

breuses et très-grosses cellules, présentant de deux à quatre noyaux avec des nucléoles, outre des flocons d'épithélium pavimenteux, de la matière granuleuse, etc. Le canal cystique, et aussi la plus grande partie du cholédoque étaient très-dilatés, ce dernier suffisamment pour admettre le pouce; en pratiquant une coupe du foie, il s'écoula, par les conduits biliaires intra-hépatiques dilatés, une grande quantité de liquide blanc, semblable à celui de la vésicule biliaire. Le foie pesait environ 1700 grammes; il était d'un vert olive sombre; contour des lobules distinct. En suivant le cholédoque jusqu'à l'intestin, on peut voir sur la pièce qu'il est obstrué par une tumeur cancéreuse médullaire, partant de sa surface interne et pénétrant de deux pouces dans le duodénum. On pouvait faire passer une sonde, avec quelque difficulté, par l'orifice duodénal à travers le siège de l'obstruction. En sectionnant la tumeur, il s'en écoulait un suc glaireux, contenant de grosses cellules composées, à noyaux, semblables à celles trouvées dans le liquide de la vésicule, et des noyaux libres. La tête du pancréas était englobée dans une tumeur grosse comme une orange qui, à la coupe, offrait un aspect médullaire et contenait en abondance un suc épais, laiteux, renfermant quantité de gros noyaux, mais pas de cellules mères. Cette tumeur avait comprimé le canal cholédoque, mais n'avait pas attaqué ses parois, et la tumeur trouvée à l'intérieur du canal paraissait s'être développée indépendamment. Le cœur ne pesait que six onces (170 grammes). Tous les organes et les tissus étaient profondément ictériques, mais autrement, normaux, sauf les exceptions signalées. Les matières contenues dans l'intestin étaient dépourvues de pigment biliaire.

OBS. CXXV. — *Cancer du pancréas et de la vésicule biliaire — Ictère par obstruction du canal cholédoque.*

A la fin de mai 1866, je fus consulté au sujet de M. D., âgé de soixante à soixante-dix ans, affecté d'ictère. Sa maladie avait débuté vers le commencement de janvier par des symptômes de bronchite, perte de l'appétit et nuits sans repos. Un des derniers jours de février, s'étant exposé à un froid très-vif, il s'éveilla le lendemain matin avec de fortes nausées, faisant de violents efforts pour vomir, et ces symptômes persistèrent jusqu'au soir. Quelques légers symptômes fébriles suivirent; le pouls s'éleva de dix pulsations au-dessus de sa moyenne normale; l'appétit fut capricieux et les intestins paresseux. Le malade maigrit rapidement, et vers le milieu d'avril l'ictère parut. Voici quel était l'état du malade au moment où je fus consulté: — Ictère intense de la peau et des conjonctives. Urine rare et très-foncée, contenant du pigment biliaire en abondance. Légère tendance à la diarrhée; matières fécales dépourvues de bile, couleur gris de plomb et très-fétides, mais contenant parfois du sang provenant d'hémorrhoides. Le foie paraissait tout à fait dans ses limites normales, mais il y avait de temps en temps de la gêne dans l'hypochondre droit et une sensibilité marquée avec un peu de dureté au niveau de la vésicule biliaire; veines superficielles de l'abdomen un peu développées; pouls à 72; émaciation et affaiblissements progressifs avec diminution de l'appétit, et de temps en temps des efforts de vomissements; facies anxieux et cachectique.

Le traitement consiste en potions effervescentes, de l'acide cyanhydrique et de la liqueur d'opium de Battley et frictions avec un liniment à l'iode de potassium.

Vers le commencement de juin, les vomissements devinrent plus fréquents; le malade rendait presque tout ce qu'il prenait; la douleur avait augmenté, la langue était recouverte d'un enduit brun épais; l'émaciation devenait tous les jours plus prononcée. Après trois jours passés sans connaissance et dans le subdelirium, M. D. succomba le 19 juin.

L'autopsie fut pratiquée par le docteur Moreton, de Tarvin, Cheshire, qui a eu l'obligeance de me fournir les détails qui suivent et de m'adresser quelques-unes des parties pour que je pusse les examiner. Des brides fibreuses résistantes unissaient toute la surface du foie aux parties environnantes. Pas d'ascite. La vésicule avait à peu près le volume d'un œuf de poule; ses parois étaient considérablement épaissies par dépôt cancéreux et sa cavité contenait environ une cuillerée à café d'un liquide épais comme de la crème, mêlé de sang. L'orifice de la vésicule biliaire dans le canal cystique était obturé, et le canal cystique ainsi que le cholédoque étaient enclavés dans une masse de matière cancéreuse, caséuse, qui les obstruait. Pas de dépôts cancéreux dans le foie, mais une masse cancéreuse du volume d'une petite orange à la tête du pancréas. Tous ces dépôts donnaient à la coupe un suc crémeux contenant les éléments cellulaires habituels du cancer.

