

Du cancer du foie / par le Dr. Monneret.

Contributors

Monneret, Jules Édouard Auguste, 1810-1868.

Publication/Creation

Paris : Rignoux, 1855.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/d5kff5ww>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

monnet

6.

carcer au foie

LIBRAIRIE
JACQUES LE CHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

*à mon excellent confrère et ami
Monneret*

DU

CANCER DU FOIE,

Par le D^r MONNERET,

Médecin de l'hôpital Necker,
Agrégré honoraire de la Faculté de Médecine de Paris.

Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro de mai 1855 et suivants.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—
1855

• when we have finished the work

recovered

DU

CANCER DU FOIE.

Les auteurs recommandables qui ont décrit le cancer du foie se sont attachés à en faire connaître les lésions anatomiques plutôt que les symptômes, la marche et les caractères différentiels; aussi trouve-t-on à grand'peine, dans les pages consacrées à la description de cette maladie, les éléments d'un diagnostic souvent très-difficile. On verra cependant que les symptômes offrent des particularités qui peuvent conduire assez sûrement à reconnaître la nature, le siège du mal, et les lésions nombreuses dont il s'accompagne ordinairement.

Le cancer du foie n'est ni aussi rare ni aussi fréquent qu'on l'a dit. Je n'en ai recueilli, pour ma part, que quatorze observations complètes et suivies de nécropsie. Dans six autres cas, la preuve anatomique m'a manqué; mais les symptômes ont été si manifestes, que je n'ai pu conserver le moindre doute sur la nature de l'affection hépatique. Ce nombre de cas ne paraîtra restreint qu'à ceux qui n'ont pas compulsé les monographies dont cette maladie a été le sujet. Les travaux de MM. Andral, Cruveilhier, Heyfelder, Le-

bert, se composent chacun d'un nombre de faits particuliers inférieur à celui qui sert de base à ce mémoire.

Anatomie pathologique. — Qu'entend-on par cancer du foie ? Cette question, très-embarrassante, n'étonnera que ceux qui se contentent d'un examen superficiel et qui appellent cancer toute lésion qui y ressemble par ses caractères extérieurs. J'ai la conviction qu'on a décrit sous ce nom des produits morbides qui en diffèrent sensiblement. Cette erreur tient à ce qu'on n'a pas examiné toujours avec le microscope les lésions réputées cancéreuses, ou à ce que l'histoire clinique de la maladie n'a pas toujours été recueillie par la même main qui en explorait les désordres cadavériques. Il ne faut pas se dissimuler toutes les difficultés qui se rattachent à la détermination du cancer du foie. Si l'on ne veut donner ce nom qu'aux produits morbides dans lesquels on trouve la cellule complète, les noyaux ou le tissu fibroblastique, on éliminera du nombre des cancers des lésions qui donnent lieu à des symptômes identiques à ceux que provoque le véritable cancer ; de sorte que l'on se trouve placé dans l'alternative ou de trop restreindre la maladie ou de lui donner un sens trop étendu. Qu'on remarque bien qu'en pareille circonstance, on ne peut plus faire intervenir, comme caractère de la maladie, les symptômes, la marche ou les signes du cancer. On a déjà beaucoup de peine à reconnaître le cancer externe à l'aide de cet ensemble de phénomènes ; à plus forte raison, lorsque le mal siège dans un organe tel que le foie. Là, plus que partout ailleurs, l'intervention de l'étude microscopique est indispensable, quoiqu'elle me paraisse insuffisante pour caractériser la maladie dans un grand nombre de cas. En effet, j'ai examiné avec cet instrument un assez grand nombre de cancers hépatiques, j'ai vu la cellule manquer dans presque la moitié des cas ; le plus ordinairement, elle était remplacée par des noyaux très-distincts, mêlés à une grande quantité de granules de graisse. Enfin, dans un très-petit nombre de cas, les cellules, les noyaux et le tissu fibroblastique, faisaient entièrement défaut, quoique les caractères extérieurs de la tumeur fussent ceux que l'on assigne ordinairement au cancer. C'est ce qui est arrivé dans trois cancers constitués par une matière blanche diffuse, diffuente, miscible à l'eau qu'elle émulsionnait. Les parties ramol-

ies, semblables en tout à la lésion qu'on est habitué à considérer comme le squirrhe, ne contenaient ni cellules ni noyaux; il en était le même des portions dures et encore consistantes de la tumeur. Je n'ai pu retrouver le moindre vestige des éléments histologiques du cancer dans un fungus hématode, ni dans une mélanose lobulaire du tissu hépatique que je décrirai plus loin. Il faut donc se montrer rigoureux sur le choix des faits qui peuvent servir de matériaux pour composer l'histoire du cancer du foie et ne considérer comme tels que les affections qui présentent de la manière la plus évidente l'élément cellulaire ou le noyau caractéristique; j'avouerai toutefois qu'en soumettant à cette loi impérieuse les faits que j'ai observés, je me suis vu contraint de cesser de regarder comme cancéreuses des maladies du foie qui en ont offert tous les symptômes et qui passent encore pour telles, quand on n'exige pas la condition microscopique *sine qua non* dont j'ai parlé précédemment. La discussion qui s'est élevée à ce sujet, au sein de l'Académie de médecine (1854), prouve combien il est difficile de décider une pareille question.

J'ai étudié dans presque tous les cas la cellule hépatique, pour voir si elle subit une altération appréciable, je n'ai pu en surprendre aucune; tantôt elle reste avec ses granulations et sa transparence naturelles, tantôt elle s'infiltre de graisse ou de matière colorante brune. Le cancer ne fait évidemment qu'écarter, comprimer la cellule, les vaisseaux sanguins, les conduits biliaires, et les autres éléments du foie.

On reconnaît assez généralement dans le cancer hépatique la forme encéphaloïde et la squirrheuse. Cette distinction ne repose que sur une comparaison encore plus inexacte pour le foie que pour les autres organes. En effet, rien ne ressemble moins à du tissu encéphaloïde, soit cru, soit ramolli, que certaines tumeurs charnues d'un rouge noirâtre, entrecoupées de zones, de stries blanchâtres, ou de sang épanché ou infiltré. J'en dirai autant des tumeurs formées par le détrit d'une matière blanche, comme du plâtre détrempé, et qui ne renferme que de la matière grasse et de la bile épanchée. En les appelant squirrhe ramolli, on me paraît alors abuser de cette expression, qui manque tout à fait de rigueur. Quoi qu'il en soit, les masses cancéreuses colorées en rouge sont plus communes que celles qui offrent une disposition en stries ou rayons

blanchâtres ; je n'ai rencontré le cancer qu'à l'état de masse et non d'infiltration. Dans un cas cependant , tout le foie était parsemé de granulations qui ne dépassaient pas le volume d'un grain de semoule, et en même temps de nombreuses masses de la grosseur d'une lentille , dans lesquelles le microscope a montré des cellules et des noyaux.

Les lésions sur lesquelles je m'arrêterai plus spécialement sont celles qui accompagnent le cancer ; leur fréquence est telle , qu'on peut dire que le cancer est la moindre des altérations hépatiques. On trouve presque toujours un ou plusieurs des éléments du foie altérés à différents degrés. Il importe de mettre en relief ces désordres , qui peuvent rendre compte des symptômes observés pendant la vie et de la marche de l'affection.

On constate : 1° *différents degrés d'hyperémie et d'anémie* 2° très-rarement *l'inflammation*, 3° *des hémorrhagies*, 4° *la dégénérescence graisseuse*, 5° *la cirrhose*, 6° *la maladie de la capsule de Glisson*.

A. *Hyperémie et anémie*. Pour bien juger la véritable nature des altérations hépatiques et reconnaître si les rougeurs qu'on rencontre sont le résultat de la congestion mécanique , cadavérique ou inflammatoire, j'ai l'habitude de laver le foie. Cette opération consiste à faire passer un courant d'eau continu pendant vingt quarante minutes et plus par la veine porte, après qu'on a examiné et noté soigneusement la couleur et les altérations diverses qui se présentent à la surface du foie. Cet organe se décolore, se dépouille de tout son sang avec une promptitude très-grande, quand il n'est le siège d'aucune hémorrhagie, d'aucune inflammation. En soumettant l'organe affecté de cancer à ce lavage, on voit disparaître entièrement les rougeurs générales et partielles qui dépendent de la congestion simple, celle qui entoure les tumeurs cancéreuses ; d'autres également partielles, et qui semblent précéder la formation organique, persistent même après l'injection d'une grande quantité d'eau.

L'hyperémie se montre souvent à la surface du foie, sur les tumeurs cancéreuses sous forme d'arborisations ou de stries rayonnées élégantes, qui tiennent à la présence de vaisseaux en grande partie artériels, qui ont leur siège ou dans le péritoine ou plus souvent e

ore dans la capsule de Glisson, ainsi que je m'en suis assuré plusieurs fois.

J'ai rencontré des hyperémies partielles dans des points où il n'existait pas de dépôt cancéreux : là le tissu hépatique, d'un rouge foncé, laissait apercevoir aisément ses deux substances : la jaune était plus ordinairement d'un rouge marqué, ce qui la faisait ressembler à la portion rouge ambiante. Le passage de l'eau diminuait parfois l'intensité de la couleur rouge, mais ne l'enlevait point. Je considère cette épreuve comme décisive et propre à démontrer qu'un travail d'hyperémie phlegmasique s'est établi dans ce point. Dans les congestions les plus fortes et les plus générales, je suis toujours parvenu à décolorer le tissu fortement rougi dans ces deux substances, et si parfois, au milieu de cette hyperémie, soit mécanique, soit cadavérique, il existait quelque portion du foie enflammée, elle conservait sa rougeur propre ; celle-ci devenait même plus évidente encore, à cause de la décoloration des tissus environnants. Rien n'est plus facile que d'opérer ainsi dans les amphithéâtres des hôpitaux, où l'on dispose d'un courant d'eau que l'on dirige par la veine porte à travers le foie. Une injection avec une matière colorante serait loin d'offrir les mêmes avantages, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature, le degré et le siège des rougeurs par congestion sanguine.

