

nairement par secousses, qu'il y a des temps d'arrêt alternant avec des poussées, où les tumeurs deviennent plus douloureuses et augmentent rapidement de volume.

Le développement du cancer a ses limites, dans le foie comme dans toutes les parties où il peut se développer; lorsqu'il existe depuis longtemps, on trouve ordinairement les traces d'un travail de rétrocession et de décadence. Ces changements se caractérisent par l'état graisseux du cancer, son atrophie et sa rétraction. Les cellules situées dans les mailles de la trame fibreuse se remplissent de gouttelettes de graisse, deviennent blanchâtres et opaques, et donnent au produit morbide un aspect réticulé; ou bien il se forme des masses d'apparence tuberculeuse, dans les points où des groupes considérables de cellules s'atrophient simultanément. Les cellules devenues graisseuses peuvent ensuite, par les progrès de la décomposition, arriver à l'état d'une substance émulsive qui se trouve peu à peu résorbée. Ce travail a lieu plus spécialement au centre de la tumeur; dans les parties qui en sont le siège, les fibres de la trame réticulaire se rapprochent, les mailles se rétrécissent, et il finit par ne plus rester qu'un tissu cicatriciel dense, dont on ne peut exprimer de suc cancéreux.

La surface des nodus cancéreux présente à ce niveau une dépression ombilicale, due à la rétraction graduelle de la masse fibreuse contractile.

On a considéré cette transformation du tissu cancéreux comme un commencement de cicatrisation et de guérison; Oppolzer et Bochdaleck (1) ont rapporté des observations où ils croient avoir constaté, au lit du malade et à l'autopsie, le travail de guérison du cancer du foie. Il n'est pas douteux qu'on ne doive envisager, dans beaucoup de cas, la condensation et la rétraction des nodus cancéreux comme le résultat d'une évolution rétrograde, restreinte à l'accident local (2), ou, si l'on aime mieux, comme un commencement de cicatrisation; mais il y a loin de là à une guérison réelle de la maladie cancéreuse. A côté de ces heureuses transformations du centre des tumeurs, on observe, à la circonférence, une marche

(1) Bochdaleck, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1845, t. II.

(2) La dépression ombilicale des cancers superficiels du foie n'est pas toujours le résultat du travail que nous venons d'indiquer. On la rencontre souvent sur des nodus cancéreux encore jeunes, où il est impossible de reconnaître les caractères de l'évolution rétrograde. Je trouve l'explication de ce phénomène dans le degré de contractilité plus prononcé du tissu conjonctif développé en premier dans les parties centrales de la tumeur, et dans la diminution du suc cancéreux, par suite de l'obstacle que l'accroissement des bords de la tumeur met à l'apport du sang.

progressive, un accroissement qui prouve que les progrès du mal ne sont pas enrayés, mais n'ont fait qu'éprouver une perturbation locale. Je n'ai jamais pu constater un cas de véritable guérison du cancer du foie, ni au lit du malade ni à l'autopsie. Les cas cités par Oppolzer et Bochdaleck ont une autre signification; il y a ici une erreur résultant de la confusion des cicatrices syphilitiques du foie, décrites aux pages 404 et suivantes, avec le carcinome.

Outre l'atrophie partielle du cancer, on rencontre encore deux autres sortes de modifications incomparablement plus rares, le ramollissement et l'inflammation. Dans le premier cas, il se forme dans l'intérieur de la tumeur des cavités remplies d'un liquide contenant un mélange de molécules graisseuses, de granulations et de débris de la trame fibreuse (*Observation LXXXIX*). Il est encore plus rare de voir le cancer imprégné d'exsudats purulents, comme cela a été observé par Cruveilhier (1) et Bennett (2).

