

grisâtres le long des branches de la veine porte. Le foie prend les caractères de la cirrhose hypertrophique.

Chez l'enfant elles sont le plus souvent une manifestation locale d'une tuberculose miliaire généralisée. Les tubercules de cet organe se montrent tantôt sous la forme de granulations miliaires grisâtres et transparentes, tantôt sous celle de noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois. Ils sont disséminés plus ou moins régulièrement dans toute l'épaisseur du parenchyme hépatique; on les trouve cependant plus fréquemment sous l'enveloppe du foie. Le ramollissement de ces tubercules et la formation de petites vomiques sont très-rares; cette transformation n'atteint jamais un degré suffisant pour provoquer des troubles locaux ou généraux semblables à ceux de la phthisie pulmonaire. On ne trouve le plus ordinairement que quelques petites cavités isolées, avec un contenu purulent un peu coloré par la bile (1).

Il ne faut pas confondre ces petites vomiques avec les kystes résultant de l'affection tuberculeuse des canaux biliaires. Dans ce dernier cas, ainsi que Rokitansky, Barrier, Barthez et Rilliet l'avaient déjà observé, il se forme, autour des canaux biliaires d'un petit calibre et dans leurs propres parois, des dépôts de matière tuberculeuse qui rétrécissent plus ou moins leur cavité. On trouve alors, au centre du noyau tuberculeux, un petit orifice dont les bords ont une couleur jaune; cet orifice s'agrandit lorsque le ramollissement s'opère, et il se transforme en une cavité plus spacieuse, remplie d'un liquide trouble et mélangé de bile, dont les parois s'amincissent graduellement, à mesure que le ramollissement s'étend vers la périphérie.

La tuberculisation du foie ne se révèle par aucun symptôme pendant la vie; on ne peut la diagnostiquer, et elle ne présente aucune indication thérapeutique. Rilliet et Barthez mentionnent un cas rapporté par Tonnelé, où les tubercules semblent avoir amené le ratatinement cirrhotique du foie; mais ici je considère la tuberculisation simplement comme un accident, par rapport à l'hépatite interstitielle à laquelle les symptômes doivent être rapportés.

(1) Wedl (*Grundzüge der pathol. Histologie*, 1854, p. 382) a trouvé dans les points ramollis des noyaux et des restes de cellules hépatiques fortement pigmentées. Fréquemment il a observé au centre des tubercules mêmes une coloration jaune.

Art. III. — Productions lymphatiques de nouvelle formation.

Ces productions ressemblent aux tubercules par l'aspect, mais elles s'en distinguent essentiellement sous d'autres rapports; on les rencontre dans le foie des leucémiques, surtout quand la glande est hypertrophiée ou a subi la dégénérescence cirreuse (1). Elles se présentent disséminées dans le parenchyme glandulaire, sous forme de petites tumeurs miliaires, arrondies, rarement allongées, d'un blanc grisâtre, elles sont formées de noyaux (*Atlas*, pl. X, fig. 6) très-rapprochés et de petites cellules arrondies, légèrement granuleuses, entre lesquelles on voit, surtout à la périphérie du nouveau produit, un tissu finement strié. Les tumeurs sont unies à de petits vaisseaux sanguins, dans les parois desquels elles se développent, et dont elles rétrécissent, quelquefois même obstruent la lumière. Des productions plus petites de la même nature se développent aussi entre les cellules hépatiques, dans le tissu conjonctif du parenchyme; elles refoulent alors les cellules en prenant une forme tantôt arrondie, tantôt striée. Dans quelques cas rares, on trouve de ces tumeurs grosses comme des lentilles, d'une consistance pulpeuse, accompagnées de productions semblables sur la plèvre, sur la muqueuse de l'estomac et du tube intestinal (Friedreich). Ces néoplasmes sont, selon toute apparence, en rapport générique avec la leucémie. Friedreich et Wagner (2) ont observé, dans le typhus et les états pathologiques analogues, de nouveaux produits de même nature, ayant un très-petit volume et étant à peine visibles à l'œil nu.

Art. IV. — Tumeurs adénoïdes du foie.