On peut aussi, par ce moyen, constater la déchirure des vaisseaux soit au milieu des masses cancéreuses ramollies, soit ailleurs, et le degré de perméabilité plus ou moins grande du système de la veine porte ou des veines hépatiques ; j'ai aperçu de cette manière la dilatation variqueuse de quelques rameaux de la veine porte. Du reste, cette lésion est aussi très-commune dans les affections du foie autres que le cancer.

J'ai vu souvent des tumeurs cancéreuses entourer les principales branches de la veine porte à son origine, lui former une espèce de canal extérieur, sans que la veine fût pour cela comprimée ou enflammée. Dans des cas semblables, il est plus facile d'imaginer que de démontrer l'existence de la gêne extrême de la circulation hépatique. J'ai souvent vu avec surprise l'eau couler librement par la veine porte, que je supposais parcourue très-difficilement pendant la vie par le fluide sanguin. Par contre, j'ai découvert des ob-

structions dans des points où je ne les aurais pas soupçonnées sans l'injection ; elles sont beaucoup plus rares que l'état opposé. La veine porte m'a offert de fréquentes dilatations partielles.

Anémie. Les auteurs n'indiquent pas le moyen de distinguer l'anémie de la dégénérescence jaunâtre, et en effet, il est souvent difficile de se prononcer sur les lésions que présentent les caractères extérieurs de ces deux maladies. L'anémie provoquée par le lavage du foie à grande eau offre le type de cette altération, et l'on fera bien de se familiariser avec elle, si l'on veut être sûr de la reconnaître partout où elle se présente. Je l'ai vue générale dans un cas (obs. 3). Le foie, qui pesait 5 kilogr., était envahi par des cancers si nombreux et d'un tel volume, que le peu de tissu hépatique interposé entre eux était devenu exsangue, d'une couleur grise cendrée; les deux substances étaient confondues en une seule qui avait la consistance normale et ne laissait écouler aucune quantité de sang. Tels sont, en effet, les caractères de l'anémie hépatique. Le microscope ne laisse apercevoir aucune lésion appréciable dans la cellule. L'anémie partielle est beaucoup plus fréquente, et se montre sous forme de plaques plus ou moins étendues, irrégulières d'un jaune grisâtre, d'intensité variable; la substance rouge perd sa couleur et se confond avec la jaune, dont elle prend tout à fait la teinte, en sorte qu'il devient difficile de les distinguer l'une de l'autre.

2° Inflammation. Les congestions phlegmasiques sont beaucoup plus rares, même autour des masses cancéreuses, qu'on serait tenté de le supposer. J'ai été témoin de plusieurs cas de cancer dont je parlerai plus loin, et dont la marche a été suraiguë et accompagnée d'une fièvre continue exacerbante. On aurait pu croire que des hyperémies se seraient développées autour des produits morbides ramollis; il n'en était rien; point de suppuration ni de ramollissement du tissu hépatique; des congestions partielles, des hémorrhagies interstitielles, voilà tout ce que l'on rencontre dans le foie profondément désorganisé. Cependant certaines rougeurs partielles, tantôt brunâtres, tantôt d'une teinte assez claire, occupant les deux substances, la rouge particulièrement, et résistant au lavage à grande eau, me paraissent appartenir à des hépatites.

commençantes; ce cas est rare. Il en est des cancers du foie comme les tubercules pulmonaires, on voit le plus souvent autour d'eux le tissu pulmonaire conserver toute son intégrité; le tissu hépatique se trouve dans les mêmes conditions.

3° *Hémorrhagies*. La forme la plus commune consiste dans des plaques, en général peu étendues, d'apoplexie du tissu hépatique. Les points occupés par cette lésion sont d'un rouge-brun. Tantôt des stries, des sortes de circonvolutions noirâtres, se dessinent au milieu de la substance rouge principalement affectée, tantôt des plaques noirâtres, de dimension variable, qui comprennent les deux substances. Rien ne peut enlever le sang ainsi combiné avec le tissu glandulaire, dont la consistance est accrue.

L'épanchement sanguin au milieu des tumeurs cancéreuses ramollies a été trop souvent mentionné par tous les auteurs pour que je m'y arrête. J'ai observé un cas dans lequel un cancer encéphaloïde du volume du poing avait envahi le lobe gauche en totalité et avait fini par s'ouvrir à la partie supérieure et convexe de ce lobe. La mort a été instantanée, par suite d'un épanchement sanguin considérable qui s'était effectué en partie dans l'abdomen, en partie dans une poche cancéreuse creusée aux dépens des masses ganglionnaires rétropéritonéales. Le cancer avait fait irruption aussi dans les veines mésentériques.

Un autre cas plus curieux d'hémorrhagie à foyer multiple, et qu'on aurait pu prendre pour un fungus hématode, s'est présenté dans mon observation (obs. 6). Un homme âgé de 41 ans, malade depuis six semaines au plus, offre, à son entrée à l'hôpital Necker (17 juillet 1854), tous les signes d'une maladie cancéreuse des ganglions du mésentère, et de ceux qui entourent le pancréas, le duodénum et le jéjunum. On trouve, en effet, dans ces points un effreux cancer encéphaloïde en détrit; la même matière dans le lobe droit du foie; dans le lobe gauche, huit à dix tumeurs, dont quelques-unes du volume d'un œuf, charnues et infiltrées par un sang noir, épais, qui s'en écoule par la pression. A l'aide du lavage, on les décolore un peu, et alors elles ressemblent à des masses fibrineuses fermes et résistantes; elles sont toutes assez régulièrement arrondies, rougeâtres, placées à nu dans le parenchyme du foie, dont le tissu sain n'a fait que s'écarter et se con-

denser un peu pour les recevoir. On les énuclée facilement avec les doigts, et l'on peut s'assurer ainsi que le foie n'a subi aucune espèce d'altération. Ces tumeurs, rougeâtres, semblables à du tissu érectile, n'étaient composées que de fibrine que l'on parvenait à obtenir pure, décolorée, avec ses formes caractéristiques, en la lavant avec un filet d'eau. L'examen microscopique ne m'a laissé apercevoir que de la fibrine sous forme fibrillaire feutrée et entrecroisée, telle que je l'ai décrite dans mon mémoire. Je n'ai trouvé dans les points occupés par l'hémorrhagie aucune trace de cancer, ailleurs il existait des noyaux et des cellules fusiformes. Quelque soin que j'aie mis à rechercher les éléments propres du cancer au milieu de ces caillots sanguins, je n'ai pu parvenir à les y retrouver. Je ne veux pas en nier l'existence d'une manière absolue ; mais je suis porté à croire que, s'il s'en est déposé une petite quantité au milieu du foie, cette formation n'a pas été la cause de l'hémorrhagie considérable dont l'autopsie a montré le reliquat. Jamais le caillot sanguin n'aurait pu subir la dégénérescence cancéreuse ; nous sommes loin du temps où l'on soutenait que telle pouvait être l'origine des produits hétérologues et homologues.

Il est impossible de confondre cette lésion avec le cancer qu'on a appelé hématode. Il n'existait aucun lien vasculaire entre la masse rougeâtre fibrineuse et le tissu ambiant, et d'ailleurs la partie liquide du sang était retenue dans les mailles d'une fibrine qui ne ressemblait en rien à des vaisseaux.

4^o Dégénérescence graisseuse. J'ai trouvé cette altération générale une seule fois et quatre fois partielle. Dans le premier cas, la décoloration du foie n'était pas complète, ni au même degré partout. On aurait pu croire, au premier abord, que l'organe était simplement cirrhosé, mais les caractères extérieurs et microscopiques ne laissent pas de doute sur la transformation graisseuse. En effet, le tissu altéré de la sorte, soit en partie, soit en totalité, offre une couleur jaunâtre, feuille morte, assez semblable à celle des muscles qui s'atrophient. Ce qui fait reconnaître principalement cette lésion, c'est la mollesse extrême des parties dégénérées, qui cèdent facilement sous le doigt, s'affaissent sans laisser couler de sang, et donnent seulement une sérosité onctueuse, dans laquelle le microscope et les réactifs montrent une quantité énorme de graisse.

liquide. On trouve aussi que la cellule hépatique est pleine de globules et de granules de graisse, qui empêchent d'apercevoir le noyau, ordinairement si distinct, de la cellule.

Je suis porté à rapprocher de la lésion précédente, c'est-à-dire à considérer comme un effet de la dégénérescence graisseuse partielle, le travail morbide que subissent certaines tumeurs réputées cancéreuses. Celles qui ne m'ont présenté que de la matière grasse, de la cholestérine et de la substance colorante jaune, étaient formées par une matière blanchâtre, molle, grasse au toucher, non vasculaire, se délayant facilement dans l'eau, sans s'y dissoudre, et donnant par l'éther une très-grande proportion de graisse. J'ai vu, dans deux cas, toutes les tumeurs cancéreuses ainsi constituées, quelques noyaux fort douteux, nulle part de cellules ni de tissu pro-plastique.

5° *Cirrhose*. La coexistence de cette altération avec le cancer est assez rare, et dans les cas où elle se manifeste en même temps que l'ascite, on peut se demander si elle ne contribue pas plus à la production de l'hydropisie que la compression exercée sur les vaisseaux par la tumeur organique. J'ai rencontré la cirrhose avec ou sans lésion de la capsule de Glisson. Quand cette membrane est affectée, on découvre sur la face convexe et concave du foie, principalement sur la première, des plaques blanchâtres ou des lignes formant des cloisons résistantes, un peu déprimées, qui font paraître le tissu hépatique bosselé, comme dans certaine forme de cirrhose.