OBS. CXXVI. — *Ictère dû à l'obstruction du canal cholédoque par un cancer de la tête du pancréas.*

Mary C., âgée de soixante-quatre ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 29 novembre 1875. Sa mère est morte à quatre-vingt-treize ans; son père a succombé à la phthisie à l'âge de cinquante-trois ans, et deux sœurs également, l'une à dix-huit et l'autre à trente-six ans. Deux frères vivent encore et se portent bien, l'un a soixante-dix et l'autre soixante-cinq ans. Pas d'antécédents de cancer dans la famille; habitudes de sobriété. Pendant plusieurs années, elle a éprouvé des douleurs *aching* dans le dos; elle se trouvait vite fatiguée. Elle s'est plainte à la même époque de nausées et parfois de vomissements, ordinairement avant le déjeuner, et de temps en temps de crises de douleur entre l'ombilic et les côtes droites. Depuis dix mois est survenu de l'amaigrissement; les crises douloureuses et les nausées sont devenues plus fréquentes et le ventre a été resserré. Dix semaines avant son entrée, elle a eu une crise de douleur très-intense dans la partie supérieure de l'abdomen, d'une durée de 24 heures, et peu après elle se trouva jaune et avec des démangeaisons à la peau. Après que l'ictère eut paru, l'émaciation fit des progrès plus rapides, et quinze jours avant son admission, les jambes commencèrent à enfler.

A son entrée, elle est faible, émaciée et profondément ictérique. L'urine était chargée d'urates et de pigment biliaire; les selles étaient décolorées et ne contenaient pas de bile, mais on assura qu'elles étaient parfois très-noires. Langue rouge, lisse et sèche; pas d'appétit; la nourriture lui fait mal; elle a vomé à trois reprises depuis qu'elle a son ictère; constipation. Foie très-gros

dans toutes les dimensions, mesurant verticalement 8 pouces sur la ligne droite mammaire, sur lesquels 3 pouces au-dessous du rebord costal; surface dure, nodulée et un peu sensible; parfois elle éprouve dans le foie une douleur intense qui peut durer plusieurs heures. Un peu d'ascite et un peu d'œdème des jambes, plus marqué dans la droite.

On prescrit de petites doses de noix vomique avec quelques calmants et un régime léger. Pendant deux ou trois jours, il y eut un peu de relâchement de ventre; les matières étaient claires. Le 9 novembre, la respiration s'embarra et il y a de la toux. Ces symptômes empiraient rapidement; lèvres livides et tous les signes d'induration pulmonaire en bas et en arrière d'abord du poumon droit et puis du gauche. Le 16 novembre, le malade succomba à l'asphyxie.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas et des ganglions lymphatiques situés dans le hile du foie, envahissant le duodénum et englobant les canaux cystique et cholédoque. Productions secondaires dans le foie. Pneumonie hypostatique étendue de la partie inférieure et postérieure des deux poumons, avec quelques plaques de pneumonie lobulaire dans le lobe inférieur du poumon droit; mais nul indice de néo-formation. Reins un peu granuleux.

Dans les trois cas qui suivent, l'ictère a été dû à un cancer ayant pris son origine dans le duodénum. Le premier malade dont je vous rapporterai l'histoire a été pendant huit mois soumis à votre observation et vous devez vous rappeler combien de fois j'ai attiré votre attention sur les démangeaisons intolérables dont il se plaignait. Il a été également affecté de furoncles et d'anthrax et de xanthopsie (p. 328). Mais le plus grand intérêt de ce cas résidait dans la cause de l'obstruction, au sujet de laquelle nous avons souvent discuté. L'amélioration qui se produisit à un moment du côté du facies et du poids du corps, sembla infirmer l'existence d'un cancer du pancréas ou du duodénum et même de tout autre organe. En outre, la tumeur du duodénum, il faut le remarquer, occupait exactement la place de la vésicule, de sorte que malgré l'absence de coliques hépatiques antérieures, les causes les plus probables de l'obstruction parurent, à l'époque de l'entrée du malade, consister en un calcul arrêté dans les voies biliaires, un rétrécissement simple du canal ou l'occlusion de son orifice par la cicatrice d'un ulcère duodénal. Même à une période plus avancée, les frissons, la fièvre et les sueurs nocturnes laissèrent dans le doute si l'augmentation rapide de volume et l'état nodulé du foie ainsi que les paroxysmes de douleur violente ne pouvaient pas résulter d'abcès pyohémiques du foie, consécutifs à l'ulcération du canal cholédoque déterminée par la pression d'un gros calcul; et cette opinion était confirmée par cette circonstance que l'apparition de ces symptômes graves fut accompagnée de la disparition de l'ictère et des démangeaisons après une durée de sept mois.

