

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 hypersplénomégalye*<sup>1</sup>. 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.



Toutefois ces dissemblances ne permettent pas de faire de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique deux espèces absolument opposées. Elles forment, il est vrai, deux variétés distinctes quand on s'adresse aux *types extrêmes*, mais dans quelques cas on se trouve en face de *cas mixtes* ou intermédiaires qui *servent de transition aux types extrêmes*.

A ces cas mixtes ou intermédiaires j'ai donné le nom de *cirrhose mixte*; ils tiennent à la fois, cliniquement et anatomiquement, de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique. Mon interne, Guiter, en a réuni plusieurs observations dans sa thèse<sup>1</sup>, et depuis lors des cas assez nombreux ont été observés. Deux nouvelles observations ont été recueillies cette année dans mon service à l'hôpital Necker, elles vont être publiées par mon interne du Pasquier.

Cliniquement, les *cirrhoses mixtes* déroutent un peu le praticien; on s'était tellement habitué à la classification sans partage de la cirrhose atrophique veineuse et de la cirrhose hypertrophique biliaire, que le jour où l'ictère apparaissait dans le cours d'une cirrhose qu'on croyait atrophique, le jour où l'ascite se développait dans le cours d'une cirrhose qu'on croyait hypertrophique, le diagnostic devenait hésitant, et l'on admettait difficilement qu'une cirrhose eût osé franchir les barrières que des classifications trop étroites lui avaient imposées.

Et cependant les observations ne sont pas rares de cirrhoses mixtes qui présentent à la fois les symptômes et les lésions de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique. Pour qu'on en puisse mieux juger, je donne ici le résumé de quelques-unes de ces observations :

*Obs. 1<sup>a</sup>.* Un homme alcoolique, non syphilitique, est atteint de cirrhose. Il présente une ascite et une circulation

1. Guiter. *Des cirrhoses mixtes*. Thèse de Paris, 1881.  
2. Lécorché. *Études médic.*, p. 509.

abdominale complémentaire comme dans la cirrhose atrophique, et un ictère comme dans la cirrhose hypertrophique. A l'autopsie le foie est petit et granuleux, et à l'examen histologique on retrouve des lésions de cirrhose atrophique (sclérose fibreuse périlobulaire) et des lésions de cirrhose hypertrophique (riche réseau biliaire, envahissement du lobule par des cellules embryonnaires).

*Obs. 2<sup>a</sup>.* Un homme alcoolique, non syphilitique, est atteint de cirrhose. Le foie est volumineux, la teinte ictérique est persistante comme dans la cirrhose hypertrophique, et l'on constate également une circulation collatérale abdominale très développée et une ascite considérable comme dans la cirrhose atrophique.

*Obs. 3<sup>a</sup>.* Un homme alcoolique est atteint de cirrhose. La maladie a débuté par un ictère persistant comme dans la cirrhose hypertrophique, puis est survenue une ascite considérable comme dans la cirrhose atrophique. A l'autopsie on trouve le foie légèrement atrophie et présentant à l'examen histologique une sclérose à la fois extra et intralobulaire et un réseau biliaire très développé.

*Obs. 4<sup>a</sup>.* Un homme est atteint de cirrhose. Il présente un ictère intense et persistant, un foie volumineux, comme dans la cirrhose hypertrophique; de l'ascite et une circulation supplémentaire des veines abdominales, comme dans la cirrhose atrophique. A l'autopsie, on trouve le foie gros et scléreux, des bandes conjonctives occupent les espaces interlobulaires, le réseau biliaire est très développé.

*Obs. 5.* J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade mort dans mon service avec des symptômes de cirrhose mixte, ictère persistant, ascite et circulation abdominale complémentaire. A l'autopsie, le foie présentait les altérations de la cirrhose atrophique et hypertrophique.

*Obs. 6.* Cirrhose caractérisée pendant la vie par une hypertrophie du foie suivie d'atrophie, par de l'ictère et par de

1. Lécorché. *Études médic.*, p. 359.  
2. Rigal. *Société anatom.*, mars 1876.  
3. Pitres. *Société anatom.*, mars 1875.



l'ascite. A l'autopsie, on trouve des lésions de cirrhose biliaire et de cirrhose veineuse.