6° La *capsule propre du foie* peut être aussi altérée isolément ou au même temps que le péritoine péri-hépatique. Cette dernière altération, beaucoup plus commune que les précédentes, consiste dans une phlegmasie partielle, à la suite de laquelle la séreuse s'épaissit, devient blanchâtre, et contracte des adhérences si intimes avec la capsule propre du foie, qu'on ne peut les détacher l'une de l'autre. Il en résulte des taches blanches, opalescentes, qui rappellent les plaques du péricarde. Quelquefois un tissu vasculaire de nouvelle formation se dessine sous forme d'arborisation et se développe dans la tunique séreuse enflammée chroniquement.

On peut suivre l'épaississement de la capsule de Glisson autour de certains cancers du foie et dans la cirrhose concomitante partielle ou générale. J'ai vu cette double altération chez un malade (obs. 1)

dont le péritoine s'était rempli de sérosité, sans que les veines porte et cave fussent comprimées.

La lésion de la membrane propre du foie et du péritoine a fait croire à quelques auteurs qu'il y avait retrait de la substance hépatique et tendance à la guérison du cancer, si ce n'est même guérison de cette maladie, réputée avec juste raison au-dessus des ressources de l'art. Rien n'autorise à considérer cette opinion comme déduite d'une interprétation rigoureuse des faits. Dans ceux que j'ai observés, les plaques blanches hépatiques m'ont paru tout à fait indépendantes de la syphilis constitutionnelle (voyez sur ce sujet les travaux de MM. Dittrich, *Altération syphilitique du foie*, Prag. Vierteljahrs., 1850; Gubler, *Mémoire sur l'infiltration plastique du foie*, Gazette médicale, 1852-1854).

Lésions des conduits biliaires. Lorsque le cancer débute par le foie, et qu'il n'altère pas la texture de la vésicule biliaire, les conduits hépatiques échappent pendant longtemps à la maladie. Il n'en est plus de même, quand le cancer a débuté par la vésicule ou par les ganglions mésentériques situés dans le repli gastro-hépatique, près le pylore et dans les ganglions péri-pancréatiques. Dans ces différents cas, dont je possède plusieurs observations, la tumeur ayant envahi, dès le début et de très-bonne heure, un ou plusieurs des trois conduits principaux de la bile, celle-ci reflue et dilate fortement les canaux hépatiques. Ceux de la face inférieure sont agrandis, leurs parois sont distendues et amincies dans quelques points et renferment un mucus puriforme ou verdâtre, bilieux ou transparent.

J'ai souvent étudié l'état des veines porte et hépatique, et je n'ai trouvé aucune lésion manifeste, excepté dans le cas où le cancer avait pénétré dans les vaisseaux. La phlébite est aussi rare dans le cancer hépatique qu'elle l'est dans la phthisie pulmonaire.

Toutes les autres altérations du foie sont trop connues pour que j'en reproduise l'énumération; j'insisterai seulement sur les particularités suivantes. Dans le cancer primitivement développé au milieu du foie, cet organe reste ordinairement libre d'adhérence avec le diaphragme; mais il change de connexion, sa face supérieure se dirige en avant. Quand il acquiert un grand volume, le développement des ganglions mésentériques, devenus cancéreux, ne tarde pas à lui faire contracter des adhérences avec l'estomac, le pancréas,

et le duodénum. Il en est de même, à plus forte raison, lorsque le foie est envahi par un cancer de l'estomac ou qu'il succède à celui que Lobstein a désigné sous le nom de *rétro-péritonéal*; on voit alors la tumeur se développer d'abord au niveau du repli gastrophépatique, et profondément dans l'épigastre. Cette différence dans le mode d'évolution du cancer est un fait clinique de la plus haute importance, parce qu'il peut mettre sur la voie du diagnostic, et même reconnaître, même pendant la vie, si le cancer du foie est primitif ou consécutif.

Les ganglions mésentériques s'hypertrophient, sans subir la dégénérescence cancéreuse, dans quelques cas rares (obs. 4); ordinairement ils participent de bonne heure à la maladie, et forment les masses rétro-péritonéales que l'on trouve sur la colonne vertébrale, au niveau du pancréas. Excepté dans un cas (obs. 11), cet organe était resté étranger à l'affection organique, et quand il semblait y prendre part, une dissection attentive ne tardait pas à montrer que les ganglions ou les tissus voisins en étaient le siège.

L'extension du cancer s'est faite de deux manières différentes dans les 20 cas qui me sont passés sous les yeux : 1^o *par continuité de tissu*, et alors, entre le cancer du foie et celui de l'estomac ou du duodénum, j'ai toujours trouvé l'espace intermédiaire occupé par des lésions de même nature ; 2^o *par simultanéité de développement*, comme lorsque j'ai rencontré du cancer, d'une part, dans le foie, et d'autre part, dans un ou deux poumons, dans les membranes de l'estomac ou du pylore, dans le pancréas, dans que les tissus placés entre les deux lésions y participassent en aucune manière. Ce dernier mode se voit beaucoup plus rarement que le premier. Il semble que le cancer du foie, lié, comme celui des autres parties du corps, à un état diathésique général, n'est souvent que l'effet de l'intensité croissante d'une cause spécifique qui a agi d'abord sur un ou plusieurs tissus voisins.

Le péritoine présente fréquemment, sur plusieurs points souvent éloignés de l'organe malade, de la rougeur inflammatoire et des fausses membranes. C'est surtout quand l'abdomen contient de la sérosité qu'on observe ces traces d'une phlegmasie qui s'est développée dans les derniers jours; elle est presque toujours parcellulaire, à moins qu'il n'ait existé quelque complication.

J'ai toujours examiné avec le plus grand soin la rate, dont les

fonctions probables sont liées à celles du foie ; je l'ai trouvée très-rarement malade, même dans les cas d'ascite et de gêne de la circulation de la veine porte : elle était ordinairement petite et de consistance tout à fait naturelle.

Pour terminer ce qui concerne l'anatomie pathologique, je citerai un exemple de mélanose qui pouvait en imposer pour un cancer hépatique. Un malade, âgé de 60 ans, qui était entré à l'hôpital Necker pour une hémorrhagie cérébrale légère, mourut après avoir offert quelques signes de maladie du foie, bien différents de ceux qui font soupçonner l'existence du cancer. Le volume du foie était normal et son tissu plein de granulations miliaires rougeâtres saillantes, arrondies, tranchant par leur couleur sur le tissu jaune ; le lavage diminuait, mais n'enlevait pas la coloration morbide. Dans le lobe droit, les granulations étaient plus noires et ressemblaient par leur volume et leur couleur, à des grains de raisin de Corinthe que l'on détachait assez facilement par le grattage avec le scalpel. L'acide acétique et l'ammoniaque en opéraient presque entièrement la dissolution ; le microscope faisait apercevoir dans la substance propre du foie une quantité énorme de granulations noires non encellulées ; quelques cellules hépatiques en contenaient aussi ; nulle part de cellules ni de noyaux cancéreux. Les cas de ce genre ont passé pendant longtemps pour des cancers mélaniques : ils ne ressemblent en rien au cancer.

Causes. — La coïncidence dans quatre cas des tubercules pulmonaires à différents degrés de développement avec le cancer du foie prouve, ainsi qu'on l'a amplement établi, que les deux diathèses, loin de se repousser, peuvent très-bien marcher ensemble. Sur quatorze cas, le cancer, avant de gagner la glande hépatique, avait déjà occupé les os des deux membres supérieurs une fois, l'œil une fois, la glande mammaire une autre fois, etc. Dans ce dernier cas, la malade, âgée de 46 ans, et encore réglée, avait été heureusement délivrée d'un cancer du sein vingt ans avant l'apparition de la maladie du foie.

Le sujet le plus jeune n'avait que 21 ans, et le mal était exclusivement limité à la glande biliaire. Un autre homme, âgé de 28 ans, avait eu un cancer de l'œil à 26 ans ; celui du foie ne s'était développé que deux ans après. On sait que le cancer intestinal se montre

rès-rarement avant trente ans. Deux malades étaient âgés l'un de 6, l'autre de 38 ans; le maximum de fréquence du mal a été de 0 à 50.

On croit trop généralement que l'invasion du cancer est précédée d'une altération notable de la santé et de tous les symptômes d'une cachexie qu'il est impossible de rattacher encore à la maladie d'un organe ou d'un système. Je n'ai rien trouvé de pareil chez les sujets affectés de cancer primitif du foie; plus de la moitié offraient les apparences d'une excellente constitution, et conservaient même de l'embonpoint au moment où ils ont été saisis par les premiers symptômes du mal. Au lieu de cette teinte anémique, de cette expression de souffrance si commune dans les diathèses qui préparent l'explosion d'une maladie locale, et que l'on pourrait s'attendre à rencontrer, je n'ai observé que les signes locaux de la maladie lorsqu'elle était déjà constituée.

Symptômes. — Ceux qui, par leur importance et leur prompt apparition, méritent d'occuper la première place ont leur siège dans l'appareil digestif; ils consistent : 1° dans les nausées, les vomiturations et les vomissements; 2° les troubles de l'appétit et de la soif; 3° le hoquet; 4° la nature et le nombre des selles.

Dès le début, avant toute autre manifestation morbide, et sans qu'on puisse encore soupçonner le développement du cancer, les malades ont une ou plusieurs indigestions qui attirent d'autant plus leur attention qu'habituellement ils digèrent très-bien, excepté dans le cas où le cancer hépatique est consécutif; nous nous occuperons plus loin de ce mode de développement. Les vomissements reviennent ensuite à des intervalles plus ou moins rapprochés; quelquefois ils constituent pendant longtemps le seul signe de la maladie (obs. 3). En général, plus rapprochés au début qu'à la fin, ils constituent un symptôme très-pénible pour le malade, et qu'il est d'ailleurs fort difficile de faire cesser par le traitement.

