1895, p. 211.

tandis qu'elle est l'exception dans la cirrhose hypertrophique.

Plus tard, quand le foie est devenu volumineux et l'ictère permanent, le diagnostic présente encore des difficultés.

Le cancer primitif du foie, le cancer massif, ressemble à la cirrhose hypertrophique par son foie très volumineux et non déformé, mais il en diffère par l'absence d'ictère. Le cancer secondaire est souvent accompagné d'ictère, mais la tumeur formée par le cancer est inégale et bosselée. Dans les cancers du foie, la rate n'est pas hypertrophiée, et la maladie arrive en quelques mois à la période de cachexie. Le cancer mélanique présente cette particularité que le foie hypertrophié n'est ni déformé, ni bosselé, c'est un élément de moins pour le diagnostic, mais les autres signes distinctifs persistent, et l'ictère fait généralement défaut (Straus).

Dans la *leucocythémie*, le foie est souvent volumineux et la rate hypertrophiée, mais l'ictère manque et l'examen du sang permet de constater la leucémie.

Les malades atteints de *cachexie paludéenne* peuvent avoir le foie et la rate hypertrophiés comme dans un cas de cirrhose hypertrophique; mais chez ces malades l'ictère est beaucoup moins accusé, les accidents actuels ont été précédés, à d'autres époques, d'accès palustres, et le traitement (quinine et quinquina) a une influence qu'il n'a pas dans la cirrhose hypertrophique.

La cirrhose hypertrophique a de grandes analogies avec les *kystes hydatiques* du foie, et la preuve, c'est que des ponctions exploratrices ont été faites plusieurs fois, par erreur ou par insuffisance de diagnostic, mais le kyste hydatique n'a pas, à la palpation, la dureté scléreuse du foie hypertrophié: la rate est normale et l'ictère est l'exception.

Le foie amyloïde peut atteindre la dimension du foie biliaire hypertrophié, mais il n'est pas accompagné d'ictère, et il se rattache presque toujours à des causes (syphilis, suppurations chroniques) qui favorisent le développement de l'amyloïde dans l'économie.

Dans le *diabète bronzé*, on peut constater une hypertrophie notable du foie, mais la peau du malade est plus bronzée qu'ictérique (diabète bronzé); la rate n'est pas volumineuse, la présence du sucre dans l'urine et les symptômes concomitants permettent de faire le diagnostic différentiel.

Le diagnostic est quelquefois difficile entre la cirrhose hypertrophique et le *gros foie syphilitique*. Voici comment se comporte cette hépatite syphilitique¹: « Peu douloureuse, l'hépatite syphilitique se caractérise par des malaises vagues et des troubles digestifs. Elle s'accompagne de diarrhée et d'albuminurie, presque jamais elle n'entraîne d'ictère. Localement, on constate habituellement une hypertrophie notable du foie et de la rate, sans ascite ou avec une ascite modérée. La palpation permet exceptionnellement de sentir des inégalités à la surface de la glande. » Dans tous les cas, il faut rechercher si le malade ne présente pas quelques symptômes ou quelques stigmates de syphilis; il faut, dans le doute, appliquer sans retard le traitement².

Entre la *cirrhose hypertrophique* type et la *cirrhose atrophique* type, la différence est telle qu'une erreur de diagnostic n'est pas possible: dans l'une, le foie est volumineux, la rate est très grosse, l'ictère est constant, il n'y a ni ascite, ni circulation complémentaire abdominale; dans l'autre, le foie est petit, il n'y a presque jamais d'ictère, l'ascite et la circulation complémentaire sont habituelles. Mais entre ces formes bien tranchées il y a des formes *mixtes*, qui seront étudiées au chapitre suivant et qui offrent quelques difficultés de diagnostic.