OBS. CXXVII. — *Cancer du duodénum. — Ictère par occlusion du canal cholédoque. — Gangrène de la tumeur et disparition de l'ictère. — Cancer secondaire et abcès du foie.*

William M., portefaix, mais auparavant allumeur, fut admis dans mon service à l'hôpital Middlesex le 26 novembre 1867. Douze ans auparavant, il avait eu une bronchite, et quatre ans avant il avait été tenu au lit pendant sept semaines par une fièvre rhumatismale. Il avait été sujet pendant dix ans aux hémorroïdes et avait aussi perdu de temps à autre beaucoup de sang. Il avait l'habitude de boire beaucoup de bière, mais il n'avait jamais abusé des spiritueux. Il n'y avait point d'antécédents de cancer dans la famille. Son père vivait encore, âgé de quatre-vingt-trois ans; sa mère avait succombé, à l'âge de soixante-trois ans, à la rupture d'un vaisseau. Six semaines avant son entrée, il remarqua que son urine était très-foncée et ses garde-robes pâles, et qu'il devenait maigre et faible. Vers la même époque, il commença à éprouver des démangeaisons à la peau. Au bout d'une quinzaine, il constata que sa peau jaunissait; maintes fois il fut éveillé la nuit par une douleur au creux de l'estomac, qui était soulagée par une friction en même temps qu'il lui semblait se produire une certaine quantité de gaz. La peau et l'urine prirent une teinte de plus en plus foncée et une quinzaine avant son entrée, il vomit un jour environ un demi-litre de liquide clair, aqueux, sans goût.

A son entrée, le malade est émacié; ictère très-prononcé de la peau et des conjonctives; ce dont il se plaint le plus, c'est d'une très-vive démangeaison par tout le corps, bien que plus marquée à la paume des mains et à la plante des pieds, et qui l'empêchait de dormir. Nombreuses petites ecchymoses sous-cutanées, mais pas d'éruption. L'urine est foncée comme du porter, et donne à un haut degré la réaction du pigment biliaire, mais elle ne contient pas d'albumine. Pas de douleur ni de sensibilité dans la région du foie, qui ne dépassait pas le rebord des côtes, et qui paraissait avoir son volume normal, la matité sur la ligne mammaire droite étant de 3 pouces $\frac{1}{4}$ et l'individu étant de faible stature. Cependant, au niveau de la vésicule biliaire, la matité hépatique semblait dépasser d'un demi-pouce la limite normale. La matité de la rate n'était pas étendue. Il n'y avait pas d'ascite, pas de tumeur abdominale appréciable, pas de développement des veines abdominales, mais un peu de météorisme. Langue humide, avec un enduit blanc. Goût amer, surtout le matin, nausées et perte de l'appétit. Intestins réguliers, selles couleur de l'argile. Signes cardiaques et pulmonaires normaux, sauf que le pouls n'était qu'à 52. Température 36°,4. Le 2 octobre, avant de tomber malade, M. pesait 132 livres; quelques jours après son entrée, il pesait 116.

On lui prescrivit une mixture de 65 centigrammes de bicarbonate de soude avec 20 gouttes de chloroforme à prendre trois fois par jour et une potion à la jusquiame la nuit.

Quelques jours après son entrée, on constata que le malade voyait les objets blancs en jaune. Les conjonctives étaient en même temps considérablement injectées. La vision jaune disparut vers la fin de décembre et ne reparut pas, bien qu'il ne se fût produit aucun changement dans l'ictère ni dans la quantité de sang contenue dans les vaisseaux des conjonctives.

