

tous les jours plus maigre et plus faible. Le 1<sup>er</sup> octobre, il vomit presque tout ce qu'il avale. Pouls à 80, faible et intermittent. L'ascite et la tumeur du cou continuent à augmenter. Le foie paraît plus gros et les nodules y sont plus distincts; les douleurs ne sont calmées que par les injections de morphine qu'on répète deux fois par jour. Pas de toux; la respiration est lente et aisée, mais au milieu du poumon gauche, en arrière, on trouve une matité marquée sur un espace de trois à quatre pouces carrés, avec absence du murmure vésiculaire, mais pas de frottement ni de crépitation. Le 5 octobre, le bras gauche et la main sont œdémateux; le malade vomit une matière qui au premier abord ressemblait à de la levûre et qui contenait des sarcines en abondance. On lui prescrivit toutes les six heures une mixture contenant 10 gouttes d'éther chlorique et 4 grammes d'une solution aqueuse saturée d'acide phénique, avec de l'eau de menthe.

Le malade est maintenant si faible qu'il ne peut évidemment vivre de nombreux jours; mais sa femme vient et insiste pour l'emmener à la campagne.

OBS. LXXXVIII. — *Cancer primitif du foie infiltré. — Augmentation considérable de volume, mais surface unie. — Pas d'ictère ni d'ascite.*

Le 5 janvier 1876, Anne G., âgée de quarante-deux ans, fut envoyée à l'hôpital Samaritain, parce qu'on la croyait atteinte d'une maladie des ovaires. Le 7 janvier, elle fut transférée à l'hôpital Saint-Thomas. Pas d'antécédents d'affection maligne dans sa famille. Elle a eu huit enfants et a fait trois fausses couches. Les règles ont cessé il y a cinq ans, après la naissance du dernier enfant. Elle a perdu l'œil gauche, il y a trois ans et demi, à la suite d'un coup. Il y a six mois, au milieu d'une très-bonne santé apparente, elle remarqua pour la première fois, au-dessous des côtes droites, une tumeur qui peu à peu remplissait l'abdomen; en même temps, elle maigrissait et perdait ses forces. Depuis deux mois elle souffre beaucoup dans le ventre, et depuis cinq jours elle constate que les jambes et les cuisses sont enflées.

A son entrée, grande émaciation. Le ventre est considérablement gros, et fait immédiatement au-dessous des côtes une voussure prononcée. L'augmentation de volume est plus grande à la partie supérieure qu'à la partie inférieure; téguments tendus et luisants; la circonférence est de 33 pouces 1/2 au niveau de l'ombilic, et 33 pouces à mi-chemin de l'ombilic au sternum; 8 pouces 1/4 du cartilage xyphoïde à l'ombilic, et 6 1/2 de l'ombilic au pubis. Pas de signe d'épanchement dans le péritoine; la tumeur est évidemment formée par un foie très-gros dont on peut sentir le bord inférieur des deux côtés, 2 pouces 1/2 au-dessous du niveau de l'ombilic; le bord du lobe droit est plus arrondi que celui du lobe gauche, et les deux sont séparés par une profonde dentelure qui va jusqu'au-dessus de l'ombilic. Le bord supérieur du foie ne s'élève pas trop haut dans la poitrine; la matité hépatique totale est de 11 pouces sur la ligne mammaire droite et autant sur la ligne médiane. La surface de la tumeur est légèrement ondulée, mais on n'y sent pas d'excroissances et elle n'est pas sensible; la surface est tendue, mais un peu élastique. La malade se plaint beaucoup d'une constriction constante dans sa tumeur, plus

marquée après les repas et qui l'empêche de dormir; elle a parfois des crises de douleur intense lui donnant la sensation de quelque chose qui « raclerait ou couperait. » Langue chargée; pas d'appétit; pas de vomissements; constipation; pas d'ictère; densité de l'urine 1026, grande quantité d'urates; pas d'albumine; pouls à 96; quelques râles bronchiques secs à la surface des poumons.

L'affaiblissement augmente graduellement, puis surviennent des vomissements et la malade meurt le 13 janvier.