Forme hypersplénomégalyque. — La cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot peut se présenter sous des aspects qui sortent un peu du type habituel. Ainsi la rate prend dans quelques circonstances des proportions inusitées. Dans les cas réputés classiques, c'est l'hypertrophie du foie qui

1. Rendu. *Dict. encycl.* Article FOIE.

2. Hayem. *Bull. de la Soc. anat.* Séance du 4 juin 1885.

prime fortement l'hypertrophie de la rate; à l'examen du malade c'est le volume du foie qui attire tout d'abord l'attention, l'hypocondre droit est plus voussuré que l'hypocondre gauche; la déformation de l'abdomen est plus hépatique que splénique. A l'autopsie, on constate que le foie pèse 2 à 5 kilos et au delà, tandis que la rate pèse en moyenne 1 kilo, ce qui suppose déjà une forte dimension.

Eh bien, dans quelques circonstances, la rate prend un accroissement si considérable qu'elle attire l'attention au moins autant que le foie; l'hypocondre gauche est aussi voussuré que l'hypocondre droit, la rate descend dans l'abdomen et y forme une tumeur considérable. Pour avoir une idée des dimensions que peut prendre la rate, il suffit de citer quelques observations où le poids des deux organes est comparativement signalé : foie 2000 grammes, rate 1900 grammes (Landrieux et Milian); foie 2150 grammes, rate 1900 grammes (Guillain); foie 1840 grammes, rate 2180 grammes (Smith), etc. Gilbert et Fournier ont décrit cette forme sous le nom de *cirrhose biliaire hypersplénomégaly*¹. Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'en faire une variété spéciale de cirrhose hypertrophique biliaire, car les autres symptômes, les caractères anatomiques, les conditions étiologiques, l'évolution et la terminaison sont communs à ces variétés de cirrhose biliaire. Néanmoins il est important de bien connaître ces formes à prédominance splénique, afin de ne pas orienter indûment le diagnostic vers une mégalo-plénie d'une tout autre nature, alors qu'il s'agit du complexe de la maladie de Hanot. En opposition avec les cas où la rate est très grosse, il y a des cas où son volume est à peine accru.

Étiologie. — Traitement. — La cirrhose hypertrophique est une maladie de l'âge adulte; l'alcoolisme ne doit être que médiocrement incriminé. L'hypothèse d'une infection est admissible mais nullement démontrée.

Le *traitement* est à peu près celui de la cirrhose atrophique: purgatifs contre les troubles dyspeptiques, diu-

1. Gilbert et Fournier. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mai 1900.
2. C. Lereboullet. *Les cirrhoses biliaires*, Th. de Paris 1902.

rétiques, toniques, amers, eaux de Vichy, de Carlsbad, de Tharasp, régime lacté, iodure de potassium, hydrothérapie.

§ 11. CIRRHOSSES MIXTES

Description. — Entre la cirrhose alcoolique atrophique et la cirrhose hypertrophique biliaire que je viens de décrire aux deux chapitres précédents, la différence est grande, si grande même, surtout quand on choisit des types extrêmes, que certains auteurs opposant l'une à l'autre ces deux cirrhoses, en ont fait deux espèces absolument différentes.

Il suffit, pour embrasser d'un coup d'œil la distance qui semble séparer ces deux cirrhoses, de se rappeler les propositions qui avaient été primitivement formulées par Charcot :

La *cirrhose atrophique* est surtout *annulaire, multilobulaire, extra-lobulaire* et d'*origine veineuse*.

La *cirrhose hypertrophique* est surtout *insulaire, monolobulaire* à la fois *extra* et *intra-lobulaire*, et d'*origine biliaire*.

Quoique les différents termes de ces propositions ne soient pas tous considérés aujourd'hui comme rigoureusement vrais, il n'en est pas moins certain que le processus de ces deux formes de cirrhose est différent. Dans la cirrhose atrophique la lésion débute par les veines portes et sus-hépatiques (cirrhose bi-veineuse); dans la cirrhose hypertrophique la lésion débute par les canaux biliaires et les cellules hépatiques (cirrhose biliaire, cirrhose viscérale). Dans la première, le tissu fibreux est induré et rétractile comme un tissu cicatriciel, c'est lui qui détermine l'*atrophie* de l'organe, et les cellules hépatiques sont fréquemment altérées ou détruites; dans la seconde, le tissu scléreux reste à l'état incomplet, fibroïde, il n'a pas la même importance et les cellules hépatiques sont la plupart *intactes* ou hypertrophiées.