Le tissu hépatique que le cancer a épargné ne se comporte pas toujours de la même manière. Il paraît habituellement sain; le seul changement qu'on y trouve est la diminution de volume, souvent notable, qu'il présente après qu'il a été séparé des tumeurs cancéreuses; il peut alors ne présenter que le tiers, ou même le septième du poids normal (3). Dans d'autres cas, la nutrition du tissu glandulaire est activée; il s'y développe une hypertrophie, qui fait, qu'après l'isolement du carcinome, le foie a un volume et un poids quelquefois double de celui normal. Ceci s'observe quelquefois avec les cancers encéphaloïdes mous, à marche rapide, et accompagnés de congestions.

A la périphérie des nodus, le tissu glandulaire subit fréquemment la transformation graisseuse; quelquefois aussi il est condensé et traversé par des traînées de tissu conjonctif; plus souvent encore, on y trouve des hyperhémies partielles.

Les parties dans lesquelles les branches de la veine porte ont été oblitérées éprouvent une atrophie, lorsque l'afflux du sang y a fait défaut quelque temps. Quand de gros canaux biliaires sont oblitérés par le cancer, le parenchyme hépatique prend une teinte jaune ou vert-olive, et on observe toutes les conséquences de la stase biliaire. L'induration cirrhotique coïncide rarement avec le carcinome (*Observation LXXXVI*); souvent on trouve la capsule de

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, liv. XXXVII, pl. IV, p. 2.

(2) Bennett, *Cancerous and canceroid Growths*. Edinburgh, 1849, p. 39

(3) Après la séparation des tumeurs cancéreuses, le foie d'un homme de 43 ans, ne pesait plus que 0<sup>k</sup>,31.

Glisson épaissie, simplement hypertrophiée ou cancéreuse. L'Atlas, fig. 4, pl. VII, représente cette altération de la capsule; les vaisseaux et les conduits biliaires sont enveloppés d'une gaine épaisse de tissu conjonctif, sans que leur calibre en soit diminué (*Observations* XCVI et XCVII).

Outre ces deux variétés habituelles, le cancer du foie en présente encore d'autres, dont la structure offre quelques particularités. Ces variétés sont les suivantes :

1° Le fungus hématode (*carcinoma telangiectodes, Gefasskrebs, Blutschwamm*). — Il se distingue par le développement d'une grande quantité de vaisseaux qui, ayant un calibre notable et de minces parois, se déchirent aisément et occasionnent de ces épanchements apoplectiformes, tels que nous les avons déjà décrits. Il faut bien distinguer cette variété de cancer, des cas rares représentés par Farre (1) et Cruveilhier (2), dans lesquels quelques parties du carcinome étaient formées d'un tissu érectile, semblable aux tumeurs de ce nom. C'est là une combinaison de deux espèces de tumeurs, dont le développement a des points communs, ainsi que nous l'avons démontré plus haut.

2° Le cancer mélané (*carcinoma melanodes, melanotischer Krebs*). — Le foie est ici parsemé de petits nodus de forme irrégulière, à contours mal déterminés, rarement bien limités, en partie pâles, en partie colorés par du pigment jaune, brun ou noir. L'organe présente ainsi un aspect granitique.

Le pigment occupe en plus grande partie les cellules cancéreuses, mais on en trouve aussi dans le suc, sous forme de granulations isolées ou réunies en groupes. Cette variété se distingue par la rapidité avec laquelle elle s'accroît et se propage.

Les produits morbides pigmentés, de formation nouvelle, ne concordent pas toujours par leur structure avec le cancer. J'ai décrit en détail (*Observation* LXXXVIII) un cas que je dois à l'obligeance de mon collègue Hermann Lebert; il est remarquable, en ce que les éléments des tumeurs étaient représentés exclusivement par des cellules fusiformes, en partie pâles, en partie pigmentées, qui ressemblaient en tout point à celles du sarcome.

Playne (3) a observé aussi un cas de cette nature. Le sujet avait,

(1) Farre, *loc. cit.*, pl. IV.

(2) Plusieurs masses cancéreuses offraient, dans une partie de leur étendue, une trame érectile tout à fait analogue au tissu du corps caverneux; cette trame était remplie par un liquide couleur lie de vin (Cruveilhier, *Anatom. pathol.*, liv. XII, pl. II et III).