*Autopsie.* — Foie énorme, correspondant à la tumeur observée durant la vie; poids 198 onces; configuration normale; pas d'adhérences; surface unie; le lobe gauche est aussi gros qu'un lobe droit à l'état normal; scissure centrale considérablement exagérée. Le volume du foie est dû à une infiltration cancéreuse étendue du lobe gauche et à un développement considérable du lobe droit. A la coupe on voit quelques nodules isolés, de grosseur variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à 1 pouce de diamètre; mais aucun ne faisait saillie à la surface. Pas de cancer dans d'autres parties du corps. La rate pèse 7 onces, foncée et molle; poumons congestionnés. En pratiquant une coupe dans le tissu infiltré du foie, on le trouve pâle comme celui d'un foie gras, les contours des acini sont cependant distincts. Le microscope montra que c'était la structure ordinaire du cancer encéphaloïde.

Les deux cas suivants sont remarquables par le mode de début. Dans l'obs. LXXXIX, la maladie a paru débiter dans la vésicule et les voies biliaires, et a présenté tout d'abord l'allure de colique biliaire et de calcul plutôt que de cancer; tandis que dans l'obs. XC, où la maladie a peut-être débuté dans le rein droit, un des premiers symptômes a été l'ascite.

OBS. LXXXIX. — *Cancer de la vésicule, des conduits biliaires, du foie, etc. débutant par une douleur violente, pareille à celle de la colique biliaire. — Ictère. — Pas d'ascite.*

Anne G., âgée de soixante-trois ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 19 novembre 1875. Pas d'antécédents d'affection maligne dans la famille. Elle a eu sept enfants, qui sont tous morts de consommation, comme son mari. Elle a été habituellement sobre. Elle a été affectée pendant un an ou deux de flatulence, mais, sauf cela, elle a ordinairement joui d'une bonne santé jusque trois semaines avant son admission. A cette époque, se trouvant à laver, elle fut prise un jour subitement d'une douleur aiguë, lancinante, au-dessous des côtes droites en avant. La douleur était si intense, qu'elle ne put qu'à peine rentrer à la maison. Elle persista, sous forme de paroxysmes, et fut accompagnée de frissons, mais sans vomissements. Au bout de quatre jours, elle cessa, mais un ou deux jours plus tard la malade se vit profondément ictérique, et elle eut beaucoup de nausées. En interrogeant ensuite la malade, on apprend que deux ou trois mois avant cette crise, ses forces avaient déjà commencé à faiblir, mais qu'elle avait continué ses occupations habituelles et qu'elle ne croyait pas avoir maigri.



A son entrée, on constate un ictère très-prononcé, vives démangeaisons; pigment biliaire abondant dans l'urine et absent dans les garde-robes; matité hépatique non augmentée; voussure légère et un peu de sensibilité correspondant à la vésicule biliaire; pas d'ascite; pas de tumeur abdominale appréciable. Langue nette; bon appétit; pouls à 70.

Quatre jours après son entrée, elle a eu une crise de douleur violente au foie, qui a duré une demi-heure. Ces attaques revinrent d'abord à des intervalles de quelques jours, et puis plus souvent; elles n'étaient pas accompagnées de vomissements. De jour en jour la malade maigrit et s'affaiblit; elle perdit l'appétit et eut beaucoup de nausées. Le foie augmenta graduellement de volume, si bien que, le 22 janvier, il mesurait 7 pouces sur la ligne mammaire droite. On ne pouvait pas sentir d'inégalités sur sa surface; pas de tumeur appréciable nulle part, mais toujours sensibilité vive au niveau de la vésicule biliaire; point d'ascite. Mort par épuisement le 26 janvier.

