

fine coupe représente l'image d'une glande tubuleuse composée; il s'agit bien évidemment d'une tumeur adénoïde.

I. — Anatomie pathologique.

Le foie est ordinairement augmenté de volume; rarement il est atrophié (obs. de Lancereaux). Dans un certain nombre de cas il présente un aspect cirrhotique; l'enveloppe est épaissie, d'un aspect laiteux, et la surface de l'organe est sillonnée de tractus fibreux, dans un cas, elle était recouverte de végétations de tissu conjonctif.

Rarement les tumeurs sont uniques (observ. de Hoffmann), presque toujours elles sont nombreuses, disséminées irrégulièrement à la surface et dans toute l'épaisseur du foie. Les tumeurs superficielles forment des saillies de volume variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix. Leur couleur est grisâtre, jaune, verdâtre; leur consistance est moindre que celle du tissu normal; leur centre n'est pas déprimé.

Ces tumeurs paraissent, à l'œil nu, nettement limitées; les plus volumineuses présentent, à leur périphérie, une certaine quantité de tissu conjonctif qui semble les isoler du parenchyme hépatique environnant. Dans quelques cas même il est dit que les tumeurs étaient énucléables (obs. de Klob et de Willigk), mais cette particularité est exceptionnelle; il est permis de considérer ces cas comme des difformités congénitales, ainsi que Klob l'admet avec trop de facilité pour une grande partie des adénomes du foie.

Les observations de Lancereaux et de Vulpian signalent une obstruction très-étendue de la veine porte et des veines hépatiques par des caillots grisâtres ou jaune verdâtre, de consistance caséuse ou plus solides, contenant quelquefois des vaisseaux à parois minces. Dans un cas (observ. de Lancereaux), la paroi de la veine porte était détruite sur un des points de son obstruction, dans tous les autres cas elle était intacte.

L'examen microscopique montre les tumeurs composées de cellules hépatiques augmentées de volume, de toutes les formes polygonales possible, munies le plus souvent de plusieurs noyaux, chargées de granulations pigmentaires, quelquefois d'abondants granules gras.

Le tissu conjonctif, au voisinage des tumeurs, est plus abondant et riche en noyaux et en petites cellules ramifiées ou fusiformes.

Les caillots remplissant les branches de la veine porte et des veines hépatiques, sont formés des mêmes éléments que les tumeurs,

c'est-à-dire de cellules hépatiques volumineuses présentant plusieurs noyaux, de nombreuses granulations pigmentaires et grasses.

La plupart des observateurs qui ont eu l'occasion d'étudier ces tumeurs, les considèrent comme de véritables hypertrophies du tissu glandulaire du foie. C'est là l'opinion de Griesinger, de Hoffmann, de Friedreich, de Eberth, de Lancereaux, de Quinquaud. Ils les font dériver d'un travail d'hyperplasie des éléments cellulaires du parenchyme hépatique, et Hoffmann a même constaté que dans les parties de l'organe saines en apparence on retrouve encore de grosses cellules hépatiques avec des noyaux souvent multiples.

Willigk, au contraire, ayant constaté dans un cas, que toutes les anciennes cellules hépatiques étaient malades et que le néoplasme était séparé du tissu avoisinant par une couche de tissu conjonctif très-vasculaire infiltré de petits noyaux brillants, admet que, dans ce cas, la néoplasie d'éléments hépatiques provenait de globules blancs du sang émigrés au milieu du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce serait un processus réparateur de la perte du tissu hépatique. Il ne nie pas d'ailleurs que l'adénome ne puisse se développer d'une autre manière.

II. — Symptomatologie.

L'étude des cas maintenant assez nombreux de cette maladie que la science a enregistrés permet d'en tracer les symptômes. Le tableau que nous allons en donner est emprunté au travail de Quinquaud: il modifie sensiblement les conclusions que Griesinger avait tirées de son observation.

Le début est très-insidieux, on n'y constate que des signes de faiblesse générale. Le ventre se gonfle, devient pesant. Après un temps plus ou moins long, on voit se développer une douleur spontanée, profonde d'abord, devenant superficielle plus tard, siégeant à l'hypochondre droit, s'exaspérant par la pression de bas en haut. Quelquefois, les douleurs se produisent très-violentes, presque subitement, ou bien elles se manifestent par accès.

La douleur s'accompagne de gêne de la respiration; localisée d'abord, elle finit par s'étendre et s'accompagne d'un sentiment de pesanteur.