Ces tumeurs, signalées pour la première fois par Rokitansky (3) qui les avait découvertes et étudiées sur le cadavre seulement, n'avaient pas encore été observées sur le vivant. On ne connaissait ni leurs conséquences, ni leur marche, ni leurs symptômes, et, par suite, elles n'étaient encore rien autre chose qu'un cas exceptionnel d'anatomie pathologique.

Un fait remarquable de Griesinger, que nous rapporterons tout à l'heure, les fit entrer dans le domaine de la clinique.

(1) Virchow, *Archiv für patholog. Anatomie*, t. I, p. 569, et t. V, p. 125; Friedreich, *ibid.*, t. XII, p. 37; Boettcher, *ibid.*, t. XIV, p. 483.

(2) Friedreich et Wagner, *Archiv für Heilkunde*, 1860, p. 322.

(3) Rokitansky, *Wiener allgem. med. Zeitg.*, 1859, p. 98.

Depuis, un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet par Fiedreich (1), Klob (2), Wagner (3), Hoffmann (4), Eberth (5), Lancereaux (6), Willigk (7), Quinquaud (8). C'est d'après ces travaux que j'essaierai d'esquisser l'histoire encore imparfaite de cet état pathologique.

Voici le fait rapporté par Griesinger (9).

OBSERVATION LXXVIII. — *Affection du foie datant de deux ans, accompagnée d'une hypertrophie et d'une déformation tubérisiforme de l'organe. Forces et nutrition persistant longtemps intactes. Dans les dernières semaines, ictère.* Autopsie. *Tumeur adénoïde du foie.* — J. F., âgé de 47 ans, se présenta à la clinique le 16 décembre 1862. Il raconte que, quoique obligé à un rude travail, il s'est toujours bien porté; cependant depuis quelques années, il a été sujet, pendant l'hiver, à des accès de toux, qui, au printemps de 1861, sont devenus plus incommodes. Vers le commencement de 1862, les forces semblent diminuer, et au mois de juin de la même année, se déclare une maladie aiguë et grave, qui est accompagnée d'un point de côté à droite, de délire et de crachats ensanglantés. Après un séjour de trois semaines à l'hôpital, le patient sort à peu près guéri; il se rappelle que le médecin qui l'a soigné a nommé sa maladie une pneumonie à droite, compliquée d'une tuméfaction assez notable du foie; tuméfaction dont le malade s'était lui-même également aperçu.

Pendant le restant de l'été et de l'automne de 1862, le patient put travailler sans interruption; mais de temps en temps il souffrait encore de la poitrine; la région hépatique devint douloureuse; parfois il avait de la diarrhée, il lui sembla que la tuméfaction du foie augmentait, et que ses forces diminuaient de plus en plus. Le 11 décembre, il fut pris subitement de frisson, d'un point de côté à droite et de dyspnée. A partir de là jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, il dut garder le lit; cependant il put encore faire à pied un assez long trajet pour se présenter à la visite du médecin.

Lors de son admission, 16 décembre 1862, le malade, grossièrement mais solidement bâti, semblait un peu amaigri; ses lèvres étaient colorées; sa face, injectée par une foule de petites veines, était d'un rouge sombre; il se plaignait surtout de respirer avec difficulté et d'être en proie à une toux pénible. Le thorax est fortement voûté; le diaphragme remonte jusqu'à la sixième côte; à droite et en bas on constate, sur une étendue d'environ 8 centimètres, une obscurité du son, qui se dissipe lors d'une inspiration profonde. Les crachats sont rares et de nature

(1) *Archiv. f. path. An.*, 1865, t. XXXIII.

(2) *Wien. med. Wochenschr.*, 1865.

(3) *Archiv. f. Heilh.*, 1864.

(4) *Archiv. f. path. An.*, 1867, t. XXXIX.

(5) *Archiv. f. path. An.*, 1868, t. XLIII.

(6) *Gaz. méd.*, 1868, n° 45, 50, 52.

(7) *Archiv. f. path. An.*, 1870, t. LI.

(8) *Tribune méd.*, 1875 n°s 374, 376, 378, 382.