(3) Playne, *The Lancet*, 1873, t. I.

depuis dix-sept ans, au-devant du tibia une excroissance pigmentée. A l'autopsie, on trouva dans le foie, le poumon et les glandes bronchiques, des tumeurs du type du sarcome à cellules fusiformes.

Murchison (1) a également observé un sarcome du foie à cellules fusiformes, mais sans complication de mélanose. Le sujet était un homme de 30 ans, chez lequel, neuf ans auparavant, on avait extirpé un œil pour un sarcome fuso-cellulaire provenant de la choroïde. La tumeur du foie était de la même nature. L'histoire clinique reproduit plutôt les traits des hydatides que ceux du cancer.

3° Le cancer cystique (*carcinoma cysticum, Cystenkrebs*). — Dans cette variété, les tumeurs cancéreuses présentent des cavités arrondies, du volume d'une lentille à celui d'une noix, remplies d'une sérosité claire et revêtues d'une membrane lisse d'aspect séreux (*Atlas*, pl. IX, fig. 2 et *Observation* CI).

Assez souvent les cavités sont mal limitées, la membrane séreuse fait défaut, et le contenu est un fluide muqueux et filant.

Naunyn (2) rapporte un cas de cystosarcome du foie qu'il compare au cystosarcome de la mamelle. Dans un cas comme dans l'autre, on trouve un système complexe de cavités formées par les canaux excréteurs élargis et la prolifération du tissu conjonctif qui les entoure. Le cystosarcome du foie se propage, d'après Naunyn, par le bourgeonnement de l'épithélium des voies biliaires et l'extension de la lésion aux espaces cellulaires de la substance hépatique.

4° Le cancer alvéolaire ou gélatineux (*carcinoma alveolare, Alveolar oder Gallertkrebs*). — Le véritable cancer alvéolaire du foie est très-rare, et on n'en possède qu'un petit nombre d'exemples rigoureusement observés (3). Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de

(1) Murchison, *The Lancet*, 1873, t. I.

(2) Naunyn, *Ueber eine eigenthümliche Geschwulstform der Leber, loc. cit.*

(3) Une partie des observations qu'on rencontre dans la littérature médicale laissent de l'incertitude sur la question de savoir si on doit les rapporter à cette variété de cancer ou aux échinocoques multiples. De ce nombre sont les cas du musée de Prague (Dittrich, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1848, t. III, p. 117), ceux du musée de Zurich (Meyer), de Guy's hospital (J. Wilks, *Transact. of the pathol. Soc.*, vol. X). Boettcher a fait voir (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XV, p. 352), combien il est difficile de distinguer ces deux maladies du foie, en démontrant sur une préparation du musée de Dorpat, qui présentait pour l'aspect et la structure l'analogie la plus parfaite avec le cas de cancer colloïde du foie décrit par Luschka, la présence des corpuscules calcaires, des crochets et des couches stratifiées des ténioïdes. Boettcher va cependant trop loin lorsqu'il met en question l'existence du cancer gélatineux du foie. Il est incontestable qu'on rencontre dans cette glande des tumeurs dont la structure est la même que celle du cancer gélatineux dans d'autres organes. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent le cas de Luschka (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. II, p. 400), un autre tiré de ma pratique personnelle, et probablement aussi celui de van der Byl (*Transact. of the pathol. Soc.*,