La première période s'accompagne de quelques accidents digestifs: inappétence, nausées, vomissements sans cause appréciable, diarrhée. A une période plus avancée, apparaissent l'ictère, l'ascite et l'œdème. L'ictère est un des symptômes les plus constants.

Dans huit cas analysés par Quinquaud, il s'est présenté sept fois; il est plus ou moins prononcé; dans un cas de Lancereaux, il était partiel. Il ne s'accompagne pas toujours de décoloration des garde-robes.

L'ascite peut s'observer à différents degrés. Souvent elle est considérable et se produit très-rapidement. Dans l'observation de Vulpian, trois ponctions faites en quarante jours donnèrent chacune quinze litres de liquide. L'œdème survient dans la dernière période, il envahit les membres inférieurs et l'abdomen, mais nullement les membres supérieurs.

Le foie est le plus ordinairement volumineux, inégal, dur, résistant, douloureux à la pression. Il descend à 3, 4, 8 centimètres du rebord costal et dépasse quelquefois le mamelon de 2 à 3 centimètres. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il conserve son volume ou même s'atrophie.

Les troubles digestifs s'accroissent de plus en plus; les malades sont souvent pris d'hématémèse; la langue se sèche, l'oppression devient extrême, la température s'élève, puis le malade se refroidit, tombe dans le coma et meurt, tantôt avec les signes de l'asphyxie, tantôt dans la torpeur.

### III. — Diagnostic.

Il sera, dans la plupart des cas, très-difficile à établir et presque jamais on ne pourra faire plus que soupçonner l'existence de la maladie. C'est avec la cirrhose surtout qu'on est exposé à la confondre, et cela se comprend lorsqu'on trouve, dans bon nombre d'observations, simultanément avec l'hypertrophie partielle du parenchyme hépatique, les lésions du tissu conjonctif qui appartiennent à la cirrhose.

Voici cependant quelques données qui pourront servir à établir des probabilités. La cirrhose a, en général, une marche plus lente, l'ascite survient plus tardivement et se développe plus lentement, le foie diminue de volume.

Le cancer du foie, avec lequel on pourrait aussi confondre l'adénome hépatique, s'accompagne de douleurs plus vives dans la première période. L'ascite manque dans la moitié des cas, l'ictère dans plus de la moitié. L'augmentation de volume du foie s'accompagne de bosselures avec cachexie.

### IV. — Marche, durée, terminaison.

La marche, très-insidieuse dans la première période, s'accélère dans la seconde; elle devient rapide après l'apparition de l'ictère. La terminaison est toujours fatale.

### V. — Étiologie.

Sur treize cas on compte neuf hommes; il y a donc prédominance marquée du sexe masculin. L'âge varie de 29 ans à 83 ans. Presque tous les sujets observés présentaient de mauvaises conditions d'état général ou étaient soumis à une mauvaise hygiène. Ce sont des ouvriers mal logés, obligés à des travaux excessifs, avec une alimentation insuffisante. L'abus des alcooliques paraît constituer une cause prédisposante.

### Art. V. — Kystes du foie.

Les kystes purement séreux, remplis d'un liquide clair, ne sont pas fréquents dans le foie. A plusieurs reprises j'en ai trouvé de la grosseur d'un pois ou de celle d'un haricot. Leur face interne était tapissée d'un épithélium pavimenteux et présentait des cloisons incomplètes, comme si de petits kystes s'étaient réunis pour former une poche plus grande. Quelquefois ces kystes se rencontrent en très-grand nombre dans le foie en même temps que dans les reins. J. Bristowe (1) trouva le premier de ces organes hypertrophié et criblé de kystes à sa surface et dans son épaisseur. Les parois de ces kystes étaient blanchâtres et présentaient des plis saillants, leur face interne était tapissée d'une couche de cellules aplaties, ils contenaient une sérosité incolore. On n'y trouva pas de communication avec les canaux biliaires. La matière injectée dans ces canaux pénétra, seulement par rupture, dans certaines parties des kystes, dont quelques-uns occupaient le centre des lobules; Beale (2) pensa que ces kystes procédaient des cellules hépatiques. Les reins étaient également couverts de nombreuses vésicules, dont quelques-unes avaient le volume d'un œuf de poule. On avait observé pendant la vie des douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, avec des urines sanguinolentes.

Au rapport du docteur S. Wilks, on trouve, au musée de Guy's



Fig. 91. — Fragment d'un kyste du foie.

(1) Bristowe, *Transact. of the pathological Society of London*, t. X.

(2) Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires*, trad. franç. Paris, 1865, p. 433.