(9) W. Griesinger, *Das Adenoid der Leber.* (*Archiv. d. Heilkunde*, V, p. 386.)

catarrhale; le cœur n'offre rien à noter. L'inspection de l'abdomen fait de suite reconnaître une notable tuméfaction du foie; on aperçoit, à droite de la ligne blanche, une saillie de forme irrégulière, grosse comme une noix, qui s'élève pendant les mouvements respiratoires. Au voisinage de cette saillie, le foie paraît dur et noueux; ses limites inférieures arrivent jusqu'à l'ombilic, plus à droite, jusqu'à la crête iliaque; à gauche elles atteignent les fausses côtes. A partir de la ligne blanche, en se dirigeant vers le côté gauche, la surface du foie, au lieu d'être bosselée, semble devenue à peu près lisse.

Le malade séjourna à la clinique jusqu'au milieu de février.

Les accidents furent d'abord de la toux accompagnée de crachats catarrhals assez rares, et d'un peu de douleur à droite, il y avait en outre de la diarrhée, de l'abattement, et l'appétit était en partie perdu. Cependant le malade pouvait passer hors de son lit la plus grande partie du jour. L'injection violacée de la figure était toujours très-marquée; l'état de la nutrition paraissait bon; quant à la tumeur du foie, elle continuait de s'accroître, mais très-lentement. La voussure de l'hypochondre droit augmentait peu à peu; les duretés noueuses, situées à droite de la ligne médiane, avaient pullulé jusqu'au bord inférieur de la glande, elles étaient beaucoup plus apparentes, plus rondes et plus dures, mais étaient néanmoins restées insensibles à la pression. Le 1^{er} mai, la matité hépatique s'étendait sur la ligne mammaire, depuis la cinquième côte jusqu'à deux doigts au-dessous du niveau de l'ombilic; elle ne descendait pas si bas sur la ligne axillaire. On pouvait sentir, à travers la paroi abdominale, le bord du foie mou et dur. La cavité abdominale contenait un peu de liquide. Pendant tout ce temps, le malade n'eut jamais ni ictère, ni œdème, ni albuminurie; jamais la tumeur ne fut le siège de douleurs notables. Quoique vers la fin du séjour à l'hôpital, l'ascite eût légèrement augmenté, que la face fût un peu plus pâle et qu'il continuât d'y avoir de fréquents accès de diarrhée, les forces n'avaient pas sensiblement diminué. Durant cette période, le traitement eut principalement pour but d'arrêter ou de modérer la diarrhée.

Le diagnostic à porter était des plus embarrassants. Il ne pouvait s'agir d'un cancer, puisque la tumeur constatée déjà un an plus tôt devait dater d'une époque bien antérieure encore; en effet, soumise pendant six mois à une observation continue, on avait pu voir avec quelle lenteur elle se développait. En outre on n'avait pas remarqué d'œdème, les lèvres étaient restées fraîches, et quant aux troubles de la nutrition, ils pouvaient dépendre de la diarrhée et n'indiquaient pas nécessairement un cancer. Cependant le foie était évidemment le siège d'une lésion quelconque. Quelle était cette lésion? Après avoir mûrement réfléchi, on s'arrêta à l'idée d'un kyste échinocoque multiloculaire, dont les poches, disséminées dans le foie, étaient recouvertes par une couche de tissu hépatique comprimé ou rétracté par des cicatrices.

Sur ces entrefaites, le malade, qui se sentait beaucoup mieux, demanda à sortir de l'hôpital, le 10 juillet 1863. Il y rentra de nouveau, le 13 novembre de la même année.

Pendant les six à sept premières semaines qui suivirent sa sortie, il s'était bien porté. Il pouvait travailler un peu, ne ressentait pour ainsi dire pas de douleurs; avait un bon appétit, mais toujours une grande

tendance à la diarrhée. Dans le courant d'octobre la dyspnée reparut, la douleur de l'hypochondre droit gênait la marche, le ventre devint plus volumineux, il y eut des vomissements et des selles répétées de matières muqueuses. Le malade n'avait pas remarqué d'œdème aux jambes, mais il disait que son visage, encore plus rouge qu'autrefois, s'était tuméfié. Le 4 novembre pendant la nuit, il y avait eu un violent frisson, et depuis ce moment, la lassitude ayant augmenté ainsi que les douleurs de tête, le malade avait été contraint de garder le lit.

