

hépatique que nous étudions, si ce n'est qu'on la rencontre avec une fréquence particulière chez les alcooliques. L'étude histologique de ces tumeurs graisseuses nous a montré que leur structure était celle des lipomes; nous n'y avons pas constaté la moindre ébauche d'organisation folliculaire ni d'infiltration lymphoïde. Ce cas constitue un nouvel argument contre la dénomination d'adéno-lipomatose et contre la théorie qui attribue à une dégénérescence ganglionnaire l'origine de ces tumeurs graisseuses. Il s'agit de lipomatose simple.

Avec un tel ensemble symptomatique, il était bien difficile d'établir un diagnostic. L'ictère intense, la tuméfaction du foie, la décoloration des matières fécales, la cholurie étaient en faveur d'une obstruction des voies biliaires. Mais, quelle que fût la nature de cette obstruction, ce diagnostic n'expliquait ni l'apparition tardive de l'ictère, ni les neuf litres d'ascite que, quinze mois auparavant, il avait fallu retirer. Le mode d'évolution, la durée de l'affection excluaient l'idée d'un cancer secondaire du foie, avec compression des voies biliaires par des ganglions envahis.

Il fallait admettre que cet ictère par rétention était pour une cause inconnue, apparu au cours de l'évolution d'une cirrhose; de celle-ci nous ne pouvions préciser la nature, mais son existence semblait bien prouvée par les troubles digestifs, l'ascite antérieure, enfin par l'état actuel de notre malade.

En effet, ce qui dominait le tableau, c'était l'extrême gravité de cet état, et, pour établir un pronostic des plus sombres, nous ne rencontrions pas les mêmes difficultés que pour poser notre diagnostic.

Rapidement la prostration augmenta, les épistaxis se répétèrent, l'ictère s'accrut en même temps que les matières restaient décolorées. La température se maintint entre 36 degrés et 37 degrés, jusqu'à la mort qui survint trois jours après l'entrée, par une asphyxie progressive due à un oedème pulmonaire terminal.

L'autopsie allait-elle nous donner le moyen de préciser le diagnostic resté hésitant? Vous verrez que l'examen anatomique des pièces laisse encore place aux discussions.

Tout d'abord, au niveau des poumons, l'on retrouve l'oedème constaté à l'auscultation pendant les derniers jours de la maladie. Le sommet du poumon droit est le siège d'une infiltration fibro-caséuse et crétacée. Les plèvres sont unies par des adhérences. Notre malade était donc anatomiquement parlant, un tuberculeux guéri, dans la mesure où l'on a le droit de prononcer le mot de guérison en pareille circonstance. Il s'agit plutôt d'un feu qui couve sous la cendre, mais peut se ranimer et donner naissance à un nouvel incendie.

Du reste, le malade nous avait raconté avoir eu, cinq ans auparavant, une bronchite qui, après une durée de cinq semaines, avait complètement guéri. Sa femme était morte tuberculeuse. Il est probable qu'il s'agit là d'une contagion conjugale.

Ces lésions tuberculeuses limitées et semblant guéries ne nous ont pas paru présenter de lien avec les

altérations hépatiques que nous allons étudier. Nous n'avons rien trouvé dans l'aspect de celles-ci qui pût faire préjuger de leur nature tuberculeuse.

L'abdomen contient une très légère quantité de liquide foncé. L'intestin est météorisé, le péritoine pariétal épaissi par places, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Les ganglions abdominaux sont indemnes.

Le foie débordé les fausses côtes; il est augmenté dans toutes ses dimensions et pèse 2,500 grammes. La bile le teinte en jaune. Il est atteint d'une cirrhose totale à gros grains et présente le type du foie clouté. Il existe une périhépatite ancienne, très épaissée, surtout marquée au niveau du lobe droit.

Il n'y a ni distension de la vésicule biliaire, ni péri-cholécystite. Les voies biliaires sont perméables, ne présentent pas de dilatations, ne sont comprimées par aucune tumeur, ganglionnaire ou autre. La bile contenue dans la vésicule est décolorée, visqueuse, ne donne pas la réaction de Gmelin. Elle est donc totalement dépourvue de pigments biliaires. Enfin son ensemencement sur divers milieux a donné des résultats négatifs.

La rate, volumineuse, pesant 420 grammes, est entourée d'une épaisse coque de péri-splénite. Le pancréas pèse 140 grammes. Les reins sont uniformément augmentés de volume, congestionnés, avec un piqueté hémorragique; ils ne présentent pas de trace de néphrite ancienne. Chacun d'eux pèse 320 grammes.

Nous avons procédé à l'examen histologique de ces organes avec la collaboration de notre interne, M. Cain.

Au niveau du rein, existe une congestion intense généralisée avec, par places, des exsudats hémorragiques et des foyers d'infiltration embryonnaire.

La rate présente une légère sclérose.

Les coupes du foie y font constater une sclérose intense caractérisée par de larges bandes conjonctives joignant les espaces portes et les veines sus-hépatiques, circonscrivant des zones de parenchyme irrégulières, plus ou moins arrondies, formées pour la plupart aux dépens de plusieurs lobules. Il s'agit, autrement dit, d'une cirrhose annulaire et multilobulaire. Le tissu conjonctif qui constitue les travées de sclérose s'épaissit notablement au niveau des espaces portes. L'abondante infiltration de cellules embryonnaires, qui existe à son niveau, l'intensité avec laquelle il retient les colorants témoignent d'un tissu en pleine activité. Il contient en outre un grand nombre de néo-canalicules biliaires. Les canaux excréteurs biliaires sont englobés dans le tissu conjonctif néoformé mais ils sont intacts; ils ne présentent aucune trace de réaction inflammatoire, leur épithélium est conservé; ils ne sont pas distendus par la bile.

En revanche, si l'on étudie à un fort grossissement les lobules que circonscrivent les bandes de sclérose, l'on constate une dislocation totale des travées hépatiques. Les cellules présentent des altérations manifestes, sont diminuées de volume, de contours imprécis, et nécrosées par places; beaucoup ont subi la dégénérescence graisseuse.

Nous avons maintenant sous les yeux tous les élé-