

pénétré dans l'estomac; excitent-ils un sentiment de gêne, de pesanteur, d'étouffement à la partie supérieure de l'épigastre, on devra croire alors que le cancer occupe le cardia et que cet orifice est très-rétréci.

Pronostic. — Le cancer de l'estomac est une affection toujours mortelle. M. Lebert, pourtant, ne croit pas la guérison impossible; Barras a produit des faits pour prouver que la maladie était curable; mais ils sont bien loin d'être concluants, et malheureusement, dans l'état actuel de la science, rien n'établit la possibilité d'une terminaison heureuse. Il est probable que ces prétendus cas de guérison ne sont autres que des exemples d'ulcères simples qu'il est souvent si difficile de distinguer symptomatiquement du cancer de l'estomac, et dont la guérison est possible.

Étiologie. — Le cancer de l'estomac serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme, d'après Chardel; mais M. Lebert établit le contraire. Très-rare avant la puberté et jusqu'à trente ou trente-cinq ans, l'affection est commune de quarante à soixante, et paraît atteindre son maximum de cinquante à soixante-dix; au delà elle n'est pas fréquente, toutefois elle est moins rare qu'avant trente-cinq ans. Cette affection que Bayle disait être plus commune chez les célibataires, est souvent héréditaire; les émotions morales tristes, les chagrins prolongés, sont les causes dont l'action est le mieux démontrée. Le cancer stomacal est également fréquent dans la classe pauvre et dans la classe aisée de la société. On a accusé comme y prédisposant plus particulièrement le tempérament lymphatique, les professions qui, comme celle de tailleur et de cordonnier, forcent ceux qui les exercent à avoir toujours le tronc incliné en avant, le mauvais régime, une alimentation grossière, surtout les habitudes d'ivrognerie, et l'usage des alcooliques à jeun; mais l'action d'aucune de ces causes n'est démontrée. On ne possède aucun renseignement exact sur la fréquence relative du cancer stomacal dans les divers pays. Est-il fréquent en Autriche et rare en Lithuanie, comme le dit J. Frank? Règne-t-il endémiquement dans une vallée voisine de la forêt Noire? Est-il commun en Normandie et dans tous les pays à cidre, comme je l'ai entendu dire généralement aux confrères qui exercent dans ces localités? On ne sait encore rien de précis à cet égard. M. d'Espine a établi qu'à Genève il atteignait $1/38^e$ de la population, et qu'il constituait les $4/9^es$ de la totalité des affections cancéreuses, proportion qui semble être à peu près la même pour Paris.

Le cancer de l'estomac se développe presque toujours d'une manière obscure et sans l'intervention d'aucune cause appréciable; celle-ci, d'ailleurs, de quelque nature qu'elle soit, est impuissante pour faire naître la maladie, à moins que l'individu n'en porte déjà en lui le germe ou la prédisposition.

Traitement. — Il faut soumettre les malades à un régime sévère; on bannira tous les alcooliques, qui excitent en général des douleurs et provoquent des renvois acides. La diète lactée est avantageuse à beaucoup de malades: s'il y a des aigreurs, on devra couper le lait avec un quart ou un cinquième d'eau de Vichy naturelle. Il importe de savoir que beaucoup d'estomacs, qui semblent ne pas supporter le lait, le digèrent pourtant si l'on en varie le mode d'administration ou si l'on fait subir au liquide certains changements: ainsi les uns digèrent seulement le lait froid ou glacé; aux autres il faut du lait chaud; ceux-ci le prennent pur, tandis qu'à ceux-là on doit le mélanger à quelque boisson faiblement aromatique comme une infusion de feuilles d'orange ou de camomille. Quand on le pourra, on devra également prescrire aux malades des bouillons et des potages gras; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements; s'il existe des douleurs très-vives, on n'hésitera pas à

administrer une petite quantité d'opium. Contre les vomissements opiniâtres, on prescrit les boissons gazeuses et la glace. On ne peut guère, comme on le voit, opposer que des palliatifs au cancer de l'estomac; les fondants, le savon amygdalin, la ciguë, le calomel, les exutoires à l'épigastre, etc., n'ont jamais guéri personne. On peut recourir à ces diverses prescriptions pour calmer le moral des malades et leur faire prendre patience; mais on ne doit pas espérer les guérir, ni par ces médicaments ni par aucun autre actuellement connu. Le dépérissement faisant des progrès d'autant plus rapides que l'estomac devient plus impuissant à digérer, on est parvenu parfois à lui rendre en partie ses fonctions digestives en administrant un gramme de pepsine au commencement des repas suivant la méthode du docteur Corvisart. On peut ainsi pallier les accidents et retarder le terme fatale; mais on comprend que ce moyen ne peut guère réussir qu'autant que le pyllore est libre.

Du cancer des intestins.

Le cancer atteint plus rarement les intestins que l'estomac. L'altération dont nous parlons se montre d'ailleurs très-inégalement dans les différentes portions du tube intestinal. Ainsi il est parfaitement établi que le cancer est très-rare dans le jéjunum et dans l'iléon; il l'est un peu moins dans le duodénum; mais cette portion de l'intestin ne s'affecte presque jamais primitivement: le plus souvent, en effet, le cancer du duodénum n'est que l'extension de celui de la région pylorique de l'estomac. Le gros intestin est au moins quatre fois plus souvent affecté de dégénérescence cancéreuse que ne l'est l'intestin grêle; l'altération pourtant n'est pas très-commune dans les diverses portions du côlon, excepté pour l'S iliaque, qui est à elle seule aussi souvent affectée de cancer que toutes les autres portions du côlon réunies. L'altération dont nous parlons se montre encore plus fréquemment dans le cæcum, et plus encore dans le rectum, qui est, après l'estomac, la partie du tube digestif le plus souvent envahie par la dégénérescence squirrheuse. Des faits nombreux ont en outre prouvé que la maladie atteignait préférablement les deux extrémités opposées de cet intestin, et peut-être l'extrémité supérieure avant tout.