L'examen auquel on soumit de nouveau le malade montra que, depuis sa dernière sortie, la tumeur et la dégénérescence noueuse du foie avaient beaucoup augmenté et qu'il en était de même de l'ascite. On sentait maintenant, en palpant le foie, certains points ramollis et fluctuants. L'état général avait empiré. L'ensemble des caractères rendait toujours probable qu'on avait affaire à un sac d'échinocoque multiloculaire, en voie de suppuration sur quelques points. Pour acquérir une plus grande certitude, on résolut de pratiquer une ponction exploratrice. Celle-ci fut faite au moyen d'un trois-quart très-fin, avec lequel on ponctionna le point fluctuant situé au voisinage du rebord costal à droite. Il ne sortit pas une seule goutte de liquide. On introduisit, par la canule, la cuiller de Middeldorpf; celle-ci ramena un petit lambeau de tissu, roide et comme parcheminé, et qui, examiné sous le microscope, consistait en une substance amorphe, teinte en rouge de diverses nuances par la substance colorante du sang en voie de décomposition, et mélangée non-seulement avec des cristaux d'hématidine, mais encore avec quelques cellules qui, d'après leur forme et leur volume, étaient probablement des cellules hépatiques.

Le jour qui suivit la ponction, le malade ressentit un frisson suivi de chaleur, de sueur et d'abattement. Le surlendemain, un peu d'ictère parut pour la première fois sur le visage et la conjonctive; le ventre était tendu. A droite, en avant de l'extrémité de la onzième côte, on trouvait une bosse fluctuante, grosse comme la moitié du poing. La piqûre du trois-quart se guérit rapidement; mais quoique l'état général ne se fût pas aggravé, l'ictère, la diarrhée et l'ascite persistèrent. L'urine contenait beaucoup de matières colorantes et des acides biliaires, mais point d'albumine.

Les mêmes symptômes continuèrent en s'exagérant peu à peu pendant tout le mois de novembre et la première moitié de décembre. Les forces devenaient de plus en plus faibles, tandis qu'au contraire l'ascite avait pris des proportions assez considérables pour gêner la respiration et nécessiter la ponction du ventre, qui donna issue à 4 1/2 pintes d'un liquide très-albumineux. La tumeur s'était de beaucoup accrue, et semblait, à droite, plus élastique et plus molle.

Enfin, dans la troisième semaine de décembre, le redoublement des accidents morbides et l'extrême affaiblissement du malade firent présager l'approche d'une terminaison fatale. En effet, le malade tomba dans le coma le 18 décembre, et le 22 il succomba.

Autopsie. — Le corps est celui d'un homme grand et vigoureusement bâti; la peau et la conjonctive ont une couleur ictérique très-prononcée; les extrémités inférieures sont œdématiées jusqu'aux hanches; les muscles sont pâles et émaciés.

L'examen du cerveau, du cœur, des poumons n'offre rien de bien important à noter. La plèvre droite porte les traces d'une ancienne pleurésie.

La cavité abdominale contient plusieurs pintes d'un liquide brun foncé, assez transparent. Le foie remplit toute la moitié supérieure de l'abdomen, et son côté gauche remplit presque entièrement l'hypochondre gauche. Le lobe droit mesure, de haut en bas, 29 centimètres, le gauche 25 centimètres; la largeur maximum du foie est de 50 centimètres; son épaisseur à droite est de 14 centimètres. La vésicule biliaire dépasse de 6 centimètres le bord libre du foie; elle est intimement unie à l'épiploon et contient un demi-verre de bile verte et ténue. Le poids total du foie est de 7 kilogrammes.

La surface entière de la glande, sur le lobe droit, est complètement couverte de bosselures arrondies, tendues, comme boursoufflées, ayant le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf et même d'une pomme. La tumeur la plus grosse, située au milieu du lobe droit, là où pendant la vie on sentait de la fluctuation, contient un fluide épais, d'un brun rougeâtre, parsemé de stries jaunes; sa cavité anfractueuse est limitée par une paroi dont l'épaisseur, à la périphérie, n'a pas plus d'une ligne.

Les autres bosselures sont solides et ne contiennent pas de liquide; mais leur consistance est élastique comme si elles étaient rembourrées de duvet. Beaucoup d'entre elles sont entourées par de riches réseaux veineux. La surface du lobe gauche est parsemée de nombreuses élevures grosses comme une tête d'épingle ou comme un haricot: ces élevures sont d'un brun jaune; celles du lobe droit, plus claires, sont d'un jaune verdâtre.