Les matières vomies se composent presque toujours des aliments, des boissons, de mucus gastrique, et souvent aussi de bile verdâtre ou jaune, mêlée aux liqueurs précédentes. On pourrait croire, *a priori*, que l'hématémèse ne doit pas être rare dans une maladie qui cause de la gêne dans la circulation de la veine porte intesti-

nale ; cependant une seule fois cette hémorrhagie s'est manifestée et le sujet chez lequel elle existait avait un cancer gastrique.

Les *nausées*, par leur fréquence extrême, leur durée, leur retour incessant lorsqu'on les croyait dissipées, fatiguent beaucoup les malades ; ils s'en plaignent sans cesse, les considèrent comme la cause de l'anorexie, et cherchent à s'en délivrer par tous les moyens possibles. Ils attribuent la nausée, le vomissement et les vomiturations, au goût insupportable qu'ils ont dans la bouche.

Les nausées s'accompagnent ordinairement de vomiturations ; celles-ci reviennent spontanément ou sont provoquées par le goût des boissons, qu'il faut changer sans cesse, ou des aliments, ou enfin par les odeurs les plus agréables ou les plus insignifiantes.

On ne saurait croire, quand on n'a pas porté son attention sur ces trois symptômes et surtout sur les deux premiers, combien ils sont constants, quoique d'une intensité variable, et précieux pour le diagnostic ; on ne saurait les attribuer à la lésion de l'estomac, du pylore ou du duodénum, puisque je les ai trouvés dans le cancer simple et primitif du foie.

La dépravation du goût et l'anorexie se sont présentées à mon observation avec tant de fréquence, et des caractères si distinctifs que je les regarde comme des indices très-sûrs de la maladie cancéreuse à toutes ses périodes. Dès le début, la perte d'appétit est presque complète, et loin de réclamer du médecin des aliments comme dans la plupart des affections, les malades ne les prennent qu'avec une répugnance extrême ou les repoussent complètement. C'est en vain qu'on les change et qu'on imagine des préparations culinaires succulentes ; ils leur trouvent un goût fade, amer, ou plus affreux encore ; ils attribuent cette anorexie aux enduits de la langue, à l'amertume, à la sécheresse qu'ils éprouvent dans la cavité buccale et dans le pharynx, aux matières incessamment vomies. Sans doute ces causes assez nombreuses y prennent une certaine part ; mais souvent la perversion seule du goût, sympathique de la lésion du foie, en est la véritable origine. La sensibilité spéciale de la langue et de l'arrière-bouche se trouve altérée par la maladie. Il est fort possible que le trouble des facultés olfactives participe à la production de ces symptômes ; car des relations sympathiques fort singulières, mais bien démontrées, existent entre le foie et l'organe de l'olfaction. Jamais l'appétit n'est resté conservé.

Le hoquet, phénomène beaucoup plus rare que les précédents, se montre ordinairement qu'à une période avancée ; je l'ai vu iniâtre, fatigant, persister pendant plusieurs jours dans des cas où le volume du foie avait pris des proportions considérables.

La *langue*, nette et naturelle, plus souvent chargée d'écarts muqueux, blancs, quelquefois jaunâtres, très-acides, n'offre aucune rougeur à la pointe. Quelquefois les papilles de l'extrémité sont saillies, et tranchent, par leur couleur rouge, sur l'enduit blanc jaunâtre environnant. La langue acquiert une sécheresse très-grande vers la fin.

La *soif*, nulle et en général variable au commencement, devient très-vive dans les derniers temps de la maladie. Toutes les boissons dégoûtent, et il faut les changer tous les jours pour plaire au malade.

Les *selles* sont, en général, naturelles ou plus rares que dans l'état de santé. Les matières des évacuations alvines ne s'écartent pas, du moins le plus ordinairement, ainsi que je m'en suis assuré, de ce qu'elles sont dans les autres maladies. La bile verte ou jaune les colore le plus souvent ; à moins de complications ; leur teinte blanche ou grisâtre annonce une lésion concomitante de l'appareil excréteur presque à coup sûr. Dans la dernière période, la diarrhée, très-fréquente, est due aux divers médicaments employés, bien plus qu'aux progrès de la maladie. Les selles renferment rarement une quantité notable de sang ; une seule fois, elles étaient noires, comparables à celles qui existent dans le cancer de l'intestin, et, en ce cas, cette lésion avait envahi l'estomac. Deux autres fois, le sang était rutilant, et j'ai lieu de croire qu'il provenait d'hémorroïdes internes ou de la partie inférieure du rectum. Ainsi la gêne et l'obstruction que l'on a longtemps admises dans les vaisseaux de la veine porte ventrale, et que j'ai dit être très-rares, ne donnent pas lieu à l'écoulement du sang ; elles aboutissent plutôt à la formation d'un œdème ou d'un œdème des membres inférieurs. D'ailleurs j'ai montré qu'à l'aide d'injections, on acquerrait la certitude que l'imperméabilité du foie au sang était un effet assez rare de l'altération de ce viscère. L'urine, peu abondante, d'un rouge foncé, chargée de matières colorantes rouges, de sels qui se précipitent par le refroidissement, rarement de mucus, ne m'a jamais offert de traces de sang dans tous les cas où j'ai recherché ce principe.

Volume du foie. Il ne peut être exactement limité qu'à l'aide de la percussion. Il ne faut donc jamais négliger de rechercher, par ce moyen, les dimensions exactes de la glande hépatique; elles sont presque toujours accrues, et fournissent ainsi des signes précieux pour le diagnostic. Je ne l'ai jamais rencontré plus petit que dans l'état normal, même dans les cas où il existait de la cirrhose dans les portions cancéreuses. Ordinairement l'augmentation de volume porte sur les deux lobes; mais elle devient plus promptement manifeste dans le lobe gauche, qui descend alors dans l'épigastre, et borde la ligne médiane de 7 à 8 centimètres, et fait une saillie lisse et arrondie à l'épigastre. On ne saurait imaginer, quand on ne l'a pas vue, la rapidité avec laquelle le foie peut grossir, dans la forme aiguë et rapidement mortelle du cancer. Je rapporterai plus tard l'observation de deux sujets chez lesquels le foie augmentait chaque jour de volume d'une manière assez sensible pour que l'on pût l'apercevoir au moyen du toucher et de la percussion. En pareil cas, l'épigastre se tuméfie dès le début, et une voussure partant de ce point ne tarde pas à comprendre l'hypochondre, le flanc, et toute la région sus et péri-ombilicale. Je ne connais que le cancer capable de produire aussi vite une pareille déformation. Les bosselures et les inégalités de la surface forment des tumeurs qui doivent être recherchées avec soin, parce qu'elles constituent un excellent signe de cancer; cependant, comme elles manquent souvent, il ne faut pas s'en exagérer la valeur.

Du reste, nous conseillons au praticien, lorsqu'il ne trouve encore aucune augmentation de volume par la palpation, de continuer avec soin et de mesurer les matités sur les lignes mammaire, axillaire et scapulaire (voyez mon travail sur la cirrhose); il découvrira alors que le foie remonte beaucoup plus haut que dans l'état normal lorsque le cancer, au lieu de se développer sur la face inférieure, fait saillie du côté du diaphragme. En même temps le côté droit du thorax et l'hypochondre sont moins mobiles et sont bombés d'une manière très-sensible, sans qu'il y ait d'adhérence entre le foie et le diaphragme. La voussure se manifeste aussi à la partie postérieure droite de la poitrine, au-dessous du scapulum; il ne faut jamais négliger de la rechercher; elle était fort prononcée dans deux de mes observations dès le début, et en rapport avec le siège plus spécial du cancer.

Dans les cas de matité énorme, on trouve une diminution

table de la vibration thoracique, parce que le poumon est refoulé par le foie, qui prend sa place. Ordinairement il se développe et s'étend du côté de la cavité abdominale; lorsqu'il acquiert de grandes dimensions, il change de rapport, se retourne de manière que sa face supérieure se trouve en contact avec la paroi abdominale, tandis que la face inférieure regarde en arrière et appuie sur la colonne vertébrale, l'estomac et le duodénum.

Douleurs hépatiques. La douleur, dont le siège, l'intensité et la durée, varient singulièrement, n'en constitue pas moins un des meilleurs signes de l'affection cancéreuse; elle a très-rarement manqué dans mes vingt observations. Son *siège* le plus habituel est l'épigastre et la partie de l'hypochondre droit qui se continue avec cette région; vient ensuite la douleur de l'hypochondre droit et des parties postérieures droites de la poitrine. Elle s'est montrée également : *A.* derrière les cartilages sterno-costaux (obs. 3); *B.* au niveau des dernières vertèbres dorsales, et alors presque toujours le cancer avait envahi les ganglions mésentériques; *C.* dans toute l'épaule et le bras droit (obs. 3); *D.* elle s'étendait à gauche, dans deux cas seulement.

Les douleurs hépatiques sont très-souvent spontanées, et chez presque tous provoquées et accrues par la pression; chez d'autres, la marche, et surtout le décubitus latéral gauche, ne manquent pas de l'exciter. La pression opérée en différents points, surtout à l'épigastre, est suivie d'une douleur qui souvent ne serait pas soupçonnée, si on n'avait pas recours à ce genre d'exploration. En appuyant sur la paroi abdominale avec les deux mains, on développe parfois une douleur soit vers les attaches du diaphragme, soit dans l'hypochondre. Sur cinq malades, les mouvements de la respiration provoquaient une douleur profonde, obscure, ou assez forte pour troubler le jeu des puissances inspiratrices; dans un de ces cas, j'ai senti avec la main un frottement lointain qui était dû à une péritonite sus-hépatique partielle.

L'intensité de la douleur hépatique est fort variable; il ne faut pas tendre à la trouver toujours lancinante, comme on l'a dit. Cependant elle était telle dans quatre cas, et semblable à un tortillement constant; dans deux autres, obscure, sourde, et augmentant à la pression; dans presque tous.