Anatomie pathologique. — On peut appliquer au cancer de l'intestin tout ce que nous avons dit du cancer de l'estomac. Les caractères anatomiques sont en effet absolument les mêmes dans les deux cas. La dégénérescence occupe une étendue très-variable en longueur; elle peut envahir aussi toute la circonférence ou n'en occuper qu'une partie, surtout à son début: tel est le cancer du rectum, qui se présente souvent d'abord sous forme d'une plaque bornée à un petit espace et qui offre la dureté des cartilages; ailleurs le cancer débute par des tubercules isolés dont quelques-uns sont pédiculés. Si l'altération est générale et envahit l'intestin dans une grande étendue, celui-ci se présente comme un tuyau dur, solide, dépourvu d'élasticité, et incapable de se contracter. Le calibre d'un intestin cancéreux est toujours plus ou moins diminué; il peut l'être à un point tel de permettre à peine l'introduction du stylet le plus ténu. Les parois intestinales ont alors acquis une épaisseur considérable; Ruysch a vu celle-ci avoir une fois jusqu'à 6 centimètres. Quel que soit le siège du cancer, on trouve toujours la portion d'intestin située au-dessus du mal plus ou moins dilatée en raison de l'accumulation des gaz et des matières fécales; au contraire, la portion placée au-dessous est plus ou moins rétractée. S'il existe deux cancers annulaires à peu de distance l'un de l'autre, disposition

qui n'est pas très-rare dans le rectum, on observe également une dilatation considérable dans la portion intermédiaire qui est saine, car les matières fécales qui y arrivent en sortent difficilement, et s'y accumulent comme dans une sorte de réservoir. La distension de cette poche et de la portion d'intestin située tout à fait au-dessus de l'altération peut être portée au point de produire la déchirure du cancer si celui-ci est ramolli; cet accident est suivi aussitôt d'un épanchement de matières fécales dans le ventre. Cependant la communication de l'intestin avec le péritoine, avec le tissu cellulaire ou avec un organe voisin, s'établit le plus souvent par suite de l'ulcération du produit morbide. Celui-ci envahit souvent les parties environnantes : c'est ainsi que le cancer du rectum se propage quelquefois à la vessie chez l'homme, et au vagin chez la femme. On voit d'autres fois des anses intestinales, simplement accolées avec les parties cancéreuses, contracter d'abord adhérence avec celles-ci par suite d'une péritonite locale, puis être envahies à leur tour par la dégénérescence cancéreuse : c'est ainsi qu'on a vu quelquefois une communication insolite s'établir entre deux points éloignés du tube digestif, entre le duodénum et le côlon transverse, par exemple.

Symptômes. Marche. — Si le cancer est peu étendu et s'il n'a pas beaucoup diminué le calibre de l'intestin, il pourra ne donner lieu à aucun trouble et passer inaperçu : c'est ainsi que j'ai plusieurs fois rencontré à l'ouverture des cadavres une dégénérescence squirrheuse de l'intestin grêle ou du gros intestin, ayant plusieurs centimètres de longueur, chez des sujets emportés par diverses maladies, et qui n'avaient encore offert aucun trouble notable du côté des organes digestifs. Dans la plupart des cas cependant, le cancer intestinal entraîne après lui divers accidents locaux. L'altération occupe-t-elle le duodénum, on note beaucoup de troubles fonctionnels qui appartiennent au cancer de l'estomac. Si c'est l'intestin grêle qui est affecté, les malades ont des alternatives de diarrhée et de constipation; ils se plaignent de coliques; ils ont une douleur plus ou moins fixe, et, en palpant l'abdomen, on découvre souvent une tumeur dure, bosselée, douloureuse, mate à la percussion, et plus ou moins mobile. Le cancer siège-t-il dans le rectum, souvent on peut en constater l'existence par le toucher : les malades éprouvent de la difficulté à aller à la selle, et ce n'est souvent qu'après des efforts inouïs qu'ils rendent des matières rubanées, ainsi que nous l'avons déjà exposé précédemment. Les fèces sont souvent teintées de sang; ce liquide coule aussi quelquefois abondamment dans l'intervalle des selles. Mais, le plus souvent, au lieu de sang pur, les malades rendent d'une manière continue une matière puriforme, sanieuse, fétide, ce qui les force à se garnir. Quel que soit le siège du cancer, si celui-ci rétrécit sensiblement le calibre de l'intestin, on constatera tous les signes qu'on observe quand il existe un obstacle au cours des matières fécales; et si l'oblitération devient complète, on verra se déclarer tous les symptômes de l'iléus.