l'observer. Le cas est celui d'un homme de 42 ans, qui fut admis à ma clinique de Breslau, le 19 juillet 1856, dans un état d'épuisement profond, avec une tuméfaction de la rate, et les symptômes d'une pneumonie du côté gauche; il mourut le lendemain de son entrée. Outre l'hépatisation grise du poumon gauche et l'énorme développement de la rate, je trouvai dans le lobe gauche du foie, à côté du ligament suspenseur, une tumeur arrondie, d'un certain volume, dont la surface portait une dépression ombilicale. La coupe de cette tumeur présentait une trame aréolaire à charpente fibreuse, dont les éléments partaient, en rayonnant, d'une branche oblitérée de la veine porte, et formaient, dans tout leur parcours, des mailles de grandeurs variables. Les plus grandes de ces aréoles étaient remplies par une masse gélatineuse hyaline homogène, qui se laissait facilement diviser quand on l'avait extraite par la pression. On distinguait au microscope des noyaux allongés, le plus souvent graisseux, qui étaient situés entre les fibres du réseau, et aussi en partie disposés concentriquement dans la substance gélatineuse. Ça et là, surtout aux endroits où la trame fibreuse, qui ressemblait beaucoup à celle des poumons, était plus dense, on observait aussi des noyaux arrondis et des cellules munies d'un seul, et parfois de plusieurs noyaux, dont un grand nombre étaient en voie de transformation graisseuse. Quelques cellules avaient la forme de massues, étaient remplies de gouttelettes graisseuses, et contenaient un globule hyalin à la place du noyau.

La substance glandulaire du foie, dont le volume était considérablement augmenté, présentait des acini hypertrophiés, et des cellules chargées de graisse et de pigment.

Les parois du cœcum offraient la même altération que le foie; elles étaient envahies par un cancer gélatineux entièrement semblable, pour l'aspect et la structure, à celui que nous venons de décrire; seulement la consistance de la matière gélatineuse était plus grande et telle, qu'extraite par la pression, elle reprenait, comme une boule élastique, la forme de l'alvéole.

t. IX). J'ai recherché en vain sur la préparation, dont mon collègue Luschka a eu la bonté de m'envoyer une partie, les éléments des ténioïdes.

Il serait cependant bon de reprendre d'une manière complète l'examen comparatif du cancer gélatineux et de l'échinocoque multiple, d'autant plus que Wurz a fait la remarque importante, que la substance gélatineuse d'un cancer colloïde du sein observé par Lebert était très-pauvre en azote et ressemblait à la chitine (*Arch. für pathol. Anat.*, t. IV, p. 203); Lucke (*ibid.*, t. XIX, p. 190), a démontré récemment, par l'analyse élémentaire, que cette particularité appartenait également aux membranes des échinocoques.

L'observation de Luschka (1) était relative à un énorme cancer gélatineux du foie, qui s'était propagé à l'estomac, au côlon transverse et à l'épiploon.

Le foie était transformé en une masse informe, arrondie, du poids de 5 livres environ, d'un blanc sale, à surface bosselée et présentant des épaissements partiels de son enveloppe séreuse. A la face inférieure de l'organe, on trouvait une innombrable quantité de saillies transparentes, pressées les unes contre les autres comme les grains d'une grappe, ayant le volume d'une lentille et même celui d'une noix, remplies d'un liquide gélatineux, et limitées par des parois minces, très-faciles à rompre. La vésicule biliaire et le hile du foie avaient disparu sans laisser de traces; du parenchyme hépatique il ne restait qu'une petite portion du lobe gauche, qui avait subi la transformation graisseuse. Le tissu glandulaire était remplacé par une charpente fibreuse, circonscrivant d'innombrables cavités remplies d'une masse gélatineuse. La figure 10, pl. XI de l'*Atlas*, représente une partie de la préparation. A l'examen microscopique, Luschka a trouvé, outre un grand nombre de cristaux semblables à de petits bâtons, des corpuscules granuleux et des plaques semblables à de l'épithélium; puis des cellules fusiformes et d'autres arrondies à noyaux simples ou multiples.

Le sujet était un homme de 63 ans, qui avait éprouvé des troubles digestifs pendant de nombreuses années et était mort d'épuisement.

L'observation que van der Byl (2) rapporte n'est qu'un cas d'altération de la surface du foie, intéressant en même temps les ligaments et la vésicule biliaire; le parenchyme y prenait peu de part. Le siège principal du cancer gélatineux était ici le péritoine et l'épiploon.