Une coupe, pratiquée de droite à gauche, suivant la grande largeur du foie, fait découvrir un tableau vraiment extraordinaire. Des nodosi-

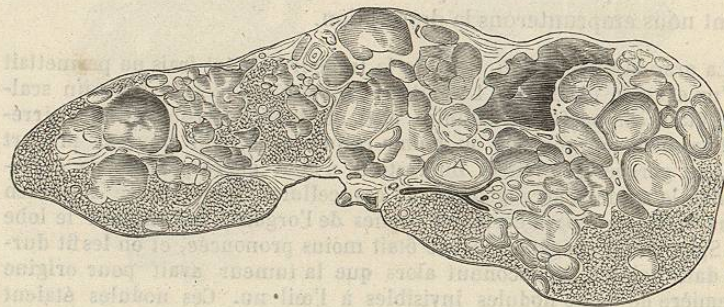


Fig. 86. — Tumeur adénoïde du foie. En haut et à droite, on voit un foyer ramolli, dont le contenu s'est vidé.

tés nettement circonscrites, très-rapprochées les unes des autres, de grosseur et de couleur variées, recouvrent, par milliers, la surface de la section. Ce n'est que dans la région inférieure de l'organe qu'on peut trouver un reste du parenchyme hépatique, très-anémié; et, là même, il est déjà parsemé de petits nodules. La masse qui s'est substituée au tissu primitif est formée par les nodosités plus ou moins grosses, et sé-

parées par d'épaisses traînées de tissu conjonctif. Chaque nodosité semble formée d'une substance homogène, élastique, ayant une consistance molle, et proéminent au-dessus de la surface de section. Ça et là cette substance paraît avoir une disposition rayonnée, et l'on y constate quelques vaisseaux sanguins. Le plus grand nombre de ces nodosités sont d'un vert clair, ou d'un brun jaune intense; d'autres, et surtout les petites sont d'un vert plus foncé, et même par exception, brun-chocolat. Dans certains points on peut les énucléer; il reste alors, à leur place, une sorte de capsule formée de tissu conjonctif, dont l'intérieur brille comme celui d'une séreuse. Toutes ces nodosités, les plus grosses comme les plus petites, appartiennent évidemment à une même espèce de dégénérescence, dont elles constituent les divers degrés; une seule d'entre elles était en deliquium.

Les conduits biliaires, très-petits, ne présentaient d'ailleurs aucune oblitération. Le tronc de la veine porte, dont le calibre avait triplé, avait l'épaisseur de la veine cave; les artères hépatiques étaient dilatées. Dans le hile du foie et dans la cavité abdominale, on ne découvrit aucun ganglion malade.

Rate petite, mais saine; l'estomac et l'intestin ne sont pas altérés non plus. Le duodenum contient des matières biliaires d'un vert foncé. Le rein droit est sain; la substance du rein gauche est très-dense et dure; sur une coupe, les glomérules ressortent sous forme de nodosités très-petites; le tissu rénal mis en contact avec l'iode donne la réaction amyloïde.

Tels furent les résultats fournis par l'examen fait à l'œil nu. Pour obtenir des notions plus exactes sur l'espèce de dégénérescence dont le foie était le siège, on résolut d'étudier sa structure à l'aide du microscope. Cette étude fut faite par le D^r Ed. Rindfleisch, dont nous emprunterons la description.

La grande mollesse du tissu de la tumeur à l'état frais ne permettait qu'un examen incomplet. La matière obtenue, en raclant avec un scalpel, était composée de cellules plus ou moins grosses, rondes, irrégulièrement polygonales, ou même cylindriques, qui pour la plupart étaient gorgées de graisse. Du reste il n'était guère possible de déterminer le mode d'arrangement de ces cellules. Pour rendre l'examen plus facile, on sépara certaines parties de l'organe, notamment le lobe de Spiegel, où la dégénérescence était moins prononcée, et on les fit durcir dans l'alcool. On reconnut alors que la tumeur avait pour origine première de petits nodules invisibles à l'œil nu. Ces nodules étaient d'autant plus sphériques que leur volume était plus gros, et ceux qui avaient la grosseur d'un pois en avaient aussi effectivement la forme et la couleur. Quelques-unes des plus grosses nodosités étaient irrégulièrement bosselées ou lobulées, et paraissaient formées par la juxtaposition de plusieurs plus petites.