Le caractère le plus constant, et que je signale à l'attention, est

l'accroissement de la douleur lorsqu'elle est continue, ou sa manifestation franchement intermittente à certaines heures, et spécialement le soir, ou pendant la nuit lorsque la fièvre redouble, et que le paroxysme exacerbant ou intermittent des symptômes se développe.

Ictère. Symptôme très-variable et très-incertain du cancer hépatique, la coloration jaune de la peau manque presque aussi souvent qu'elle existe. Il faut la distinguer de la teinte anémique, qui survient plus souvent qu'elle. L'ictère est rarement initial; il se montre d'ordinaire à une époque avancée de la maladie, et dans tous les cas après les douleurs et le trouble de la digestion. Dans les dix observations rapportées par M. Andral (*Clinique*, p. 497, t. II) l'ictère existait six fois.

Heyfelder (*Cancer du foie*, in *Arch. gén. de méd.*, p. 443; 1839) et M. Cruveilhier attribuent ce symptôme à la compression des conduits biliaires par les tumeurs cancéreuses. Cette cause est incontestable dans les cancers qui se développent sur le trajet des canaux hépatique, cystique et cholédoque; mais il n'en est plus de même quand la lésion ne fait que se montrer dans le voisinage des canicules hépatiques, à l'intérieur du foie. Rien alors n'est plus variable que l'ictère. Il paraît se lier, dans ce cas, à un simple trouble de la sécrétion biliaire, et non à la gêne mécanique que le bile éprouve dans sa circulation. D'ailleurs l'anatomie nous apprend que les canalicules biliaires communiquent très-facilement entre eux et que la dilatation qu'ils devraient présenter, s'ils étaient comprimés, est un fait assez rare. Pourquoi l'ictère ne tiendrait-il pas à un simple trouble de la fonction sécrétoire, puisque nous voyons qu'il en est ainsi dans l'hyperémie, l'hémorrhagie et la phlegmasie du foie? Il est rare au contraire dans la cirrhose, où l'induration est considérable.

La sympathie que les auteurs ont dit exister entre le foie et la peau ne s'est révélée par aucun symptôme particulier dans vingt cas. Aucune éruption cutanée n'a eu lieu; on ne peut considérer comme un phénomène de ce genre les ecchymoses, dont la cause doit être cherchée ailleurs.

Trouble de la circulation. Après les symptômes locaux de l'affection cancéreuse, je n'en connais pas de meilleurs que ceux qui sont fournis par la circulation générale. La maladie n'est point accompagnée de fièvre à son début ni pendant sa première période.

mais il est extrêmement rare que, dans le cours de l'affection, on ne finisse pas, en observant bien, par découvrir un mouvement fébrile soit continu et exacerbant, soit intermittent. Voici les différentes formes que présente cette fièvre symptomatique : ordinairement, le soir ou pendant la nuit, le malade éprouve de la céphalalgie, du malaise, une chaleur générale précédée ou non de frisson court, erratique, léger, ou d'un refroidissement à peine sensible, s'il est au lit ; la peau reste chaude la plus grande partie de la nuit, et un peu de sueur ou de moiteur se déclare le matin. Ces accès fébriles ont lieu tous les jours une fois, plus rarement deux fois ; ils sont exacerbants et entés sur une fièvre continue, tantôt légère, tantôt intense. Le pouls est à 84, 100, 112. J'ai vu, pendant dix jours, chez une malade, la fièvre offrir tous les caractères de l'intermittence avec les trois stades de frisson, chaleur et sueur.

Il faut, pour constater le mouvement fébrile, interroger spécialement les malades sur ce point, ou, mieux encore, les visiter dans la soirée. Du reste le malaise et les douleurs qu'ils éprouvent le soir, le gonflement du ventre, la moiteur ou la sueur que l'on trouve à la peau le matin, témoignent positivement de l'accroissement des symptômes fébriles à certaines heures. En lisant avec quelque attention les faits de cancers publiés par les auteurs, on trouve indiquée, quoique vaguement, la fièvre rémittente comme symptôme du mal.

Le caractère du pouls est très-variable ; ordinairement peu développé et faible, il prend plus de résistance au moment des accès fébriles. On serait fort embarrassé d'expliquer les exacerbations fébriles qu'occasionne le cancer du foie. La phlegmasie, la congestion, la suppuration, le cancer de cet organe, s'accompagnent de ce même mouvement fébrile ; cette diversité de lésion porte à croire que c'est à la fonction de l'organe, bien plus qu'à la nature même des désordres, qu'il faut rapporter le type de la fièvre.

La *respiration*, libre et normale dans la majorité des cas, offre une accélération marquée : 1° lorsque la tumeur hépatique prend un grand volume et gêne les mouvements du diaphragme, lorsqu'il s'établit une péritonite diaphragmatique et des adhérences intimes entre celui-ci et le foie. C'est dans les cas de ce genre qu'il se produit un bruit de craquement, qui est dû au frottement des fausses membranes ; un malade avait la sensation de ce ottement. L'auscultation permet, quoique moins exactement que la percussion, de poser la limite supérieure du foie. Quelques au-

teurs ont prétendu que des rhonchus sous-crépitants se faisaient entendre à la base du poumon droit; en admettant que ce bruit soit plus fréquent dans cette affection que dans d'autres, ce que je nie formellement, il ne doit être considéré que comme un épiphénomène variable, de nulle valeur, qui ne survient qu'à la fin de l'affection cancéreuse, et de toutes les maladies du foie et même des autres organes.

La dyspnée marque ordinairement un degré avancé du cancer; cependant je l'ai vue, sur deux sujets, se montrer sous forme d'attaques nocturnes, et l'autopsie n'a révélé aucune altération spéciale. Le plus ordinairement, elle annonce quelque complication pectorale survenue dans la période ultime du mal.

Hémorrhagies. J'ai cherché à établir, dans un travail sur les hémorrhagies produites par les maladies du foie, que l'altération profonde que subit l'hématose, quand cet organe est lésé, suffit pour amener un écoulement sanguin par différentes voies. C'est ainsi que j'ai eu occasion de voir, dans un cas de cancer aigu, les jambes présenter de petites pétéchies; M. Andral les a également observées sur un malade dont il rapporte l'histoire (*Clin. méd.* p. 511). Ordinairement c'est par le nez ou par les gencives que se fait un suintement sanguin peu abondant, qui ne se reproduit qu'une ou deux fois au plus.

Je ne ferai maintenant que signaler les symptômes suivants dont la valeur est moindre: sous le nom de teinte cachectique, on désigne souvent la teinte pâle anémique qui se répand insensiblement sur tout le tégument externe des cancéreux, longtemps avant que des symptômes bien déterminés indiquent l'organe affecté. Le visage conserve son expression naturelle; l'intelligence, le sommeil, l'embonpoint, restent intacts jusqu'à une époque assez avancée du cancer. Alors la figure se grippe, s'altère; souvent l'amaigrissement se fait rapidement et arrive à un degré extrême. Dans la forme aiguë du cancer, le malade, qui se voit mourir, et jouit de la plénitude de son intelligence, est pris de jactitation, de douleurs vives au foie, de dyspnée, et meurt subitement.

Ascite et œdème des membres inférieurs. Considérée, dès les temps les plus anciens, par l'école d'Alexandrie, par Érasistrate, par Galien, comme le meilleur signe des engorgements du foie, l'hydropisie se montre en effet dans un grand nombre de cancers hépatiques, sans qu'on puisse indiquer la cause qui la provoque.

ans tous les cas. Sans doute l'idée d'un obstacle mécanique à la libre circulation du sang dans la veine porte hépatique, et par suite dans la ventrale, a dû s'offrir naturellement à l'esprit des observateurs ; telle est la cause à laquelle on aime à rapporter l'ascite. Cependant le doute est permis, du moins dans un certain nombre de cas : je possède plusieurs faits, qui sont d'ailleurs en tout semblables à ceux que d'autres auteurs ont recueillis, dans lesquels le cancer était si volumineux, et situé de telle manière, qu'il était impossible de ne pas croire à la compression des vaisseaux, et cependant aucune hydropisie n'a paru ; dans d'autres, où les cancers étaient plus petits et disséminés dans le parenchyme hépatique, l'hydropisie n'en a pas moins pris naissance. On est donc contraint de supposer que l'épanchement séreux ne reconnaît pas toujours pour cause unique la compression des vaisseaux. M. Cruveilhier l'attribue à l'irritation du péritoine, et je crois qu'en effet l'irritation sécrétoire de cette membrane en est l'origine, dans un certain nombre de cas seulement ; dans d'autres, dont j'ai cité quelques exemples, le retrait de la substance hépatique, la cirrhose, excitent la production de l'hydropisie. Je crois enfin que la dégénérescence cancéreuse, plus commune qu'on ne l'a supposé jusqu'à ce jour, doit engendrer un certain nombre d'ascites. Je ne suis pas éloigné d'attribuer aussi à l'altération du sang une certaine part dans la production de cette hydropisie ; elle cause bien les épistaxis et d'autres hémorrhagies.

L'ascite ne se montre ordinairement qu'assez tard et lorsque le volume du foie est sensiblement accru ; elle paraît de très-bonne heure et avant tous les autres symptômes, les troubles gastriques exceptés, chez les malades atteints du cancer rétro-péritonéal que j'ai décrit plus loin. Les masses du tissu hétérologue, qui envahissent le mésentère d'abord et ne s'étendent que consécutivement en avant dans le foie, restent souvent latentes jusqu'au moment où elles atteignent les branches principales de la veine porte ; c'est alors que se fait la collection séreuse du péritoine. Au contraire, dans le cancer primitif du foie, tous les symptômes de cette affection précèdent l'ascite.