Cependant il arrive parfois que les troubles qui indiquent un rétrécissement de l'intestin disparaissent : ainsi le ventre, qui était très-météorisé, s'affaisse, et à la constipation succède de la diarrhée. Cet effet a lieu toutes les fois que le cancer, en se ramollissant ou en s'ulcérant, permet à l'intestin de reprendre au niveau des parties malades son calibre primitif, et parfois même des dimensions encore plus considérables. Quelquefois aussi la cessation ou la diminution des accidents provient de ce qu'une communication insolite s'est établie entre l'intestin malade et une portion saine du tube intestinal. Quand un cancer de la partie inférieure du rectum vient à se ramollir, il existe non-seule-

ment un suintement sanieux habituel mêlé à des débris cancéreux, mais de plus il y a ordinairement incontinence des matières fécales. Beaucoup de malades éprouvent alors un sentiment de bien-être et se disent soulagés; cependant, dans ces cas, leur affection est réellement parvenue à une période plus avancée : l'amaigrissement, le marasme, tous les signes de la cachexie cancéreuse font des progrès encore plus rapides qu'auparavant; la mort ne tarde pas à arriver.

Le cancer intestinal a toujours une issue fatale. Parmi les malades, les uns succombent lentement et par les progrès de la cachexie cancéreuse; les autres meurent avec des symptômes d'occlusion intestinale; enfin il en est qui sont emportés par une péritonite produite tantôt par la seule présence du cancer, tantôt consécutive à la perforation ou à la rupture de l'anse intestinale.

Diagnostic. — Rien ne peut faire distinguer le cancer duodénal de celui qui affecte la portion pylorique de l'estomac. Le cancer de l'iléon et du jéjunum, celui du cæcum et du côlon, sont aussi très-souvent méconnus, lorsqu'ils ne déterminent pas de tumeur appréciable. Cependant les alternatives de constipation et de diarrhée, les signes d'un obstacle habituel au cours des matières intestinales, se révélant surtout par un météorisme permanent, et qui est d'autant plus général et plus intense que l'altération occupe un point de l'intestin plus voisin du rectum, sont déjà des signes qui doivent éveiller l'attention. Si en outre le malade maigrit, dépérit, sans qu'aucune lésion manifeste explique ces troubles de la nutrition; si l'individu, enfin, est parvenu à cette période de la vie dans laquelle les affections carcinomateuses surviennent, on devra soupçonner cette dégénérescence dans un point du tube intestinal. Le diagnostic acquerra un point de probabilité de plus lorsqu'on constatera l'existence d'une tumeur mate, dure, bosselée, plus ou moins douloureuse. On ne saurait croire, en effet, à un amas de matières fécales; car, dans ce cas, on pourrait, par la pression, diviser ou au moins faire cheminer la tumeur; celle-ci d'ailleurs se déplace spontanément, et, au bout de quelque temps, on ne la trouve plus dans le même point; l'administration d'un purgatif suffit pour la faire disparaître; ajoutons enfin qu'elle ne coïncide pas avec les signes de dépérissement qui existent dans les cas de cancer. Le diagnostic peut être établi d'une manière tout à fait certaine, lorsque le cancer, occupant le rectum, produit un suintement sanguinolent habituel, et lorsqu'on peut l'atteindre à l'aide du doigt indicateur. Cependant il faut savoir que des inflammations chroniques de la partie inférieure du rectum et que des indurations de nature vénérienne simulent quelquefois, à s'y méprendre, un cancer de cette partie, et ont donné lieu souvent à des méprises fâcheuses. Ces indurations, qui surviennent communément à la suite d'hémorroïdes, d'abcès stercoraux, d'eczémas chroniques, etc., peuvent offrir la plupart des apparences du squirrhé. Cependant les tissus simplement enflammés n'ont pas la dureté du squirrhé : la pression est moins douloureuse; il y a des moments de calme et d'exacerbation plus marqués que dans le cancer. Quant aux indurations vénériennes, on aura égard aux commémoratifs et aux symptômes concomitants. La ressemblance avec la dégénérescence squirrheuse est pourtant tellement frappante quelquefois, qu'il faut recourir au traitement mercuriel pour pouvoir s'éclaircir sur la nature de l'altération.

Étiologie. — Le cancer intestinal paraît être plus fréquent chez l'homme que chez la femme; c'est après quarante ans qu'il est le plus commun. Ses causes prédisposantes et déterminantes nous sont aussi inconnues que celles du cancer de l'estomac. Tout ce qu'on a dit de l'influence qu'exerceraient l'en-

térite, le mauvais régime, les excès, la constipation, la sodomie, n'est point démontré.

Traitement. — Le traitement du cancer intestinal est purement palliatif. A quelque hauteur qu'il siège, il faut conseiller au malade de se nourrir d'aliment donnant peu de résidus. S'il occupe le rectum, on cherchera à le dilater par tous les moyens dont nous avons parlé précédemment (page 351).

Du cancer du pancréas.

Le cancer du pancréas est une affection très-rare et fort peu connue dans ses symptômes, comme le sont d'ailleurs presque toutes les lésions de ce viscère.

Le cancer du pancréas se présente le plus souvent sous la forme du squirrhe, plus rarement sous celle de l'encéphaloïde; il peut se ramollir, s'ulcérer et entraîner consécutivement la désorganisation des viscères voisins. Tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie du pancréas sont unanimes pour dire que les lésions organiques de ce viscère sont d'un diagnostic extrêmement difficile, et que le plus souvent, à peine soupçonnées pendant la vie, elles ne sont reconnues qu'à l'ouverture du cadavre.