La jusquiame, le chanvre indien, l'opium, les injections sous-cutanées de morphine, la bile de bœuf, l'acide benzoïque et les bains chauds furent successivement employés, mais ne purent calmer les démangeaisons. Le malade se plaignit aussi beaucoup de coliques flatulentes, qui parurent être soulagées par une pilule de créosote (1 goutte) et de galbanum (pilules de galbanum composé, 20 centigrammes) administrée deux fois par jour, et ensuite par la confection de térébenthine. Les pilules de bile de bœuf furent sans résultat. Le 13 décembre et le 28, le malade vomit son déjeuner.

30 décembre. Pour la première fois on sent comme une tumeur dure, profondément située, à peu près grosse comme une noix, à un pouce et demi au-dessus et à droite de l'ombilic; elle n'est pas du tout sensible.

10 février. La tumeur notée précédemment est plus distincte : elle paraît avoir à peu près le volume d'une petite orange et située à droite de l'ombilic; elle est dure et sa surface est légèrement lobulée, mais pas du tout sensible; elle est manifestement mobile et paraît être continue en haut avec le foie, avec lequel elle paraît avoir le même rapport de situation que la vésicule biliaire. Son extrémité inférieure dépasse largement de 2 pouces 1/4 le bord inférieur du foie.

Les démangeaisons continuèrent à être très-vives et à occasionner un grand tourment au malade; mais à trois reprises différentes, le 20 janvier, le 8 février et le 18 mars, elles furent tout de suite et pour de nombreux jours calmées par un mélange contenant 65 centigrammes de bicarbonate de potasse avec 65 centigrammes de nitrate de potasse, pris trois fois par jour. Pendant la dernière quinzaine de février, le malade eut plusieurs crises de douleurs abdominales intenses, durant souvent pendant des heures et soulagées par des éructations de gaz et de liquide. Le 26 février, il vomit de la nourriture. Vers cette époque, il commença à se produire un peu de météorisme. Tout d'abord, le ventre avait été un peu trop libre, trois ou quatre selles par jour, avec des matières de bonne consistance mais de couleur argileuse et très-fétides. L'ictère et la couleur de l'urine variaient d'intensité de temps en temps, cette dernière étant presque noire par suite de la quantité de pigment biliaire. Il n'y avait plus du tout d'appétit, mais il revint sous l'influence des pilules de quinine prescrites le 11 février. Le malade continua à maigrir jusqu'au 4 mars où il ne pesait plus que 105 livres, ce qui faisait une perte de 11 livres depuis son entrée. Après cela, son aspect s'améliora un peu et le 1^{er} avril il avait regagné 3 livres. Vers la fin de janvier, il fut atteint pendant environ huit jours de furoncles, petits mais très-douloureux, siégeant dans le méat de l'oreille gauche. Au commencement de mars parut sur la partie postérieure du cuir chevelu une éruption de petits furoncles douloureux, et à la fin de mars, il se forma à l'occiput et à la partie supérieure du cou un anthrax volumineux en raison duquel le malade fut transféré dans une des salles de chirurgie où il resta trois semaines.

1^{er} mai 1868. — Voici quel est maintenant l'état du malade. Son aspect s'est considérablement amélioré; 5 livres 1/2 de plus que le 4 mars. Ictère manifestement moins intense; l'urine contient moins de pigment biliaire, mais les selles sont toujours argileuses et ne contiennent pas trace de bile.

Les démangeaisons ont été plus intolérables que jamais depuis qu'il prend une mixture contenant de l'acide nitrique et du quinquina. La tumeur a peu changé depuis le 10 février; elle est toujours dure et sans douleur. L'aire de la matité hépatique a évidemment diminué depuis l'entrée du malade. Météorisme moindre et pas d'ascite. L'appétit est meilleur; toujours deux ou trois selles par jour.

27 mai. Le malade a gagné 7 livres depuis le 4 mars; il souffre toujours beaucoup de ses démangeaisons, mais l'ictère est moins prononcé et l'urine moins foncée que lors de son entrée. Il a pris pendant une semaine, trois fois par jour, 2 heures après le repas, une capsule de gélatine contenant environ 20 centigrammes de bile de bœuf, mais les garde-robes sont toujours argileuses et à peine plus foncées qu'auparavant.

6 juin. Le malade a eu, il y a deux jours, une très-violente crise de douleur abdominale, persistant pendant deux heures et accompagnée de vomissements, de sueurs, de sensation de froid à la périphérie et de faiblesse du pouls. L'état général reste le même et la couleur des matières ne change pas.