*Autopsie.* — Pas de liquide dans le péritoine. Côlon et duodénum attirés en haut et adhérents à une masse cancéreuse irrégulière se projetant du foie, occupant la place de la vésicule, infiltrant la partie adjacente du foie et s'étendant en bas de façon à recouvrir la tête du pancréas. Immédiatement au-dessus du pancréas, autre masse cancéreuse due à l'infiltration des ganglions dans cette région. Duodénum rétréci au niveau de son adhérence à la masse cancéreuse, mais sa muqueuse normale ainsi que celle du côlon. Vésicule biliaire rétractée; parois épaissies de 1/4 de pouce, infiltrées de cancer; surface interne inégale, comme hérissée et très-vasculaire; petit orifice rond entouré de granulations au fond de la vésicule, là où elle était adhérente à la paroi abdominale; canal cystique oblitéré. Les parois du canal hépatique et du cholédoque ont de 1/4 à 1/2 pouce d'épaisseur, par suite de l'infiltration cancéreuse, cette infiltration s'étendant à la fois en bas vers les intestins et en haut dans 4 pouces d'épaisseur de la substance du foie, où le canal se trouve oblitéré et enclavé dans un tissu dur de nouvelle formation. Il n'y a pas de calculs. En faisant des coupes dans le foie, on trouve les conduits biliaires considérablement dilatés en arrière du point de leur coarctation, formant des dilatations sacciformes, remplies d'un liquide glaireux incolore. Nombreux nodules de nouvelle formation éparpillés à travers la substance du foie. Au centre de nombre d'entre eux se trouvait un petit orifice par lequel on pouvait, en pressant, faire sourdre une goutte de liquide glaireux, comme s'ils avaient été formés par l'infiltration des parois des canaux biliaires. La veine porte n'était pas obstruée. Poids du foie 75 onces, rate 6 onces 1/2. Dégénérescence graisseuse commençante des reins; dans le lobe supérieur du poumon droit, néo-formation circonscrite, du volume d'une noix; lobe inférieur parsemé de nouvelles formations, du volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois.

OBS. XC. — *Cancer du rein droit, du foie, de la rate et des poumons. — Ascite, premier symptôme de la maladie.*

John M., âgé de trente-sept ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas le 9 mars 1875. Pas d'affection maligne apparente dans la famille. Habitudes de

tempérance. Pas d'antécédents syphilitiques; santé générale bonne. Depuis trois à quatre mois avant Noël de 1874, il éprouve de temps en temps une sensation de plénitude et de constriction dans l'abdomen, mais il n'y a guère fait attention. Le 28 décembre, il a eu une crise de constriction plus forte que d'habitude, et depuis, cette sensation est devenue plus constante et se trouve plus intense après les repas. L'appétit continue à être bon; pas de nausées ni de vomissements; pas d'émaciation appréciable; il a continué à travailler en qualité de poseur de plaques jusqu'au 28 février. Il fut alors pris subitement d'une constriction et d'une douleur violentes dans l'abdomen. Il ne put prendre de nourriture et fut obligé de quitter son travail et de se mettre au lit. Depuis ce moment, son ventre a continué de grossir et il est survenu un peu d'ictère.

A son entrée, il est blême et anémique; les conjonctives sont un peu jaunes. Il se plaint toujours beaucoup de constriction dans l'abdomen et de dyspnée, quand il fait quelque effort. La circonférence à l'ombilic est de 36 pouces; ascite modérée, léger œdème des jambes. Foie très-gros: sa matité commence à 1/4 de pouce au-dessous du mamelon droit et s'étend jusqu'à 3 pouces au-dessous du rebord costal, total 7 pouces sur la l. m. d.; augmentation de volume uniforme, surface unie, dure et indolente; le lobe gauche est également très-gros. Matité de la rate augmentée; on sent que le bord inférieur de la rate dépasse de 1 pouce et demi le rebord costal. Veines abdominales un peu grosses. Langue un peu nette, bon appétit, pas de vomissements, un peu de constipation. Le malade se plaint beaucoup de la constriction douloureuse de l'abdomen après les repas. Pouls à 78, cœur et poumons normaux. Urine 1017, pas d'albumine, mais du pigment biliaire; température 37°, 2.

Le traitement consista d'abord en bichlorure de mercure et en quinquina, avec des évacuants; en même temps, frictions mercurielles et belladonnées sur l'abdomen, et parfois de la morphine pour calmer la douleur et procurer du sommeil. Le 12 mars, on découvrit deux petites excroissances à la surface du foie, l'une juste au-dessous du cartilage xyphoïde et l'autre sur le lobe gauche. Le 31 mars, on substitua au sel de mercure une mixture de noix vomique et d'acide. Le 12 avril, le malade a récupéré 9 livres de son poids en 10 jours et 12 livres depuis son admission; mais cette augmentation était probablement due à une plus grande accumulation de liquide dans l'abdomen, qui mesurait maintenant 40 pouces. Les parois de l'abdomen sont amincies et la surface externe est luisante; un peu plus d'œdème des jambes; ictère à peine appréciable; 19 avril, on retire à l'aide de l'aspirateur 3 litres et demi de liquide, ce qui réduit la circonférence de l'abdomen à 35 pouces et lui procure un grand soulagement. Le liquide s'accumule de nouveau rapidement; douleur intense dans l'abdomen, de temps en temps des épistaxis. Le 28 avril, la circonférence est revenue à 40 pouces, le malade pèse 16 livres de plus qu'à son entrée. Le 7 mai, on fait la paracentèse et on retire plus de 8 litres de sérosité. A la suite de l'opération, on put voir que le foie formait une grosse tumeur proéminente, entre le sternum et l'ombilic, dure et nodulée. La douleur fut encore une fois soulagée par l'opération, mais l'épuisement augmenta et le malade succomba le 13 mai.