Tous les individus qui portent un cancer du pancréas éprouvent quelques troubles du côté des fonctions digestives. La plupart ont d'abord des éructations de matières muqueuses, blanchâtres, plus ou moins analogues à la salive; souvent il y a des aigreurs qui déterminent un sentiment de brûlure le long de l'œsophage et à la gorge; plus tard, ce sont des vomissements aqueux, bilieux, alimentaires, et qui sont généralement aussi opiniâtres que ceux qui tiennent au cancer de l'estomac. Ces vomissements sont le plus souvent purement sympathiques, mais quelquefois ils sont produits par la compression que le pancréas exerce sur la portion pylorique de l'estomac ou sur le duodénum; les vomissements bilieux se remarquent surtout lorsque, la compression portant sur la dernière portion du duodénum, la bile ne peut plus fluer librement dans l'intestin grêle. Toujours il existe soit de la constipation, soit de la diarrhée; suivant Bright, une partie des matières évacuées serait formée par une matière grasseuse ayant une teinte jaunâtre et exhalant une grande fétidité. Cette matière, que Bostock a analysée, est regardée comme de la graisse; elle est souvent mêlée aux fèces, mais elle s'en sépare promptement, elle surnage alors et elle flotte à la surface, comme le feraient des globules de suif figés, ou bien elle forme une croûte épaisse, surtout sur les bords du vase; enfin elle peut constituer une pellicule mince qui enveloppe toute la masse. Ce signe important, rencontré dans trois cas, a reçu une sorte de sanction des belles expériences de M. Cl. Bernard. Ce physiologiste éminent établit, en effet, que le liquide pancréatique est destiné à émulsionner les matières grasses contenues dans les aliments; cette transformation devient sinon impossible, du moins incomplète, lorsque le pancréas offre une des altérations qui s'opposent à la sécrétion ou à l'excrétion du fluide pancréatique. Ces selles grasseuses, quand elles existent, appellent l'attention sur une lésion du pancréas sans pouvoir pourtant en préciser la nature.

Les malades atteints d'un cancer du pancréas éprouvent une douleur plus ou moins vive, que les uns rapportent à l'épigastre, d'autres à l'ombilic ou vers les hypochondres, ou même dans le dos. En explorant le ventre avec soin, on constate souvent entre l'épigastre et l'ombilic une tumeur profonde, peu mobile,

généralement bosselée, mate, et qui est parfois soulevée par les battements de l'aorte. Elle est le siège de douleurs vives, et quelquefois d'un simple sentiment de pesanteur.

On a regardé la salivation comme un symptôme très-fréquent dans les affections organiques du pancréas; ce ptyalisme pourrait, dit-on, devenir parfois excessif: ainsi J. P. Frank parle d'un individu qui, emporté par un squirrhe du pancréas qui l'avait réduit au marasme, rejetait par jour 3 kilogrammes de salive. Je ne sais si ce ptyalisme tenait bien à la maladie, ou s'il ne constituait pas un accident tout à fait indépendant d'elle. Quoi qu'il en soit, c'est un signe que j'ai toujours vu manquer dans tous les cas de cancer de pancréas, soit primitif, soit secondaire, que j'ai rencontrés. L'ictère est, par contre, un symptôme assez fréquent et dont on comprend fort bien le mécanisme; on l'observe spécialement dans les cas où le pancréas squirrheux, comprimant le canal cholédoque, empêche la bile de fluer dans l'intestin.

Le cancer du pancréas exerce toujours une influence fâcheuse sur la nutrition; les malades maigrissent dès le début, et arrivent plus ou moins rapidement au dernier degré de marasme.

En résumé, les phénomènes qui devront le plus spécialement fixer l'attention sont les troubles digestifs, surtout les vomissements aqueux, la diarrhée, les selles grasseuses, l'émaciation progressive, symptômes coïncidant avec l'apparition d'une tumeur dure dans le point où le pancréas existe. Cette tumeur, par son siège et sa forme, ne peut jamais être confondue avec une saillie du foie. Il semble qu'elle pourrait se distinguer d'une tumeur du pylore par sa position plus profonde, mais ce caractère n'a pas une grande valeur. D'ailleurs, quand la tête du pancréas vient s'appliquer contre le pylore et le rétrécir, il n'y a aucun moyen de préciser le point de départ de la tumeur; dans ces cas, vu la rareté des affections du pancréas et la fréquence des maladies organiques du pylore, on est excusable de croire plutôt à celles-ci qu'aux premières, et cela avec d'autant plus de raison que la compression du pylore par la tumeur du pancréas produit des vomissements opiniâtres et la dilatation de l'estomac, exactement comme si le rétrécissement était dû à la transformation squirrheuse des parois gastriques. Cependant l'absence des autres symptômes propres au cancer de l'estomac, et notamment des vomissements noirs, d'autre part le ptyalisme et les déjections huileuses, pourraient peut-être autoriser le médecin à hasarder un jugement sur le siège de l'affection. Mais il importe peu de donner au diagnostic ce degré de précision, car, quel qu'il soit le point de départ du cancer, qu'il affecte le pancréas, l'estomac ou le duodénum, le malade n'en est pas moins voué à une mort inévitable.

Le rôle du médecin se borne à faire une médecine purement palliative. L'opium conviendra, soit pour calmer les douleurs, soit pour modérer la diarrhée; les boissons gazeuses et la glace seront employées contre les vomissements. Quant au ptyalisme, il est douteux, si toutefois il existe, qu'on puisse exercer une action sur lui. On n'en devrait pas moins essayer en pareil cas l'usage des collutoires astringents.

Du cancer du foie.

Le cancer du foie est presque aussi commun que celui de l'estomac. C'est une des altérations chroniques du foie que nous observons le plus souvent dans notre climat.