5° Le cancer épithélial. — Sur un foie présenté à la Société de biologie par Longuet (3), le lobe droit contenait, à la périphérie seulement, des noyaux jaunes que l'examen microscopique a démontré être constitués par un épithélium à cellules cylindriques. Malassez et Ranvier pensent que cet épithélium s'est développé aux dépens des canalicules biliaires. Toute la substance hépatique était atteinte de sclérose hypertrophique et d'inflammation intra- et extra-lobulaire diffuse.

Telles sont les formes sous lesquelles le cancer se présente dans

(1) Luschka, *Archiv f. pathol. Anat.*, t. IV, p. 400.

(2) Van der Byl, *Transact. of the pathol. Soc.*, t. IX, p. 207.

(3) Longuet, *Gaz. hebdom.*, 1874.

le foie, et tels les changements qu'il fait subir à chacun des éléments de la glande.

Les modifications extérieures que cet organe éprouve, très-importantes au point de vue du diagnostic, revêtent des formes diverses.

Le volume du foie est le plus ordinairement augmenté dans des proportions énormes; il peut atteindre 10, 16, 20 livres et au delà (1). Dans 31 cas de ma pratique son volume fut trouvé augmenté 22 fois, diminué 3 fois, à l'état normal 6 fois. Dans 60 cas appartenant à d'autres observations l'appréciation du volume de la glande a été négligée 13 fois; 38 fois il était augmenté et sur ce nombre 16 fois le poids variait de 8 à 20 livres. Dans 3 cas le foie est signalé comme étant petit, dans 4 cas comme offrant le volume normal. Si nous ajoutons à ces quatre derniers cas les 15 cités plus haut où la détermination manque, nous trouverons 49 cas sur 60, ou 25 sur 91, dans lesquels le volume du foie ne s'éloignait pas sensiblement de l'état normal.

Le cancer modifie ordinairement la forme de la glande; l'organe devient irrégulier; sa surface et ses bords présentent des saillies tuberculeuses marquées pour la plupart d'une dépression ombilicale, ou bien des tumeurs hémisphériques rénitentes. Il est beaucoup plus rare de trouver la forme de la glande normale, et sa surface lisse et égale; ceci n'arrive que lorsque les nodus cancéreux enchâssés dans le parenchyme ne préminent en aucun point à l'extérieur. Les cas de cette nature, qui se présentent trois fois à mon observation, peuvent très-bien être confondus avec d'autres tuméfactions du foie, surtout avec l'état cirrueux (*Observation LXXXVIII*).

La consistance du foie est d'ordinaire profondément altérée; habituellement les saillies tuberculeuses sont plus fermes que le tissu normal, mais quelquefois les nodus cancéreux sont assez mous pour donner l'apparence de la fluctuation et exposer à prendre le cancer pour un abcès ou un kyste (2) (*Observation LXXXIX*).

(1) Voy. les tableaux, p. 21-22. Colliny (*Arch. générales de médecine*, 1836. 2<sup>e</sup> sér., t. X) a décrit un cancer du foie de 20 livres; j'ai vu un cas où l'organe remplissait toute la cavité thoracique et dépassait le poids de 20 livres; comme il appartenait à la pratique privée, on ne put malheureusement déterminer ce poids exactement.

(2) Je connais un cas dans lequel un chirurgien ponctionna une tumeur dans ces conditions et détermina une hémorrhagie mortelle.

## II. — Développement et marche.

La maladie est rarement limitée au foie, le plus souvent on trouve des altérations analogues dans d'autres organes. Le rapport de ces dernières avec le cancer du foie peut varier dans deux sens: tantôt l'affection hépatique est le point de départ, et la maladie des autres organes est consécutive, tantôt au contraire le rapport est inverse: le cancer du foie est consécutif et doit son origine à la dégénérescence de quelque autre organe.