*Autopsie.* — Quatre litres de sérosité dans le péritoine. Le foie est très-volumineux : il pèse 161 onces ; parsemé de noyaux cancéreux dont un certain nombre font saillie à la surface. Veine porte très-dilatée et, en suivant son trajet dans le foie, on trouve des masses cancéreuses moulées sur les contours des veines et accompagnant leurs branches, sans être adhérentes à leurs parois. Le canal cystique est libre. La rate pèse 17 onces et demie, contient quelques masses cancéreuses. Le rein droit, entièrement détruit, n'est plus qu'une poche de cancer ramolli en voie de désorganisation. Vaisseaux du rein droit comprimés par des nodules cancéreux du foie et veines extrêmement dilatées. Rein gauche très-gros, mais sain. Estomac et pancréas sains. Poumons congestionnés et parsemés de masses cancéreuses.

Le cas sur lequel je vais maintenant attirer votre attention a été remarquable non-seulement par l'âge relativement jeune du malade et la marche rapide de la maladie, mais plus particulièrement à cause de la fièvre qui en a marqué le cours. On sait peu de chose sur l'état de la température dans le cancer. Wunderlich fait à ce sujet les observations suivantes : « C'est une particularité des cas de cancer, que les températures élevées sont comparativement rares, et que la température s'y maintient généralement à l'état normal, ou même au-dessous, ce qui néanmoins n'exclut pas les hautes températures, qui sont l'effet de complications intercurrentes ou l'indice d'une terminaison prochaine. Mais les températures fébriles de longue durée sont au moins rares chez les cancéreux. » A l'appui de cette opinion, le docteur Woodman, le traducteur du traité de Wunderlich, cite des cas observés par les docteurs Finlayson, Da Costa et E. B. Baxter, et ajoute : « Les quelques observations que j'ai faites moi-même sur le cancer du foie, de l'utérus et du sein, avant que le marasme ait envahi le malade, ne montrent que de très-légères élévations de température, ou pas du tout; jamais au-dessus de 38°,3, à moins de quelque complication; tandis que j'ai rencontré des températures au-dessous de la normale avec un pouls rapide, dans quelques cas de cancer avancé avec émaciation (1). »

Mon expérience s'accorde avec les opinions que je viens de citer et, je crois, avec celles de la plupart des observateurs : dans le cancer, à moins qu'il y ait quelque complication inflammatoire, la température est à l'état normal ou à peu près (2), et, par conséquent, dans le cas d'affection interne mal définie, une élévation continue de la température éloignerait l'idée d'un cancer. Mais le cas que je vais rapporter prouve que cette règle n'est pas absolue. De plus, dans ce cas, l'âge du malade,

(1) *On the Temperature in Diseases*, by Wunderlich, Sydenham Society's Translation, 1871, pp. 429, 430.

(2) Depuis que ce cas s'est présenté, j'en ai rencontré un second, chez une dame de cinquante-six ans, affectée de cancer primitif du foie sans complication et avec une température de 38°,8.

24 ans, excluait un cancer du foie; tandis que non-seulement la fièvre, mais les frissons, et la lésion antérieure et l'augmentation de volume du testicule, la marche rapide et les symptômes cérébraux, tout concourait à faire diagnostiquer une inflammation pyohémique plutôt qu'un cancer du foie.

OBS. XCI. — *Cancer aigu du foie avec fièvre chez un homme de vingt-quatre ans.*

James C., âgé de vingt-quatre ans, charpentier, admis à l'hôpital Saint-Thomas le 6 novembre 1872. Pas d'antécédent d'affection maligne dans sa famille, bonne santé antérieure. Six mois avant son entrée, il se donna un effort en tournant une grue. Le testicule gauche enfla et devint sensible, mais la santé générale n'en parut pas atteinte. Il y a six semaines, il commença à se plaindre de douleurs dans le côté droit de l'abdomen et à maigrir et à perdre de ses forces. Bientôt après un médecin découvrit dans l'hypochondre droit une tumeur qui augmenta rapidement. Point de frissons, mais deux fois, durant le sommeil, transpiration abondante.