L'œdème des membres inférieurs, qui suit ordinairement l'hydropéritonie, n'est pas un signe de cancer hépatique, ou du moins, s'il figure parmi ses symptômes, c'est parce que le cancer a envahi les ganglions mésentériques, le repli gastro-hépatique, et que la tu-

meur plus ou moins considérable formée de ces éléments divers comprime la veine cave inférieure. Cette situation particulière du cancer est donc assez bien indiquée par le développement de des hydropisies. L'ascite, en pareil cas, est précédée du développement d'une circulation supplémentaire, qu'il ne faut jamais négliger rechercher; les vaisseaux les plus ténus de la paroi du ventre et les branches principales des veines se dilatent de bonne heure.

Marche, durée, terminaison. — On regarde trop généralement le cancer hépatique comme une affection essentiellement chronique; les faits que j'ai observés en donnent une tout autre idée. Il suffit de les parcourir pour se convaincre que le mal affecte deux manières d'être différentes: tantôt il marche comme une affection aiguë, tantôt comme une lésion chronique. Les cas du premier genre sont même plus communs que les seconds. J'ai vu une malade succomber au 20^e jour, à partir du début; d'autres, au 50^e au 60^e jour. Je rapporterai un cas de ce genre, parce qu'il offre un tableau complet du cancer hépatique et des principales circonstances qui caractérisent la marche et l'évolution des symptômes.

Observation de cancer primitif du foie à marche aiguë. — Une femme âgée de 36 ans (Riboul.), bien réglée, d'une constitution robuste et athlétique, éprouve une forte émotion morale dont elle se remet difficilement. De retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique, tombe malade dix jours seulement avant son entrée à l'hôpital Necker qui eut lieu le 7 mars 1854. Il est impossible de faire remonter la maladie au delà de cette époque.

Elle éprouve d'abord tous les soirs, vers trois heures, un accès de fièvre marqué par du frisson, de la chaleur et de la sueur, qui continue pendant la nuit. Elle perd entièrement l'appétit et sent des tortillements douloureux au creux de l'estomac; la marche et la pression les augmentent. Elle ne cesse cependant de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 7 mars. Embonpoint prononcé, coloration rouge du visage; aucune fièvre dans la soirée. Au moment de la visite, pouls à 84; décubitus forcé sur le côté droit, tout autre amène une forte douleur; tuméfaction de l'épigastre et de l'hypochondre droit, où l'on sent une tumeur et où se manifeste une douleur vive que la pression augmente; peau chaude, inondée de sueurs, sans la moindre coloration jaune; céphalalgie nulle; le visage exprime la souffrance; l'intelligence est développée; langue blanche, chargée d'un enduit épais; soif vive, perte absolue de l'appétit, selles naturelles. Le foie, mesuré, présente une augmentation de volume considérable de volume (sur la ligne médiane, 17 centimètres; sur la ligne inférieure, 22). — Limonade; saignée de 4 palettes.

Le 8. La journée a été meilleure, moins d'anxiété; la douleur hépatique n'a que faiblement diminué à l'épigastre; elle enchaîne les mouvements du thorax, s'étend à l'épaule droite et dans le bras droit, où se sont montrés des mouvements convulsifs occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras. Même état des organes digestifs; soif toujours vive, vomiturations; peau chaude et moite pendant la nuit; urine sédimenteuse, sans matière colorante; épistaxis; syncope après la saignée, dont le caillot n'offre aucun rudiment de couenne. — Eau de Sedlitz, bouillon.

Le 9, dans la soirée, frisson léger suivi de chaleur et de sueurs; douleur dans l'épaule; pouls, 92; 40 respirat.

Les jours suivants, jusqu'au 12 mars, on observe, pendant le jour, un mouvement fébrile faible, redoublant pendant la nuit (104 à 120), suivi tantôt de moiteur, tantôt d'une forte sueur; respiration accélérée (28 à 32), bouche mauvaise, appétit nul, soif vive; les douleurs hépatiques s'accroissent et gagnent tout le ventre, l'épaule droite; les vomissements sont fréquents. Ce qui frappe surtout, dans l'évolution de la maladie, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour: on le trouve dans l'hypochondre gauche et vers l'épine iliaque droite; sa surface est inégale, bosselée. On entend quelques râles muqueux sous-crépitaux à la base des deux poumons, du droit particulièrement, qui est refoulé vers la cavité pectorale. La matière des selles provoquées par les purgatifs est fortement colorée par une bile jaune, qui paraît s'écouler librement par ses canaux propres.

Dans les trois derniers jours seulement de la vie, les sclérotiques se colorent très-faiblement en jaune; toute la peau offre en outre la teinte céméneuse; un peu de liquide s'épanche dans la cavité du ventre, les pieds et le bas de la jambe deviennent œdémateux; on voit des ecchymoses petites, peu nombreuses, sur les jambes; le visage s'altère, exprime la crainte, l'anxiété; jactitation causée par la dyspnée et le sentiment d'une fin prochaine, qui s'accomplit au milieu de l'intégrité la plus parfaite de l'intelligence (15 mars).

A l'autopsie, on trouve de la sérosité et des traces de péritonite récente dans la cavité du péritoine. Le foie, énorme, remplissant tout le ventre, bosselé, déformé; sa substance propre dégénérée, jaunâtre, réduite à peu de chose par la présence de la matière encéphaloïde, crue disséminée partout; ailleurs plusieurs apoplexies hépatiques de petite dimension. Les conduits biliaires et les vaisseaux sanguins du foie exempts de toute altération, ainsi que les ganglions, le pancréas, l'estomac et les intestins; rate triplée de volume, son tissu normal.

Il est impossible de rencontrer un cas de cancer hépatique plus simple, plus aigu, mieux limité, et dont les symptômes soient plus caractéristiques. On peut le considérer comme un type parfait de la maladie, lorsqu'elle est dégagée de toute complication et qu'elle ne dépasse pas les limites de l'appareil biliaire. Il faut reconnaître

que les cas de ce genre ne sont pas communs : presque toujours la souffrance d'un organe voisin vient troubler la marche du cancer hépatique.

Du cancer du foie consécutif. Le plus ordinairement, le foie n'est envahi que consécutivement par le cancer, développé d'abord dans l'estomac et les ganglions mésentériques ou le duodénum. La marche des accidents est toute différente, et il importe d'en prendre une idée exacte, si l'on veut arriver à un diagnostic qui n'est pas sans difficulté. Le cancer du foie marche avec promptitude et cause rapidement la mort des sujets, tandis que celui de l'estomac le laisse vivre assez longtemps. Je crois, d'après mes propres observations, que quand la matière cancéreuse est déposée en quantité notable dans le tissu hépatique, la mort ne tarde pas à survenir.

Dans le cancer du foie qui se développe après celui de l'estomac, on distingue deux périodes et deux ordres distincts de symptômes. Les phénomènes gastriques se manifestent d'abord, et consistent en troubles variés de la digestion : gêne, douleur épigastrique, gonflement du ventre après le repas ; nausées, vomiturations ; vomissements des aliments, quelquefois de matières noires. Si la tumeur cancéreuse devient manifeste, le diagnostic ne peut plus être douteux.

Dans la seconde période, le mal a envahi le tissu du foie, et avant même que l'organe ait sensiblement augmenté de volume, on peut reconnaître la propagation du mal aux symptômes suivants : frissons légers, erratiques, suivis d'un peu de chaleur nocturne ; d'accélération du pouls ; douleurs sourdes ou vives dans l'hypochondre, coloration jaune légère des sclérotiques et bientôt intense de toute la peau ; urines épaisses, sédimenteuses, d'un jaune rougeâtre ; gonflement du ventre, d'abord par des gaz, puis par un liquide séreux qui commence à s'y épancher, d'une manière obscure d'abord, et très-marquée plus tard. En observant bien le malade, il est rare qu'on ne constate pas l'existence d'un mouvement fébrile exacerbant avec ou sans sueur, des épistaxis de quelques gouttes et plus ou moins répétées. D'ailleurs, à cette époque, le foie acquiert un volume insolite dans son lobe gauche surtout, et la tumeur que forme celui-ci ne tarde pas à se confondre avec celle qui a son siège dans l'estomac ou le duodénum ; l'ictère, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs, viennent, par leur intensité croissante,

outer à la valeur diagnostique des premiers symptômes, et témoigner en faveur de la propagation du cancer au tissu hépatique.

Un autre mode d'invasion qui amène des changements essentiels dans la symptomatologie doit être signalé à l'attention des médecins. Le cancer a une très-grande tendance à se montrer dans les grandes lymphatiques du mésentère qui entourent l'hiatus de Winslow, le pancréas, et les vaisseaux qui se rendent de l'intestin au foie. On peut même dire que c'est là le siège d'élection du cancer abdominal ; lorsqu'on fait une dissection minutieuse des altérations, on voit que les cancers du pancréas, et même de l'extrémité pylorique de l'estomac et du duodénum, affectent presque exclusivement d'abord les glandes lymphatiques. Quel que soit le point de départ de production hétérologue, il arrive un moment où elle forme une tumeur que Lobstein a désignée sous le nom de cancer rétro-péritonéal, et qui devient très-manifeste dans la région épigastrique hypochondriaque droite.