Anatomie pathologique. — Le squirrhe et l'encéphaloïde sont à peu près

les deux seules formes de cancer qu'on rencontre dans le foie : la seconde est de beaucoup la plus commune. Le cancer du foie peut envahir entièrement et uniformément une portion plus ou moins considérable de l'organe, comme un lobe, ou bien exister sous forme de tumeurs multiples. Ce dernier cas est le plus commun; quelques faits nous portent même à penser que le cancer du foie existe toujours au début par masses distinctes, isolées, qui, en s'agrandissant, finissent par converger les unes vers les autres et se confondre. Quand on incise le foie à ce niveau, il n'existe plus de vestige du tissu propre de l'organe; mais à sa place on trouve un tissu blanc ou grisâtre criant sous le scalpel, ou bien une matière molle, rougeâtre, sillonnée de vaisseaux, dans laquelle se forment parfois des foyers apoplectiques.

Lorsque le cancer existe sous forme de masses disséminées, on voit celles-ci être répandues parfois uniformément dans toute l'étendue du foie; lorsqu'elles n'occupent qu'un lobe, c'est presque toujours le droit; elles siègent de préférence à la superficie de l'organe, plutôt vers sa face convexe que du côté opposé; les plus volumineuses se rencontrent ordinairement, d'après M. Cruveilhier, au niveau du ligament suspenseur. Ces masses peuvent ne pas dépasser la surface de l'organe, ou bien elles forment un relief de quelques millimètres, et tranchent, par leur teinte grisâtre, blanchâtre ou rougeâtre, avec la couleur du tissu hépatique. Beaucoup de ces tumeurs sont colorées en vert ou en jaune par la bile; quelques-unes sont déprimées à leur centre en forme de godet; elles peuvent être dures ou ramollies en partie ou en totalité. Leur grosseur varie depuis l'état miliaire jusqu'au volume d'une tête de fœtus; la plupart sont grosses comme une noix ou une amande. Leur nombre n'est pas moins variable : on n'en compte parfois que douze ou quinze; souvent il y en a plus de cinquante, plus de cent, et même un ou plusieurs mille; leur nombre est toujours en raison inverse de leur volume. Quant à leur consistance, les unes sont plus dures que le parenchyme hépatique, les autres sont molles et se réduisent même en bouillie rougeâtre à la moindre pression. Dans leur intervalle, le parenchyme du foie est parfois sain, le tissu qui les entoure immédiatement semble n'être que refoulé; mais quelquefois il a subi une atrophie manifeste; ailleurs il est tantôt décoloré, tantôt injecté; parfois il est le siège d'hémorragies interstitielles. Enfin, ainsi que M. Monneret l'a remarqué, on peut encore trouver dans un foie cancéreux de la dégénérescence graisseuse, de la cirrhose, un épaissement, une induration de la capsule de Glisson. Les masses squirrheuses sont, en général, facilement énucléables; elles ne paraissent avoir aucune connexion vasculaire avec le foie; nous ne les avons jamais trouvées enkystées. Il est bien manifeste que ces tumeurs sont formées par un simple dépôt de matière cancéreuse au milieu du foie et nullement par une transformation du tissu; au début on ne voit que des petits points blanchâtres ou grisâtres. M. Andral a aussi supposé que les masses cancéreuses pouvaient avoir pour point de départ un épanchement sanguin qui, après s'être coagulé dans les tissus, y subissait ensuite diverses transformations. Sans nier la possibilité de ce fait, nous le croyons néanmoins fort rare.

En général, le foie cancéreux est plus ou moins altéré dans son volume : celui-ci est presque toujours augmenté; dans quelques cas pourtant il est moindre, et l'organe subit même quelquefois une atrophie considérable.

Dans le cancer hépatique, les canaux biliaires sont souvent intacts; mais si le produit accidentel s'est développé dans le voisinage des voies biliaires, les conduits extérieurs de la bile, comprimés ou oblitérés dans un point, sont dilatés dans le reste de leur étendue. Quant aux troncs veineux, soit de la veine

porte, soit des veines hépatiques, souvent on les trouve obstrués par la matière encéphaloïde, et parfois leurs parois sont envahies par le mal. Les ganglions qui occupent la scissure sont souvent dégénérés, et ils compriment parfois les vaisseaux biliaires.

Chez la plupart des malades qui succombent avec un cancer du foie, on trouve une lésion de même nature dans l'estomac; celle-ci s'est peut-être toujours développée la première. Le plus ordinairement aussi il existe un épanchement ascitique plus ou moins considérable; souvent il y a des adhérences partielles ou générales entre le foie et les parois abdominales : c'est ce qui a lieu lorsque les masses cancéreuses, arrivant tout à fait à la surface, enflamment le péritoine. Cette séreuse peut renfermer une grande quantité de sang lorsque le cancer a été le siège d'une hémorrhagie interstitielle suivie de la déchirure ou de l'ulcération du péritoine.