Au moment de son entrée, émaciation, rougeur hectique sur les joues, température 38°,5, vive douleur dans la région du foie et dyspnée. Du côté droit de l'abdomen, voussure distincte se continuant en apparence avec le foie, dont le bord inférieur s'étend presque jusqu'au bassin et dont la limite supérieure de la matité atteint jusqu'à 1 pouce et demi au-dessous du mamelon; surface de la tumeur ferme, unie et modérément sensible, ictère appréciable de la peau et des conjonctives; pas d'ascite, ni de développement des veines abdominales. Langue humide, un peu épaisse; pas d'appétit, soif vive, pas de vomissements, ventre libre, mais sans relâchement, bile dans les matières. Urine 1018, urates en abondance, un peu de pigment biliaire et trace d'albumine. Décubitus sur le côté droit. Respirations 32, thoraciques; un peu de toux, mais sans expectoration; râles sibilants à la surface des deux poumons, mais surtout à droite; murmure respiratoire faible et un peu de diminution de la résonance à la percussion. Pouls à 120. Bruits du cœur normaux. Testicule gauche deux fois aussi gros que le droit, dur, mais non sensible.

Le malade est soumis au régime lacté et à une mixture saline effervescente. Potions à la morphine, injections sous-cutanées de morphine et cataplasmes laudanisés pour calmer la douleur; mais le mal continue à progresser rapidement. Le 8 novembre, pouls à 134. Le malade a vomi, la nuit passée, une matière bilieuse verte sans mélange d'aliments; l'ictère est maintenant très-prononcé. Le foie a augmenté encore de volume, il dépasse davantage les côtes et sa matité s'étend jusqu'à 1/4 de pouce du mamelon; surface unie et résistante. Langue rouge et sèche, garde-robres régulières. Grande prostration et parfois du délire. Pas de tremblements ni de sueurs nocturnes. Pouls à 120. Bruit systolique à la base du cœur, se propageant vers les clavicules et le cou. 13 novembre, le délire, l'ictère et le volume du foie ont augmenté. La tumeur au-dessous des côtes est plus élastique, mais il n'y a pas de fluctuation distincte. Hier, tremblement prononcé, suivi de chaleur et de trans-



piration. 15 novembre, prostration plus grande, mais plus de frissons. Peau sèche. Encore du délire. L'affaiblissement augmente rapidement et le malade succombe le 16 novembre.

Voici le tableau de la température observée :

	MATIN.	SOIR.
Novembre 6	»	38°,44
— 7	38°,39	39°,44
— 8	37°,2	38°,55
— 9	36°,9	38°,44
— 10	37°,2	37°,77
— 11	37°,77	39°,44
— 15	38°,88	»

*Autopsie.* — Foie très-gros; avant de l'enlever, il mesure 12 pouces et demi verticalement. Toute sa substance était parsemée de nombreuses masses de dépôt cancéreux, extrêmement vasculaires et de volume variable, depuis un pois jusqu'à une noix. Bon nombre de ces masses se trouvent à la surface de l'organe, mais ne font pas de saillie. Elles n'étaient pas ramollies. A la coupe, elles fournissent un suc laiteux contenant de nombreuses cellules, avec de gros noyaux, comme on en trouve ordinairement dans le cancer. Une masse de ganglions cancéreux existait dans le voisinage du rein gauche et s'étendait le long des vaisseaux jusqu'au testicule gauche, qui contenait aussi une tumeur vasculaire du volume d'une cerise. Les deux poumons renfermaient également de nombreuses tumeurs semblables à celles du foie. Pas de signe d'inflammation récente sur aucune partie du corps. Cœur sain.

Le principal intérêt du cas suivant réside dans le fait qu'un large kyste contenant un liquide sanguin s'est développé dans un foie cancéreux, probablement par suite de l'obstruction d'un des conduits intra-hépatiques. Ce kyste formait une tumeur proéminente au-dessus du foie et fut plusieurs fois ponctionné pendant la vie, pour soulager la dyspnée. Si ce kyste s'était formé dans la première période de la maladie, — et j'ai rencontré un cas où cela a paru probable, — on aurait pu prendre l'affection principale pour une hydatide. Ici les signes collatéraux indiquaient un cancer d'une façon non équivoque; et la seule question était de savoir si la collection liquide située au-dessus du foie était un kyste ayant la glande hépatique pour origine ou si elle s'était développée dans une cavité entre le foie et le diaphragme, circonscrite par des adhérences péritonéales, comme on en observe parfois en connexion avec la cirrhose, etc. (voir obs. XCIV et CIX).