Je crois inutile de multiplier les citations; les observations de cirrhoses *mixtes* deviendront plus nombreuses à mesure qu'on les recherchera. Les conclusions que je crois pouvoir tirer de ces études sur les cirrhoses, c'est que la cirrhose atrophique veineuse et la cirrhose hypertrophique biliaire forment des variétés qui sont d'autant plus distinctes, d'autant plus accentuées, qu'on s'adresse à des types extrêmes, et c'est un grand mérite de l'école de Paris d'avoir jeté la lumière dans le chaos des hépatites chroniques. Mais il ne faut pas pousser trop loin l'esprit de systématisation et de classification; la clinique s'accommode mal de cette sélection en espèces morbides trop bien tranchées, et la lésion est ici, comme toujours, d'accord avec la clinique. Entre les types extrêmes que j'ai choisis pour la description des chapitres précédents, il y a place pour des cas *intermédiaires*, et la dénomination de *cirrhose mixte* me paraît devoir leur être appliquée.

#### § 12. TUBERCULOSE DU FOIE

Les auteurs de la première moitié de ce siècle considéraient le tubercule du foie comme une exception. Pour Andral et Cruveilhier, la dégénérescence graisseuse était la lésion ordinaire de cet organe chez les phthisiques.

Thaon, en 1872, affirma que, huit fois sur dix, une observation attentive décèle des granulations dans le foie des tuberculeux; mais, plus tard, Julius Arnold exagéra cette proportion, et prétendit que les granulations se trouvent dans tous les cas de tuberculose. La vérité est que si le tubercule hépatique est fréquent dans toutes les variétés de tuberculose, il est la règle chez l'enfant et au cours des tuberculoses aiguës et abdominales. La granulation est sa forme la plus fréquente, mais il peut, par exception, suivre ses aptitudes évolutives et donner naissance à des masses

caséuses, à des cavernes (Sergent<sup>1</sup>, Jacobson<sup>2</sup>) et à des abcès<sup>3</sup>.

La stéatose et le tubercule ne sont pas les seules lésions que l'on puisse observer dans le foie des phthisiques; la sclérose peut s'y développer comme dans le poumon. L'histoire de ces cirrhoses tuberculeuses du foie, à peu près élucidée, grâce aux travaux de ces dernières années, fournit une contribution intéressante à l'histoire générale des cirrhoses d'origine infectieuse.

A côté de la cirrhose hypertrophique graisseuse et tuberculeuse de Hutinel et de Sabourin (1881), les travaux de Hannot, Lauth et Gilbert nous ont appris qu'il y a deux autres variétés de cirrhose tuberculeuse, l'une ficelée, comparable à celle des syphilitiques, l'autre offrant de grandes analogies avec la cirrhose alcoolique vulgaire.

Chez les phthisiques cachectiques, on peut trouver la dégénérescence amyloïde du foie, et chez les phthisiques à cœur forcé on peut constater la lésion dite du foie cardiaque.

Ces altérations ne sont pas spéciales aux tuberculeux et ont été décrites ailleurs. L'expérimentateur aussi bien que l'anatomo-pathologiste et le clinicien ont tiré profit de l'étude de la tuberculose du foie. Il ne faut pas oublier que le tubercule hépatique expérimental a fourni de précieux éclaircissements sur l'histogénèse si controversée du tubercule.

**Anatomie pathologique.** — Nous étudierons séparément la granulation tuberculeuse, la dégénérescence graisseuse, la sclérose, l'évolution nodulaire.

La *granulation tuberculeuse* est la lésion la plus caractéristique. Le foie granuleux est congestionné et les granulations y sont très nombreuses, disséminées au sein des lobules et dans les espaces porto-biliaires. Elles apparaissent sous forme de petites taches rondes, grises, demi-transparentes, nécessitant souvent la loupe pour être vues.

D'après Brissaud et Toupet, la topographie du tubercule, variable pour chaque cas, serait assujettie à certaines lois.

1. Sergent. *Tubercules et cavernes biliaires*. Th. de Paris, 1895.

2. Jacobson. *Tubercules et cavernes biliaires*. Th. de Paris, 1898.

3. Lesimple. *Abcès tuberculeux du foie*. Th. de Paris, 1900.