Symptômes. Marche. — Rien n'est plus variable que les troubles locaux et généraux produits par le développement des masses cancéreuses dans le foie; cependant voici ceux qu'on observe dans le plus grand nombre des cas. Les individus, d'après l'observation de M. Monneret, éprouveraient, avec toute autre manifestation morbide, une ou plusieurs indigestions. Ils perdent l'appétit, leur digestion est pénible, accompagnée d'un dégagement considérable de gaz; il y a un sentiment de malaise, de pesanteur à l'épigastre; parfois les malades se plaignent de douleurs violentes dans cette région ou à l'hypochondre; presque tous ont des nausées et beaucoup vomissent, soit à des intervalles rapprochés, soit de loin en loin. Les vomissements, très-rarement sanglants ou mélaniques, sont formés de matières alimentaires, de mucus ou de bile. M. Monneret, dans l'excellent travail qu'il a publié sur le cancer du foie (1), insiste beaucoup sur les nausées et les vomiturations qui tourmentent les malades, ainsi que sur l'anorexie et la dépravation du goût dont ils sont affectés. Au milieu de ces désordres, la langue reste humide, à peine couverte de quelque enduit blanchâtre; la soif, variable, est le plus souvent nulle; les selles sont ordinairement naturelles, parfois plus rares, en général colorées comme à l'état normal, à moins d'obstacles dans les canaux biliaires. Quelques-uns sont pris d'ictère, parfois dès le début, ordinairement à une période plus ou moins avancée du mal. La couleur ictérique peut offrir de nombreuses alternatives sans pourtant jamais cesser entièrement. Le foie étant presque toujours augmenté de volume, on sent dans l'hypochondre une tumeur, souvent inégale et bosselée. Elle n'a pas toujours la même consistance : ainsi quelquefois elle a une dureté très-grande, et donne, quand on la percute, une grande résistance au doigt; d'autres fois elle est élastique, rénitente : enfin elle peut être tout à fait molle, donner même une sensation de fluctuation, ce qui induit souvent en erreur sur la nature de la maladie. Lorsque la surface du foie est bosselée par suite de la saillie que forment les masses cancéreuses qui y sont disséminées, on sent très-bien ces inégalités à travers la paroi abdominale, et l'on reconnaît souvent qu'elles n'ont pas toutes la même consistance : ainsi il en est qui sont très-dures et pointues, d'autres sont molles et se laissent déprimer par le doigt. Ordinairement elles sont complètement indolores; dans quelques cas, pourtant, la moindre pression réveille de la douleur. Chez la plupart des individus dont je parle on constate tôt ou tard un épanchement ascitique dont la formation s'explique surtout par la compression que le foie, de-

(1) Archives générales de médecine, numéro de mai, année 1855.

venu plus volumineux, exerce sur les veines, et souvent aussi par suite de l'obstruction de ces vaisseaux par la matière cancéreuse.

Le cancer du foie modifie de bonne heure la nutrition : les malades perdent dès le début un peu de leur embonpoint, ainsi que leurs forces ; ces symptômes précèdent parfois d'assez longtemps les douleurs et les troubles digestifs. Presque tous se plaignent d'oppression, d'étouffement, et beaucoup ont des palpitations. Ces accidents, qui ont été surtout notés par MM. Heyfelder et Cruveilhier, s'expliquent surtout par la gêne qu'apporte à la respiration le foie augmenté de volume et remontant assez haut dans l'intérieur de la poitrine. Les vomissements, presque toujours sympathiques, peuvent aussi s'expliquer mécaniquement par la compression que le foie volumineux exerce sur l'estomac et sur le duodénum. Nous avons vu dans un cas des symptômes d'iléus résulter de la compression qu'une masse encéphaloïde du foie exerçait sur le point de jonction des côlons ascendant et transverse : l'ictère lui-même dépend presque toujours d'un obstacle au cours de la bile. Enfin les gastrorrhagies et les entérorrhagies, qu'on observe dans des cas fort rares, s'expliquent par la gêne que la circulation éprouve dans la veine porte, et consécutivement dans les vaisseaux qui la forment. Nous n'avons pas reconnu pourtant que les individus atteints d'un cancer du foie, ni de toute autre affection de ce viscère, comme hypertrophie ou cirrhose, fussent plus sujets que d'autres aux hémorroïdes.

Les malades atteints du cancer du foie m'ont paru apyrétiques, comme tous les cancéreux. M. Monneret note pourtant à une période un peu avancée un état fébrile, soit continu, soit rémittent, soit intermittent, phénomène qui n'a pas encore suffisamment fixé mon attention ; il est possible, en effet, que la fièvre s'allume, s'il existe de la suppuration ou bien encore quelque complication phlegmasique ; mais, à l'état de simplicité, le cancer du foie ne diffère pas probablement des autres cancers, c'est-à-dire qu'il est comme eux complètement apyrétique.

Le cancer du foie a une marche toujours ascendante, et se termine constamment d'une manière funeste ; c'est un des cancers qui marchent le plus vite. M. Monneret l'a vu se terminer en vingt jours, le plus souvent il dure quelques mois seulement. Je doute que les malades qui en sont atteints puissent jamais prolonger leur existence pendant plusieurs années, comme Frerichs l'a supposé.

Diagnostic. — M. Heyfelder a dit avec raison qu'on ne pouvait diagnostiquer un cancer du foie qu'autant que l'organe avait subi une augmentation de volume, car c'est alors seulement qu'on peut sentir les tumeurs inégales dont nous avons parlé. Ces tumeurs se distinguent de celles qu'on rencontre dans quelques cas d'hypertrophie et de cirrhose par la sensation différente qu'elles donnent au toucher. En effet, les premières sont dures, tandis que les autres sont molles et dépressibles ; plusieurs même sont déprimées au centre, disposition qu'on ne trouve pas dans celles auxquelles je les compare. Quand le cancer existe en masse, on pourrait croire à une hypertrophie du foie ou à l'existence d'un kyste hydatique ; mais le cancer se distinguera de l'hypertrophie en ce qu'il change plus ou moins la configuration de l'organe, tandis que, dans cette dernière, la forme du foie est respectée. En outre, la consistance, dans le premier cas, est ou plus considérable ou moindre, et souvent, en palpant avec soin, on reconnaît divers degrés de résistance : ainsi, tandis que dans un point on sent au palper et à la percussion une dureté extrême, dans un point voisin il existe de la mollesse et même de la fluctuation ; c'est ce qui explique comment dans quelques cas on a pris un encéphaloïde ramolli pour un abcès.