OBS. XCII. — *Cancer du foie. — Ascite et ictère. — Large kyste se projetant de la face supérieure du foie.*

Le 9 octobre 1873, M. F., âgé de cinquante ans, me fut adressé par le docteur Dobie, de Chester. Ce monsieur vivait bien d'habitude, mais n'était pas intempérant. Sa santé avait été bonne jusque trois mois auparavant, où il commença à avoir mal dans la région du foie et à l'épaule droite, et depuis il

avait maigri et perdu de ses forces; il était affecté de constipation, de flatulence, et dernièrement son ventre avait commencé à grossir; il toussait et avait de la dyspnée quand il se fatiguait.

En l'examinant, je constate une ascite considérable; circonférence de l'abdomen 42 pouces. Pas d'œdème des jambes. Pas d'ictère marqué, mais aspect blême de la cirrhose. On ne peut apprécier les dimensions du foie. Pouls à 108. Bruits du cœur normaux. Urine foncée et chargée d'urates, mais pas d'albumine.

Traitement: purgatifs et diurétiques, comprenant du chlorure d'ammonium, de la digitale et des pilules bleues, puis différentes préparations de fer. Tout d'abord, amélioration considérable, ascite diminuée, et alors on constate que le foie et la rate sont fort augmentés de volume et que le foie est sensible. Le 5 novembre, on découvre une tumeur grosse comme une forte orange, dans le côté droit de l'épigastre, probablement due à une collection liquide distincte de celle du péritoine. Cette tumeur augmenta et amena de la flatulence et de la dyspnée après les repas. Le 12 novembre, le foie est encore plus gros et nodulé à sa surface. Le 13, après le diner, pendant que le malade se baissait pour retirer ses bas, il fut pris d'une dyspnée alarmante et me fit mander. Je le trouvai livide. Sa tumeur de l'épigastre était plus volumineuse. Je la ponctionnai avec un trocart capillaire, mais il n'en sortit qu'environ 8 grammes de sérosité floconneuse sanguinolente, contenant de nombreuses cellules avec de gros noyaux (cellules cancéreuses). La dyspnée disparut peu à peu, et le 15 novembre le malade se trouvait en état de retourner à Chester.

Le 25 novembre, il eut une autre crise violente de dyspnée, et le docteur Dobie retira du kyste de l'épigastre 30 onces de liquide rouge, densité 1020, contenant de nombreux corpuscules sanguins. L'opération fut suivie d'un grand soulagement quant à la respiration; mais le liquide se reproduisit et, le 5 décembre, on en retira encore 47 onces. L'ascite augmentait en même temps, bien que lentement, et la douleur au foie persistait. Dans les premiers jours de décembre, les jambes commencèrent à enfler, il se manifesta un ictère très-prononcé, avec anorexie complète. Le malade s'affaiblit graduellement et succomba le 1<sup>er</sup> janvier.

*Autopsie.* — Quatre litres de liquide jaune, trouble, contenant des flocons de lymphes, dans le péritoine. Foie très-volumineux, les deux lobes infiltrés considérablement de cancer ramolli. Se projetant de la surface convexe du lobe droit et évidemment originaire du foie, se trouvait un gros kyste contenant un liquide sanguinolent et qui a été ponctionné plusieurs fois pendant la vie. La rate n'est pas grosse; ce qui l'a fait paraître volumineuse pendant la vie, c'est le lobe gauche du foie, qui s'étendait au loin en bas et à gauche. Les autres organes sont sains.

La préparation que je vous montre maintenant a été prise sur un sujet mort à l'hôpital Middlesex pendant que j'étais directeur des autopsies et fut présentée à la Société pathologique (*Transactions*, t. XIII, p. 100). Elle montre un rare mode de terminaison fatale du cancer du foie (1).

(1) Pour d'autres cas, voyez Frerichs, *op. cit.*, p. 676; Murchison, *Pathol. Transact.*