Le développement des symptômes indiquant les phases de la maladie, les rapports anatomiques qui font apprécier le degré d'ancienneté des altérations, la direction suivant laquelle le cancer se propage, toutes ces circonstances font d'ordinaire distinguer aisément le cancer primitif du cancer secondaire du foie; mais il y a des cas exceptionnels dans lesquels le cancer atteint tant d'organes, et où les rapports d'âge de ces diverses altérations sont si difficiles à déterminer, qu'on ne peut porter un jugement sûr. Dans certaines circonstances on ne peut expliquer la généralisation de la maladie que par l'existence d'une diathèse particulière.

Les cancers primitifs du foie envahissent rarement une grande étendue de l'organisme; sous ce rapport ils diffèrent beaucoup des cancers du sein et de l'utérus. Le cancer du foie se multiplie surtout sur place; à côté de tumeurs volumineuses et anciennes, presque toujours, on en trouve dans le même organe de plus petites et plus récentes. L'envahissement a lieu principalement par continuité; par l'intermédiaire du péritoine qui revêt le foie, la dégénérescence atteint les organes voisins, le diaphragme, le duodenum, l'estomac, le pancréas, le feuillet pariétal de la séreuse abdominale; du diaphragme, elle peut s'étendre à la plèvre, etc. La propagation se fait quelquefois en suivant les adhérences de nouvelle formation. Les lymphatiques et les veines fournissent une autre voie, par laquelle le cancer se propage du foie à des parties beaucoup plus éloignées. En suivant les lymphatiques, la dégénérescence arrive aux ganglions du hile hépatique et du médiastin, aux ganglions cœliaques, et quelquefois, par le canal thoracique, jusqu'aux glandes cervicales profondes. Quand le cancer suit les veines, ce qui est beaucoup plus rare, on le retrouve dans les poumons, le plus souvent seulement sous forme de nodus isolés.

Les cancers secondaires du foie sont, le plus ordinairement, la conséquence de carcinomes affectant des organes auxquels se

distribue la veine porte : l'estomac d'abord, puis l'intestin, le pancréas, etc. La maladie se propage ordinairement au foie par l'intermédiaire du courant veineux, et elle se développe alors sous forme de nombreux nodus disséminés (1) ; ou bien elle suit les vaisseaux lymphatiques et arrive, en accompagnant les ligaments hépatogastrique et duodénal, jusqu'au hile du foie, où elle pénètre dans la glande avec la capsule de Glisson (*Observations* XCVI et XCVII). Cependant, consécutivement aux cancers des diverses parties du corps, il peut se former dans le foie des dépôts secondaires ; en effet, cet organe demeure rarement intact, lorsqu'une affection cancéreuse a pris beaucoup d'extension. Assez souvent il est atteint à la suite du cancer au sein ; presque toujours alors l'altération se répète aussi dans les poumons (2). La même complication se rencontre dans le cours du carcinome de l'utérus, des ovaires, des os, de la peau, etc.

Relativement à la fréquence avec laquelle le cancer du foie se présente comme lésion primitive ou consécutive, et quant à la part que, dans ce dernier cas, les différents organes prennent à la production de la maladie, mes observations me fournissent les résultats suivants : sur 31 cas, le cancer est resté limité au foie et aux glandes lymphatiques voisines 5 fois ; 2 fois il y avait en même temps cancer des poumons ; 2 fois cancer du petit épiploon, des glandes coeliaques et cervicales ; 1 fois du péricarde et de la plèvre. Dans tous ces cas, simples d'ailleurs, le degré peu avancé de la dégénérescence de ces organes pouvait la faire considérer comme une conséquence de la maladie du foie.

A côté de ces 10 cas de cancer primitif s'en trouvent 21 de cancer évidemment secondaire. 10 fois le point de départ était un cancer de l'estomac, 1 fois un squirrhe du pancréas, 1 fois un squirrhe du rectum, 2 fois un cancer du sein, 2 fois un cancer cystique de l'ovaire, 1 fois un fungus médullaire de la rétine, 1 fois un cancer du cerveau, 1 fois des glandes rétropéritonéales, 1 fois du médiastin, 1 fois de la peau du talon.