Il n'est pas possible de faire une pareille méprise lorsque l'abcès succède à une hépatite aiguë ; mais quand l'abcès survient lentement, et lorsqu'il est précédé des troubles graves du côté de la digestion et de la nutrition qu'on observe dans l'hépatite chronique, nous croyons qu'on peut être fort embarrassé. Cependant, en pareil cas, vu la fréquence des encéphaloïdes et la rareté de l'hépatite chronique dans notre climat, on inclinera plutôt vers la première de ces maladies que vers la seconde. L'absence de la couleur jauné-paille pourrait, dans quelques cas, augmenter les doutes ; car, dans beaucoup de cancers, cette coloration est masquée par celle de l'ictère, et celui-ci, une fois déclaré, reste à peu près permanent. Enfin, dans le doute, on peut tenter une ponction exploratrice ; c'est ce que nous avons fait avec M. Richet dans un cas où le diagnostic était des plus obscurs.

Il ne faut pas oublier que la diathèse syphilitique peut produire une intumescence du foie avec des inégalités à sa surface, pouvant simuler celles que le cancer produit. Dans ces cas difficiles, on s'éclairera par les antécédents et par les autres symptômes concomitants de syphilis.

Pour les cancers du foie qui ne s'accompagnent pas de tumeur, on aura égard aux signes indiqués par M. Monneret, nausées, vomiturations, dégoût persistant, douleurs plus vives, appareil fébrile rémittent ou intermittent, marche rapide de l'affection. Ces caractères différencient le cancer du foie du cancer si commun qui occupe la petite courbure de l'estomac.

Pronostic. — Il est inutile de dire que le cancer du foie est incurable.

Étiologie. — On ignore tout à fait les causes spéciales qui déterminent la diathèse cancéreuse à porter son action sur le foie ; tout ce qu'on sait à ce sujet, c'est que l'altération est beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes, et que, rare avant quarante ans, elle atteint surtout les individus compris entre quarante et soixante et dix ans. Le cancer du foie, d'ailleurs, qui dans quelques cas est primitif, se développe, chez l'immense majorité des sujets, consécutivement à un autre cancer externe et surtout à un cancer viscéral : ainsi chacun sait combien il est commun de trouver des masses cancéreuses dans le foie des personnes emportées par un carcinome de l'estomac.

Traitement. — La médecine est encore ici toute palliative. (Voyez les autres cancers.)

Du cancer des voies biliaires.

Nous n'avons point à parler des cas nombreux où les voies biliaires sont envahies par le cancer du foie, mais seulement de ceux où l'affection atteint primitivement la vésicule du fiel ou les conduits excréteurs de la bile, sans que la structure du foie soit aucunement altérée. Des faits de ce genre ont été surtout rapportés par M. Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique*, et par le docteur Durand-Fardel dans un travail inséré dans les numéros de juin 1840 et avril 1841 des *Archives générales de médecine*. Le cancer peut se présenter dans la vésicule sous les formes du squirrhe, de l'encéphaloïde ou de la matière colloïde. Celle-ci est ordinairement contenue dans la vésicule, à la face interne de laquelle elle semble avoir végété. Le cancer de la vésicule biliaire est remarquable en ce que, dans la généralité des cas, il paraît s'étendre à la portion correspondante du côlon, après avoir préalablement adhéré à cet intestin. La vésicule cancéreuse contient assez souvent des calculs dans son intérieur.

On ne sait encore rien de précis sur la symptomatologie du cancer de la vésicule biliaire; chez les malades qui ont présenté cette altération, on a noté surtout des douleurs plus ou moins vives vers l'hypochondre droit, où existait une tumeur circonscrite, pyriforme, plus ou moins bosselée; il y avait de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée, du dépérissement, enfin on voyait quelquefois un ictère plus ou moins intense.

Les symptômes précédents n'offrent rien de bien caractéristique; cependant l'existence d'une tumeur circonscrite dans la région occupée par la vésicule, et l'absence de toute augmentation de volume ou de déformation appréciables du foie lui-même, si elles ne sont pas des signes certains que le cancer est limité au réservoir de la bile, doivent néanmoins porter à le croire. D'ailleurs il importe peu pour le malade de donner au diagnostic une pareille précision, car le cancer de la vésicule est une affection aussi nécessairement mortelle que l'est le cancer du foie; peut-être le premier a-t-il une marche moins rapide que celui-ci, et permet-il au malade de vivre un peu plus longtemps.

Du cancer des reins.