Les symptômes qui précèdent le développement de la tumeur ou tout à l'abord l'apparition des signes qui révèlent l'existence de cette tumeur sont à peu près les mêmes que ceux que j'ai signalés plus haut. On observe d'abord des douleurs à l'épigastre ou plus profondément dans le dos et les lombes ; elles s'accompagnent de troubles de la digestion. On ne découvre d'abord aucune tumeur soit par la percussion, soit à l'aide de la palpation ; cependant une teinte ictérique, légère d'abord, puis intense, des nausées, des vomissements, un dégoût marqué pour tous les aliments, apparaissent. Le volume du foie, qu'on doit mesurer avec une rigueur extrême, n'est pas augmenté, et si l'ictère est devenu intense et général, on peut croire que le cancer s'est étendu au repli gastro-hépatique, qu'il comprime la vésicule du fiel ou les conduits cholédoque et cystique. Suivant que la tumeur rétro-péritonéale comprend exclusivement la veine cave inférieure ou la veine porte, on voit se développer l'œdème des membres inférieurs ou l'ascite. L'apparition simultanée de ces deux hydropisies et d'une douleur profonde dorsale ou lombaire permet d'établir assez exactement le véritable point de départ du cancer rétro-péritonéal ; cependant il faut avoir assisté dès le début à l'évolution de tous les symptômes, avoir suivi exactement toutes leurs phases, pour arriver à un diagnostic peu près certain. Les effets mécaniques de la tumeur sont l'ictère, l'œdème des membres inférieurs, et l'ascite. Il faut remar-

quer que les mêmes symptômes peuvent dépendre d'un simple trouble fonctionnel. L'ictère n'est souvent qu'un trouble de ce genre, dont on chercherait inutilement la cause dans un obstacle à la circulation de la bile pour en expliquer la production ; l'ascite elle-même peut dépendre d'une autre cause ; quant à l'œdème, paraît difficile de le rattacher à une simple lésion de fonction.

Ainsi donc les symptômes qui indiquent sûrement que le cancer est arrivé au foie sont le mouvement fébrile exacerbant ou intermittent, le redoublement des douleurs, de la céphalalgie, la sueur et la chaleur nocturne, enfin l'épistaxis, lors même qu'elle ne serait que de quelques gouttes. Je vais citer un exemple de cette forme de cancer rétro-péritonéal consécutif.

OBS. II. — *Cancer simple des glandes mésentériques.* — Lep... (Désiré) âgé de 41 ans, mécanicien, d'une santé excellente, ne fut pris des premiers signes de l'affection cancéreuse que six semaines avant son entrée à l'hôpital Necker (17 juillet 1854). Sa santé, bonne jusque-là, ne fut troublée que par des douleurs sourdes occupant l'épigastre et ne gênant en aucune manière le travail de la digestion ; cependant la teinte pâle, anémique, et l'émaciation avancée, attestaient l'existence de la cachexie cancéreuse, sans qu'on pût encore lui assigner un point de départ.

Sans suivre jour par jour les symptômes observés, je ferai remarquer que la douleur et le développement d'une tumeur très-considérable dans l'épigastre indiquèrent de bonne heure le siège de la maladie ; puis successivement l'on vit paraître l'anorexie, des vomissements et des coliques si violentes, qu'elles arrêtaient la respiration et arrachaient des cris au malade. Cependant la tumeur prenait chaque jour un volume plus considérable ; elle avait le volume de la tête d'un fœtus à terme et lorsque le malade mourut, il n'avait jamais présenté d'ictère, d'œdème des membres inférieurs, ni d'ascite (mort le 2 septembre).

A l'autopsie, on trouva une énorme masse cancéreuse, qui comprenait le pancréas, sain du reste, les glandes du mésentère, une grande partie des trois membranes de l'estomac ; la vésicule du fiel était vide, et le foie ne renfermait pas de cancer. On conçoit difficilement que la veine porte intestinale et hépatique, et que la veine cave inférieure, n'aient pas subi de compression à côté d'une pareille tumeur.

OBS. III. — *Cancer du foie consécutif à des tumeurs rétro-péritonéales.* — Une femme âgée de 38 ans, blanchisseuse et d'une forte constitution, entre, le 27 février 1850, à l'hôpital Bon-Secours. Ses digestions gastriques sont fortement troublées depuis quatre mois. Actuellement sensibilité épigastrique, vomissements de matières bilieuses et alimentaires, quelquefois douze heures après le repas ; langue blanche, goût amer, anorexie, vomissements de matière noire, et selles formées de temps à autre par les mêmes matières.

Dix jours après son entrée, la douleur gastrique se prolonge dans l'hypochondre droit, et la percussion ne laisse aucun doute sur l'agrandissement de volume du foie ; la voussure de l'hypochondre sur les côtés et en arrière est très-manifeste. Plus tard les douleurs hépatiques transmettent dans la région dorsale et lombaire, augmentent la nuit, s'accompagnent d'un mouvement fébrile très-intense, encore évident le matin, au moment de la visite (p. 116). Ces derniers symptômes me font croire que le cancer de l'estomac s'est propagé jusqu'au foie. Cependant la tumeur, après avoir envahi l'épigastre, l'hypochondre droit et une partie de la fosse iliaque du même côté, s'étendit du côté de la colonne vertébrale, car on vit paraître de l'œdème aux membres inférieurs, plus tard une ascite qui fit de rapides progrès. Le réseau vasculaire de la paroi du ventre devint le siège d'une dilatation très-notable, destinée à suppléer à l'oblitération des veines intestinales, et constitua un signe diagnostique de plus.

A partir de cette époque, le mal fit des progrès rapides ; la peau offrit une teinte jaune, et l'urine reçut également une quantité notable de matière colorante de la bile. Le visage prit une expression de souffrance extrême ; les traits étaient amincis, contractés ; l'intelligence s'affaiblit ; la respiration anxieuse, saccadée, plaintive. La malade expira en agonie, avec sa pleine connaissance, le 28 mars, c'est-à-dire un mois après son entrée à l'hôpital.

Si l'on remarque que la tumeur cancéreuse rétro-péritonéale n'était encore manifeste à l'époque de l'entrée de la malade, et que bientôt elle s'étendit au foie et finit par remplir presque la cavité entière de l'abdomen, on verra, dans l'observation que je viens de citer, un cas de cancer qui a marché avec une promptitude extrême, s'attaquant tour à tour à l'estomac et au foie.

Autopsie. Une masse encéphaloïde considérable réunit le pancréas, les ganglions mésentériques, et l'estomac, dont la face interne présente un vaste champignon cancéreux ramolli. Le foie, pesant environ 4 kilogrammes, a contracté des adhérences avec tous les organes environnants ; il est plein de masses encéphaloïdes. Le péritoine est enflammé ; le liquide ascitique moins abondant, ce qui s'explique par le développement d'une inflammation ultime. Les poumons renferment plusieurs noyaux de cancer encéphaloïde.

À côté de ces cas de cancers hépatiques, consécutifs et rapidement développés, il en est d'autres dans lesquels le travail morbide progresse moins énergiquement. On rencontre dans la pratique civile, et même encore que dans les hôpitaux, des malades dont les digestions sont ordinairement lentes et difficiles, et dont l'estomac est entouré de tumeurs souvent assez volumineuses ; malgré leur état valétudinaire, ces sujets vivent longtemps, sans que les tumeurs fassent de progrès bien sensibles. On ne doit pas porter un pronostic fâcheux

lorsqu'après plusieurs mois d'étude on s'est assuré que la maladie est stationnaire ; toutefois il arrive un moment où, sans cause connue, le cancer s'étend à l'estomac et au foie.

Dans le cours des études auxquelles je me livre depuis quelques années, je n'ai pas rencontré un seul cas de cancer bien avéré qui ne se soit terminé par la mort. J'ai peine à comprendre comment quelques médecins allemands ont regardé la guérison du cancer comme possible et même comme n'étant pas très-rare ; la difficulté du diagnostic peut seule servir à expliquer une pareille croyance. Les cancéreux meurent ordinairement par le fait seul de l'extension de la maladie à l'organe hépatique et aux tissus circonvoisins ; leur mort est pleine de douleur et d'anxiété, car l'intégrité parfaite de l'intelligence et des principales fonctions leur permet d'entrevoir toute la gravité de leur mal. Ils meurent par l'excès de douleur, quelques-uns par inanition ; un très-petit nombre par un accident intercurrent, tel que l'hémorrhagie des gros vaisseaux du ventre ou la pénétration du cancer dans les veines. La péritonite est, il est vrai, une lésion fréquente ; mais, outre qu'elle est souvent très-limitée, elle ne survient que comme maladie ultime.

Diagnostic. — Doit être réputé atteint de cancer hépatique le malade qui, sans affection antécédente de l'estomac, a la bouche amère, pâteuse, un goût horrible, la langue sale et chargée, perd l'appétit complètement, ne digère qu'avec peine, et finit par vomir ; chez lequel les nausées, les vomiturations et le dégoût, sont persistants ; chez lequel on observe des douleurs siégeant dans un point quelconque des nombreuses régions occupées par le foie, de plus, dans l'épaule droite, le dos et même les lombes ; chez lequel le foie acquiert des dimensions anormales qu'on peut constater aisément par la percussion. On ne peut qu'être confirmé dans ce diagnostic, si l'on trouve une tumeur inégale, bosselée, correspondant au foie, dont le développement s'accompagne de douleurs vives revenant le soir, la nuit, avec anxiété, gêne de la respiration ; si l'on voit paraître un ictère durable, de l'ascite, et de l'œdème aux membres inférieurs ; si la fièvre avec redoublement et sueurs pendant la nuit se manifeste, si le malade jette quelques gouttes de sang par le nez ; si une notable exacerbation se fait apercevoir dans les symptômes, telles que la fièvre, la céphalalgie (cette exacerbation ayant lieu vers la fin du jour ou la nuit) ; si, au milieu des souffrances

qu'éprouve le malade, il conserve assez longtemps l'expression naturelle de la face, un certain embonpoint, et l'intelligence jusqu'à la fin.

Dans l'*hypertrophie hépatique simple*, on ne trouve presque aucun des symptômes propres au cancer : troubles faibles ou nuls de la digestion; point d'ictère, d'ascite, d'œdème ni de fièvre. Quand le foie acquiert un grand volume et qu'il renferme des kystes hydatiques ou simples, la marche de la maladie est si lente, qu'on ne saurait lui comparer celle du cancer.