Après cela, le malade recommença à maigrir (9 juin, 108 livres); il devint plus faible et se plaignit de mal à l'épigastre et d'une douleur cuisante dans les mains. Le 14 juin, il commença à vomir la nourriture et le lendemain les garde-robes étaient noires, comme s'il y eût du sang. Le 19 juin, il pouvait à peine marcher, et on constata que la tumeur était plus grosse et plus vers la droite. Le 25, il vomit des matières mousseuses contenant des sarcines en quantité; un peu d'albumine dans l'urine, ainsi que de nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Le 30 juin, il vomit encore quantité de sarcines; le foie paraissait plus gros et sa face épigastrique était distinctement nodulée. Les vomissements de sarcines et le melœna persistent; l'émaciation et la prostration font de rapides progrès, mais l'ictère diminue, et il n'y a que peu de bile dans l'urine. Le 17 juillet, le bord inférieur du foie arrive à près de 1 pouce et demi de l'ombilic. Le malade a eu un frisson assez marqué et maintenant il y a beaucoup de fièvre, car le pouls s'est élevé de 60 à 96 et la température est à 40° 4. Sueurs nocturnes; un peu d'œdème des pieds. Le 19 juillet, voussure distincte à l'épigastre; le bord inférieur du foie atteignait complètement l'ombilic et la matité hépatique, sur la ligne mammaire droite, mesurait 8 pouces.

Le 23 juillet, le malade ne pesait plus que 92 livres et demie. La fièvre et les sueurs persistaient. Le 26, diarrhée avec selles nettement bilieuses; il n'y a pas eu de démangeaisons pendant trois semaines. Le 29, autre frisson avec violente douleur épigastrique et crampes dans les membres. La douleur à l'épigastre revint fréquemment, et le malade alla en déclinant lentement jusqu'à sa mort, le 3 août. Pendant la dernière semaine de la vie, l'ictère était à peine appréciable et l'urine était pâle et claire.

Autopsie. — Foie considérablement gros, atteignant en bas jusqu'à l'ombilic et parsemé de nombreux amas cancéreux, jusqu'au volume d'une noix; un peu de lymphé récente à sa face inférieure. Au-dessous du lobe droit se trouvait une tumeur arrondie, grosse comme une orange; elle était située à

la place occupée par la vésicule biliaire, mais sans connexion avec cette dernière, et avait pris naissance dans les tuniques du duodénum. Correspondant à cette tumeur, sur la surface muqueuse du duodénum, se trouvait un ulcère cancéreux, commençant à 2 pouces du pylore et d'une étendue de 2 pouces et demi. C'était un cancer médullaire. Le canal cholédoque était assez gros pour admettre le doigt; on pouvait, de là, injecter de l'eau dans le duodénum, à travers un orifice ulcéreux et déchiqueté. La vésicule contenait une once de liquide bilieux ténu, mais pas de calcul. Les conduits biliaires intra-hépatiques étaient très-dilatés, et nombre d'entre eux semblaient se terminer dans de petits abcès contenant un pus jaune épais. Conduits pancréatiques également dilatés. Reins congestionnés. Les autres organes normaux.

OBS. CXXVIII. — *Cancer du duodénum et de l'estomac. — Dépôts secondaires dans le foie, etc. — Ictère et ascite.*

Frédéric R... peintre, âgé de trente-huit ans, fut admis à l'hôpital Middlesex, le 14 février 1870. Pas d'antécédents de cancer dans sa famille. Habitudes d'intempérance jusque près de trois ans avant son entrée, où il eut un accès de delirium tremens. Au commencement de 1868, il eut une ulcération à la gorge sans éruption, mais suivie de desquamation de la peau. A peine rétabli de cela, il commença à avoir mal à l'épigastre, à vomir de temps en temps, ordinairement deux ou trois heures après les repas, et, depuis lors, ces symptômes ont persisté avec une intensité croissante. En août 1869, il remarqua, pour la première fois, une tumeur dure et un peu sensible, située à la partie supérieure de l'abdomen et qui avait continué à augmenter de volume. Depuis le milieu de décembre 1869, il a souffert beaucoup d'une douleur accompagnée d'engourdissement, laquelle partait du côté droit de l'abdomen et descendait en avant le long de la cuisse; elle fut, pendant un mois, si violente, qu'il n'en put dormir. Depuis deux ans, il avait maigri rapidement et avait souffert, de temps en temps, de diarrhée et d'hémorrhoides. Depuis six semaines avant son entrée, il a gardé le lit.