Pour connaître la structure des nodosités, on pratiqua plusieurs coupes, qui furent colorées avec du carmin, afin de s'orienter plus facilement.

Chaque nodosité, prise isolément, présente par la disposition de ses éléments constitutifs, le type d'une glande tubulée; en effet, elle paraît

être presque entièrement formée de tubes glandulaires intriqués, et remplis d'épithélium. Rien n'est plus semblable à ce qu'on trouve ici que l'aspect offert par une coupe transversale de la substance corticale des reins. Il est vrai qu'on ne peut démontrer l'existence de tuniques

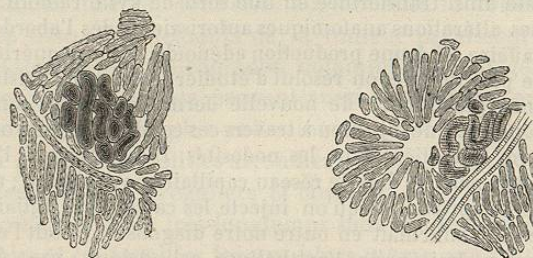


Fig. 87 et 88. — Rapports des plus petits nodules avec les acini hépatiques.

propres dans ces tubes glandulaires d'origine pathologique, et que la lumière centrale fait également défaut dans quelques cas; mais la place occupée par cette lumière centrale est indiquée, sur la plupart des tubes, par une sorte de bouchon muqueux de couleur jaunâtre. De plus, on trouve

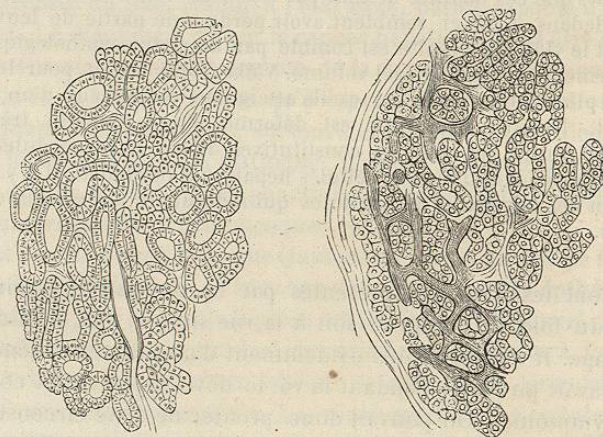


Fig. 89 et 90. — Structure des nodules, à un grossissement de 150; et (fig. 90) disposition des vaisseaux capillaires.

certaines nodules pourvus de canalicules si considérables, qu'ils forment la moitié et même plus du calibre total du tube. Dans ce dernier cas, l'épithélium est nettement cylindrique et disposé en rayons, de sorte qu'au point de vue purement anatomique, il n'y a pas la moindre différence entre cette espèce de canal et celui d'une glande de Lieberkuhn. En général, l'épithélium des nodosités n'affecte pas une forme aussi ca-

ractérisée ; ce qu'on trouve le plus souvent, ce sont des cellules arrondies et semblables à celles qui tapissent l'intérieur des conduits galactophores. D'ailleurs la dégénérescence graisseuse a, notamment dans les nodosités les plus grosses, causé déjà de notables désordres ; on a déjà vu plus haut que la plus grosse d'entre elles, située à la surface du lobe droit, avait été ainsi transformée en une sorte de kyste ramolli.

Ces diverses altérations anatomiques autorisaient, dès l'abord, à croire qu'on avait affaire ici à une production adénoïde. Pour acquérir une certitude encore plus grande, on résolut d'étudier les rapports existant entre cette substance glandulaire de nouvelle formation, et les conduits biliaires. En poussant une injection à travers ces conduits incisés, on parvint à faire pénétrer la matière dans les nodosités. Il est vrai que l'injection avait également pénétré dans le réseau capillaire environnant ; mais c'est ce qui arrive d'habitude lorsqu'on injecte les canalicules biliaires d'un foie sain. Ce qui confirmait en outre notre diagnostic, c'était l'existence, dans quelques nodosités, de l'épithélium cylindrique ; car, de toutes les parties constitutives du foie, les canaux biliaires seuls sont pourvus de cette sorte d'épithélium. Enfin, la couleur bilieuse des bouchons muqueux qui obturaient la lumière de plusieurs tubes glandulaires pouvait servir encore de preuve nouvelle.