La *cirrhose* offrirait plus d'un symptôme analogue, si l'on n'aurait pas assisté au début de l'affection; l'épanchement de la sérosité en est le premier et le seul signe pendant longtemps. Les malades conservent de l'appétit et digèrent assez bien; l'ictère ne se montre que rarement et à la fin de la maladie. D'ailleurs la percussion, pratiquée de bonne heure, ne fait reconnaître aucun changement de volume; les sujets n'éprouvent pas les douleurs que l'on observe, à différents degrés, dans le cancer; enfin la durée si longue de la cirrhose ne ressemble pas à celle de cette dernière affection.

La *cholécystite* et les *concrétions biliaires* ne pourraient simuler que pour un temps court le cancer hépatique. Dans la première, la douleur est limitée à la vésicule, sans augmentation de volume du foie, sans trouble marqué de la digestion; elle donne lieu presque immédiatement à l'ictère, parce que la présence des calculs dans les conduits d'excrétion en est la cause presque constante. Les concrétions biliaires excitent des douleurs vives et paroxystiques, des vomissements et l'ictère; puis, après un temps très-court, les malades reviennent à la santé, sans avoir offert de mouvement fébrile. Dans le cancer, tous les accidents affectent une marche aiguë, persistent pendant plusieurs semaines, s'accompagnant de fièvre et de trouble marqué de la digestion; tout l'organe acquiert un volume anormal.

Cancer de l'estomac. Ce ne sont pas les maladies du foie qui simulent le plus le cancer; les productions organiques de l'estomac, du duodénum, du mésentère, s'en rapprochent par plus d'un symptôme. Supposons l'existence d'un cancer de l'estomac ou du duodénum sans tumeur : le malade digère mal, a des douleurs aux bords de l'estomac, vers le foie; il vomit des matières muqueuses, des aliments ou de la bile, souvent des matières noires composées de sang altéré; mais il n'a pas cette anorexie insurmontable des

cancéreux, point de ces douleurs s'irradiant dans tout le côté droit et dans le dos. Il maigrit avec une promptitude extrême; sur son visage, se dessine le sillon naso-labial, qui ne manque pas de valeur et qu'on ne retrouve pas dans le cancer du foie. Que le praticien tienne compte surtout de la marche et de la durée des symptômes, et la difficulté diagnostique sera bien vite aplanie. En effet, le cancer gastrique, maladie essentiellement longue, avec ses améliorations et ses rechutes fréquentes, ne ressemble pas à la lésion hépatique, qui s'avance d'un pas variable, mais toujours continu et souvent rapide, vers une terminaison funeste. Dans le cancer hépatique, la marche aiguë du mal, la fièvre continue ou exacerbante, la violence des douleurs, servent de caractères essentiels; les vomissements s'y montrent à de rares intervalles et sont purement sympathiques. Dans le cancer de l'estomac, point de fièvre; douleurs faibles, nulles, ou provoquées par la digestion seulement; tandis que dans celui du foie, elles s'exaspèrent d'une façon intermittente sans cause appréciable. L'ictère, l'ascite, et l'œdème des membres inférieurs, ne se montrent pas chez les sujets dont l'estomac ou le duodénum seuls sont cancéreux, ou bien alors ils servent à marquer l'extension du mal au mésentère.

Cancer rétro-péritonéal. On est plus embarrassé, quand il s'agit de décider si la tumeur que l'on sent à l'épigastre a sa racine dans les ganglions du mésentère ou dans le foie. Ordinairement le cancer rétro-péritonéal s'annonce de bonne heure par une douleur sourde dans le ventre, au creux épigastrique ou dans le dos, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales, par une tumeur située profondément, et qui, d'abord peu distincte, se dessine plus nettement à mesure qu'elle avance vers la paroi antérieure du ventre par l'ictère et l'ascite, lorsqu'elle comprend le repli gastro-hépatique; et si à ces symptômes viennent s'ajouter la fièvre, l'hémorrhagie nasale, le profond dégoût pour les aliments, l'ictère, etc. c'est que le cancer a envahi la glande biliaire.

Je dois insister sur les signes diagnostiques de ces différentes maladies, parce qu'elles sont pour le médecin, même le plus consommé dans son art, une source de continuelles perplexités. L'incertitude du diagnostic influe peu, il est vrai, sur le pronostic et sur le traitement, qui sont à peu près les mêmes dans tous les cas; cependant, comme il importe toujours d'arriver, dans un but scientifique, à une précision qui peut avoir dans l'avenir des résultats

favorables, on ne saurait trop engager les observateurs à examiner attentivement les symptômes et leur mode d'enchaînement, surtout quand il s'agit d'une affection obscure et encore mal déterminée.

Traitement.— Je ne dirais rien du traitement, qui est complètement inefficace, si je ne croyais pas que certaines médications peuvent accélérer la marche du mal, et doivent être soigneusement évitées; je citerai particulièrement les déplétions sanguines, auxquelles j'ai eu recours plusieurs fois, dans le but sinon d'arrêter, du moins de ralentir, la marche du mal. Cet espoir a été déçu; il m'a semblé que l'affaiblissement dans lequel tombent les malades est nuisible, et, dans tous les cas, je n'ai pas vu résulter de ce traitement la moindre diminution dans les phénomènes morbides. Du reste, les saignées sont très-mal supportées par les malades, et on est obligé d'y renoncer très-promptement.

J'ai tenté, dans plusieurs cas, l'usage des mercuriaux à l'intérieur, sous forme de calomélas, seul ou associé au savon, à l'extrait de iuguë, et à l'extérieur en frictions, uni à l'extrait de belladone; je n'ai remarqué aucun effet bien sensible après l'emploi de ces médicaments.

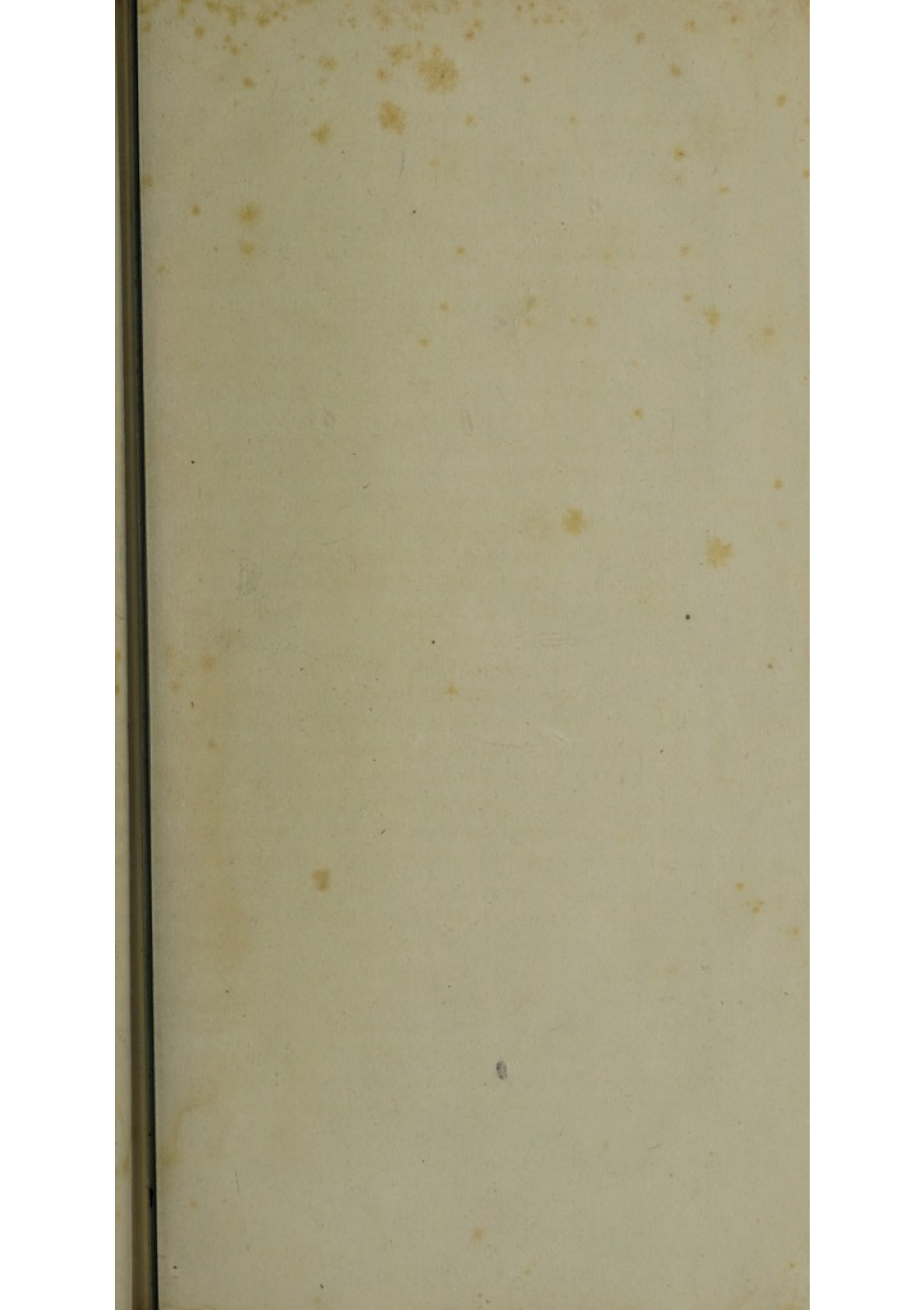
Lorsque le ventre se remplit promptement d'une grande quantité de sérosité, doit-on recourir de bonne heure à la ponction du ventre? Je crois cette opération plus nuisible qu'utile; elle ne peut qu'accélérer la mort des sujets, et n'apporte qu'un soulagement très-passager aux souffrances des malades. Plus encore, s'il est possible, que tous les autres cancers des organes, celui du foie ne laisse aucun espoir de guérison, et si le diagnostic a été bien porté, l'arrêt fatal prononcé par le médecin s'accomplira tôt ou tard.



[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1871



$$\begin{array}{r} 147 \\ 79 \\ \hline 226 \end{array}$$