A son entrée, le malade est très-amaigri; les douleurs indiquées précédemment persistent: celle de la cuisse droite augmente lorsqu'il est couché sur le côté droit, et lorsqu'il se met sur le côté gauche, il éprouve, dans la région du foie, une sensation désagréable de tiraillement. C'est sur le dos qu'il se trouve le mieux. Il peut garder le thé de bœuf et le pain en petite quantité, mais la viande et la plupart des aliments solides sont rejetés; les vomissements surviennent de une à plusieurs heures après le repas. Langue humide et blanche, pas d'appétit; ventre un peu resserré pendant les six dernières semaines, et pas de garde-robe depuis quatre jours. Matité hépatique sur la ligne mammaire droite, 6 pouces et demi; à droite de la ligne médiane, le foie est uni et indolent; mais, sur le côté gauche de l'épigastre, se trouve une masse dure, nodulée, sensible, grosse à peu près comme une forte orange, en continuité apparente avec le lobe gauche du foie, mais légèrement mobile. La matité de la rate n'est pas augmentée. Pas d'ictère, pas d'ascite et pas d'enflure des jambes. Pouls à 84; organes thoraciques sains. Urine abondante, claire, densité 1012, ne contenant ni pigment biliaire, ni albumine.

Sous l'influence du bismuth, de l'acide cyanhydrique, de la créosote et des injections sous-cutanées de morphine et d'atropine, les vomissements et les douleurs furent calmés, mais l'appétit ne reparut pas; il y avait beaucoup de flatulence et une constipation opiniâtre; le malade continuait à maigrir et à perdre des forces. Le 1^{er} avril, on constata la présence d'un nodule du volume d'un pois, sous la peau, à un pouce au-dessus de l'ombilic. Le 27 avril, on découvrit de l'ascite; la circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, était de 32 pouces; le 6 mai, elle était de 35. Le 2 mai, enflure des pieds. Le 16, on trouve du pigment biliaire dans l'urine et les matières fécales étaient blanchâtres; le 20, l'ictère était manifeste. Le 28, le malade est bien pire; il est si faible qu'il peut à peine se retourner dans son lit. Langue sèche, paroxysmes de dyspnée, au moindre effort. Vers le soir, stupeur qui persiste jusqu'à la mort, le lendemain matin de bonne heure.

Autopsie. — 4 litres de sérosité claire dans le péritoine. Foie à peu près de volume normal, mais parsemé d'amas de cancer jaune ramolli; capsule épaissie et adhérente. La tumeur qu'on avait sentie durant la vie était située immédiatement au-dessous du lobe gauche du foie et provenait du duodénum et de l'extrémité pylorique de l'estomac. La première portion du duodénum, sur une étendue de 5 pouces, a ses parois considérablement épaissies (2/3 de pouce en certains endroits) par dépôt cancéreux en certains points ferme et translucide et en d'autres plus mou, plus opaque et jaune. Ce dépôt morbide s'étendait également dans l'estomac sur une étendue de 4 à 5 pouces, mais il n'y était pas aussi épais. La muqueuse de la première portion du duodénum et de l'extrémité pylorique de l'estomac était ulcérée sur une grande étendue et le calibre du duodénum en était rétréci. A la face externe du duodénum se trouvait un amas considérable d'excroissances cancéreuses. Les ganglions de la scissure du foie et les ganglions mésentériques étaient également augmentés de volume, de manière à former une tumeur qui pressait sur le péritoine en avant et qui avait produit l'érosion des premières vertèbres lombaires; le corps de ces vertèbres était presque complètement usé. Poids de la rate, environ 150 grammes, normale. Reins, cœur et poumons sains. Les ganglions lymphatiques situés autour de la racine des poumons, gros comme un œuf de poule, par dépôt cancéreux; environ 300 grammes de liquide dans la plèvre gauche.

OBS. CXXIX. — *Cancer du duodénum entourant le canal hépatique. — Cancer secondaire du foie. — Ictère et ascite. — Mort par pneumonie lobulaire.*

Thomas M..., âgé de trente-six ans, charretier, fut admis le 28 juillet 1869 à l'hôpital Middlesex. Père et mère vivants et se portant bien. Pas d'antécédents d'affection maligne dans la famille. Il n'a jamais eu la syphilis et, sauf les maladies contagieuses de l'enfance et une attaque de variole, il a toujours joui d'une bonne santé, jusqu'au moment de la maladie actuelle. Le 24 décembre 1868, il fut complètement mouillé par la pluie et ses vêtements séchèrent sur lui. Trois jours après, il fut pris de toux avec douleur sourde, *aching*, au-dessous du mamelon droit. Au bout de trois jours, la douleur se transporta à l'épigastre et y resta neuf jours, mais, sans être jamais très-