Les reins sont beaucoup moins souvent affectés de cancer que le foie et que le tube digestif. La dégénérescence encéphaloïde est la forme qu'on rencontre le plus fréquemment, tandis que le squirrhe est fort rare. Presque toujours l'altération débute par un seul rein; elle peut plus tard envahir celui du côté opposé; la substance corticale est affectée la première, mais plus tard l'altération peut gagner la substance tubuleuse. On rencontre le plus ordinairement dans les reins cancéreux des masses encéphaloïdes disséminées, entre lesquelles le tissu rénal est tantôt sain, tantôt plus ou moins injecté. Le rein peut conserver ses dimensions ou en acquérir d'énormes; dans ce dernier cas sa surface est inégale et hérissée d'un grand nombre de bosselures dont le volume varie depuis celui d'un grain de cassis jusqu'à celui d'un œuf de poule; elles sont en général très-irrégulièrement disséminées. Quand les reins sont entièrement envahis, ils ne présentent plus de vestige de leur organisation première; informes, bosselés, ils sont en partie ramollis et creusés de cavernes remplies de détritits rougeâtres. J'ai vu pourtant une fois le rein, décuplé de volume, former une espèce de kyste dont les parois étaient constituées par la substance corticale, et qui était rempli d'une matière colloïde. Quelle que soit la forme du cancer, la tunique fibreuse des reins est ordinairement épaissie, les ganglions de la scissure sont généralement pénétrés de matière encéphaloïde; les veines rénales et la veine cave elle-même peuvent contenir des caillots fibrineux mêlés à du détritits cancéreux. Le péritoine contient plus ou moins de sérosité.

Symptômes. Diagnostic. — Dans le cancer des reins, les malades accusent généralement des douleurs plus ou moins vives dans la région lombaire; elles peuvent être continues ou exacerbantes; il n'est pas rare pourtant de voir des malades qui, n'accusant aucune espèce de souffrance, maigrissent, présentent de temps en temps quelques troubles digestifs, des symptômes d'indigestion; puis, sans cause, on les voit tout à coup uriner du sang en quantité plus ou moins considérable. Le sang peut être rouge, ou bien il est complètement noir. On a dit qu'il exhalait parfois une odeur plus ou moins fétide; cela tient plutôt à l'urine même, qui peut devenir rapidement ammoniacale lorsque la vessie est plus ou moins irritée. Au bout d'un certain temps, le rein augmente de volume et forme une tumeur dure, bosselée, appréciable au toucher,

et qu'on distingue au-dessous du rebord costal et dans le flanc, quelquefois même elle s'étend de l'hypochondre jusqu'à la crête de l'os iliaque. On en apprécie l'épaisseur facilement lorsqu'on porte profondément une main en avant, l'autre en arrière dans le point correspondant; par la percussion on parvient à limiter aussi le rein malade des organes voisins. Comme dans toute affection cancéreuse on voit la nutrition s'altérer rapidement, l'appétit finit par se perdre, les digestions deviennent difficiles; il y a de la diarrhée et souvent des vomissements; enfin, fréquemment, les extrémités s'infiltrent, ce qui s'explique par la cachexie cancéreuse, et souvent aussi par l'obstruction de la veine cave au moyen des caillots.

Il n'est pas rare que le cancer des reins soit tout à fait latent; on voit alors manquer l'hématurie, et si l'organe conserve à peu près son volume, on ne sent alors aucune tumeur. Quelques-uns de ces malades se plaignent seulement d'une douleur profonde, tantôt obtuse, tantôt lancinante, siégeant dans une des régions lombaires; mais on conçoit que ce symptôme n'a rien de caractéristique, puisqu'il peut tout aussi bien dépendre d'une autre affection des reins ou d'une maladie du tissu cellulaire ou du corps des vertèbres. Cependant tôt ou tard quelque symptôme nouveau vient éclairer le diagnostic: ainsi, comme l'observe M. Rayer, l'apparition d'une hématurie chez un malade qui éprouve habituellement des douleurs lombaires, sans avoir rendu antérieurement du sable ou des graviers, sans avoir été atteint d'une rétention d'urine complète ou incomplète, devient significative si les douleurs existent dans l'intervalle des hématuries comme pendant leur durée, si elles se renouvellent sans causes appréciables.

D'après la marche seule de la maladie, il sera aisé de ne pas confondre le cancer rénal formant tumeur avec la pyélite calculeuse s'accompagnant de distension du bassinet et des calices. Une intumescence de la rate ne pourra pas être prise pour une tumeur cancéreuse des reins, si l'on a égard à la position superficielle de la tumeur splénique, à son bord antérieur, qui est obtus, à sa forme, à son siège, que la percussion permet de déterminer très-exactement. Par la même raison, il sera facile de ne pas prendre le rein cancéreux pour une tumeur du foie. Enfin, avec un peu d'attention, on distinguera une tumeur de l'ovaire de celle qui résulte d'une dégénérescence encéphaloïde des reins; car la première, pyriforme, arrondie, se développe de bas en haut; elle est plus ou moins mobile et plonge dans le bassin; le toucher vaginal enfin fait reconnaître qu'elle tient à l'utérus par la facilité avec laquelle on lui imprime des mouvements en agissant sur cet organe.

Le cancer des reins, s'il ne forme pas tumeur, pourrait en imposer pour un cancer vésical. Cependant on arrivera aisément au diagnostic, si l'on considère que dans ce dernier les douleurs sont concentrées à l'hypogastre, où par le palper on découvre souvent une tumeur dure et arrondie. Par le cathétérisme on a parfois la sensation d'une masse molle et fongueuse, et l'instrument entraîne avec lui des matières sanieuses et des détritits cancéreux. Dans tous les cas, des urines troubles, sanguinolentes, plus ou moins fétides, sont rendues fréquemment et d'une manière involontaire, ou bien péniblement, après beaucoup d'efforts et à d'assez longs intervalles.

Pronostic. — Le cancer rénal est une affection toujours incurable.

Étiologie. — Cette maladie paraît être beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes; elle attaque de préférence les individus d'un âge mûr et les vieillards; elle envahit plus fréquemment le rein droit que le rein gauche. Le cancer rénal peut être primitif; mais souvent aussi il est con-