Pour nous rendre compte de la disposition du tissu glandulaire de formation nouvelle par rapport au tissu normal, nous choisîmes les nodules les plus petits et nous étudiâmes leur mode d'arrangement. Nous vîmes alors que ces nodules ne sont pas situés en dehors des acini, mais bien au dedans. Ceux-ci semblent avoir perdu une partie de leur substance, et le vide qui résulte est comblé par un nodule pathologique de même forme, et presque d'égal volume. Voilà ce qui a lieu pour les nodules les plus petits ; mais, dès qu'ils atteignent la grosseur d'un grain de millet, l'acinus comprimé est déformé d'une manière très-singulière. En outre, les cellules constitutives de ces petits nodules sont pour ainsi dire identiques aux cellules hépatiques normales ; il n'y a que la division des noyaux et des cellules qui indique la pullulation de ces dernières.

Tels sont les désordres présentés par ce cas extraordinaire de tumeur du foie, et constatés soit à la vue simple, soit à l'aide du microscope. Il s'agissait bien évidemment d'une tumeur adénoïde, dont on avait pu suivre pendant la vie le développement et constater les symptômes. On pouvait donc profiter de cette circonstance favorable pour essayer de tracer un tableau complet, du moins une esquisse utile de cette affection extraordinaire ; c'est ce que Griesinger a essayé de faire en tirant de cette observation les conclusions suivantes :

Sous l'influence de causes inconnues jusqu'ici, le foie peut devenir le siège d'une tumeur constituée par du tissu glandulaire de formation nouvelle, qui a un type à lui propre, distinct du type normal, et se présente sous la forme de nodosités entourées d'une

capsule de tissu unissant. Cette altération peut se produire aussi bien pendant l'enfance que dans l'âge mûr. D'une manière générale elle est assez rare, et se présente, le plus souvent, isolément. Parfois pourtant les tumeurs peuvent être très-nombreuses, et occuper toute l'étendue du foie, dont elles augmentent le volume et compriment le tissu. Ces éléments de la tumeur paraissent être sujets à des métamorphoses rétrogrades, notamment à la dégénérescence graisseuse ; certains points peuvent aussi se détruire en se fluidifiant. Les nodosités les plus volumineuses sont souvent, à la surface de la glande, des saillies arrondies, ce qui donne au foie hypertrophié des contours irréguliers et bosselés.

La constitution reste très-longtemps sans souffrir de cette affection du foie, et les troubles locaux, alors même que l'altération est très-prononcée, restent modérés. C'est seulement alors que la tumeur est devenue très-volumineuse que ses conséquences se prononcent ; l'hydropisie, la diarrhée, le marasme, etc. Le tissu hépatique de formation nouvelle paraît être en état de sécréter de la bile. Quant aux organes glandulaires autres que le foie, ils ne semblent pas ressentir de troubles sympathiques.

L'affection du foie, restant à l'état isolé, paraît capable d'amener la mort. Le diagnostic d'avec le cancer hépatique peut être obtenu, pendant la vie, en tenant compte de la marche très-longue de l'adénoïde et de la faible action qu'il exerce sur la constitution générale. Quant aux échinococques, surtout à ceux qui sont multiloculaires, on ne pourrait guère les distinguer d'avec l'affection qui nous occupe, que si, à l'aide de la ponction, on réussissait à faire sortir quelques fragments d'échinococques.

C'est à tort, à mon avis, que Quinquaud refuse au fait de Griesinger le titre d'adénome et le range dans la classe des épithéliomes.

Eberth (1), qui a soumis la pièce anatomique à un nouvel examen, y a constaté le passage graduel des cellules hépatiques à la disposition tubulée. La structure typique se modifie en proportion du degré avancé de l'hyperplasie. La transformation des cellules hépatiques polygonales originaires en cellules cylindriques faiblement accentuée dans les hyperplasies récentes, se dessine de plus en plus dans les périodes plus avancées ; en même temps, les cellules affectent davantage la disposition épithéliale et, au lieu de former comme auparavant des travées presque solides, elles constituent par leur simple mode d'arrangement, des cylindres creux anastomosés. Une

(1) Eberth, *loc. cit.*