Les 60 observations que j'ai empruntées à d'autres auteurs ne permettent pas une analyse aussi complète, parce que la description de la maladie, souvent très-compiquée, ne donne pas toujours les garanties d'exactitude nécessaires. On peut cependant considérer

(1) Meyer (*Zeitschrift für rat. Medizin*, neue Folge, III, p. 136) put, dans un cas, suivre la propagation d'un cancer du pylore par la veine porte jusqu'à la surface du foie, où il se présentait sous forme de nodus arrondis.

(2) Dans un cas, j'ai vu le cancer du foie se développer neuf ans seulement après l'extirpation d'un cancer du sein.

comme rigoureuses les données suivantes. Sur ces 60 cas, 24 fois il existait un cancer de l'estomac (2 fois à la petite courbure, 3 fois à la grande courbure, 10 fois au pylore, 9 fois sans indication de siège précis) ; 9 fois la dégénérescence atteignait les autres organes où se ramifie la veine porte : l'intestin 5 fois, le pancréas 3 fois (dans un 4<sup>e</sup> cas la maladie de ce dernier organe était évidemment secondaire) ; la rate 1 fois (dans un 2<sup>e</sup> cas, l'altération portant sur la rate et le foie était la conséquence d'un cancer des os du crâne).

Sur 60 cas de cancer du foie, nous en trouvons donc 34 dans lesquels la dégénérescence affectait les organes situés dans la sphère de la veine porte. Des 26 autres cas, il y en avait 14 où le cancer siégeait dans d'autres organes : 5 fois dans les seins, 3 fois dans l'utérus, 2 fois dans l'ovaire, 1 fois dans l'œil, 3 fois dans des os, tels que le sternum, les os du crâne, les os coxaux, etc. ; de sorte que des 60 cas il n'en reste que 12 qu'on puisse considérer comme des cancers primitifs du foie.

Si nous ajoutons à ces chiffres nos propres observations, nous trouvons que, sur 91 cas de cancer du foie, 46, c'est-à-dire la moitié, étaient accompagnés de carcinomes des organes qui versent leur sang veineux dans le foie ; 35 de ces cancers appartenaient à l'estomac. Parmi les 91 mêmes cas, 33 présentaient dans d'autres organes des carcinomes qui devaient être regardés comme primitifs ; en résumé, il reste donc en tout 22 cas, où le foie a été le point de départ de la maladie. Sur la totalité des cancers du foie, il y en eut donc à peu près un quart de primitifs et trois quarts de secondaires ; parmi ces derniers la moitié accompagnait des carcinomes appartenant au système de la veine porte, un quart des carcinomes d'autres organes.

Outre ces lésions, semblables à celles dont le foie est atteint, on en trouve encore d'autres qui ont des rapports plus ou moins éloignés avec la maladie de la glande hépatique. Ici viennent se ranger l'ictère, les épanchements de diverse nature dans la cavité abdominale, le catarrhe gastro-intestinal, les exsudats pleurétiques, la néphrite chronique, etc., états dont la fréquence, le mode de développement et l'importance seront l'objet d'une étude spéciale dans la symptomatologie.

### III. — Étiologie.

La genèse du cancer du foie dans son essence n'est pas plus connue que celle du carcinome en général. Nous connaissons seulement

les circonstances extérieures qui accompagnent le développement de ces pseudoplasmes et sont, par suite, regardées comme ayant un rapport avec eux, quoique ce rapport puisse être lointain. Les principales de ces circonstances sont les suivantes :

I. *Age.* — Le carcinome du foie appartient particulièrement à la période avancée de la vie ; on le rencontre très-rarement pendant l'enfance. Farre mentionne 3 cas où la maladie s'est manifestée dans la première enfance ; elle était secondaire chez les trois sujets. Le premier était un enfant de 3 mois, qui eut un cancer du foie et des poudons consécutif à un cancer des glandes rétropéritonéales ; le second un garçon de 2 ans 7 mois, atteint d'un cancer au testicule ; le troisième un enfant de 2 ans et demi, affecté d'un cancer du bassin. Les sujets les plus jeunes, sur lesquels j'ai observé moi-même le cancer du foie, sont un homme de vingt ans, atteint d'un fungus médullaire du testicule, et une femme de 22 ans, à laquelle on avait extirpé un cancer de l'œil. 31 cas, tant de ma pratique que de celle d'autres médecins, donnent, relativement aux différences d'âge, les résultats suivants :

	DE 20-50 ANS.	DE 50-60 ANS.	DE 60-70 ANS.	DE 70 ans ET PLUS.
Observations personnelles.... 31	2	4	15	8
Observations non personnelles. 52	5	10	26	11
TOTAL..... 83	7	14	41	19

II. *Sexe.* — Il ne paraît exercer aucune influence sur le développement de la maladie dont nous nous occupons. Nous la rencontrons, à peu près au même degré de fréquence, chez les femmes et chez les hommes. Sur 31 cas de ma pratique, 10 concernaient des hommes, 21 des femmes ; sur 60 cas empruntés à la littérature médicale, 35 ont été observés sur des hommes et 25 sur des femmes ; les 91 cas réunis offraient donc 45 hommes et 36 femmes (1).

III. *Causes diverses.* — Nous ignorons les influences particulières

(1) Van der Byl (*Transactions of the pathol. Society*, t. IV) a compté, sur 20 malades, 13 hommes et 7 femmes : l'âge moyen des hommes était 41 ans, celui des femmes 50 ans.

qui provoquent le développement du cancer du foie. On le rencontre chez les individus anémiques aussi bien que chez les pléthoriques, chez ceux dont l'existence a été parcimonieuse aussi bien que dans la condition opposée. Je n'ai pu confirmer par mon expérience personnelle l'assertion de Budd, qui prétend que le cancer du foie atteint plus fréquemment les individus qui vivent largement.

Les boissons spiritueuses, qui modifient si facilement la nutrition du tissu hépatique, n'ont aucune influence sur la production de la dégénérescence cancéreuse. Nous en dirons autant du climat ; le cancer du foie appartient aux pays chauds et aux pays froids, sans être plus commun dans les uns que dans les autres.

Dans certains cas on fait remonter l'origine de la maladie à une contusion, comme dans les cancers du sein, des lèvres, etc. ; les observations que nous possédons ne sont pas de nature à nous décider pour ou contre cette opinion. Cependant il est vraisemblable que, dans des conditions favorables d'ailleurs au développement de la maladie, une violence extérieure puisse être le point de départ d'une altération dans la nutrition du foie.

Willigk (1) rapporte un cas dans lequel un cancer primitif du foie paraît avoir eu pour point de départ le tissu conjonctif entourant les canaux biliaires dilatés par des calculs.

Les données que nous possédons actuellement ne suffisent pas non plus pour faire accorder à l'hérédité une influence bien appréciable.

#### IV. — Symptomatologie.

I. *Symptômes en général.* — L'appareil symptomatique, sous lequel le cancer du foie se montre pendant la vie, est susceptible de très-grandes variations, dues à ce que les symptômes locaux, seuls capables de le faire reconnaître, tantôt sont évidents dès le début, tantôt au contraire sont mal déterminés, ou même restent complètement latents. Il y a des cas, rares il est vrai, où tous les signes d'une affection du foie font défaut, où l'on ne rencontre que des malaises d'une nature indéterminée, des troubles digestifs, de la flatulence, de la constipation avec des perturbations dans l'innervation : appareil symptomatique qu'on se contente souvent de décorer du nom d'hypochondrie ; alors les progrès seuls de la cachexie, qui finit par amener la mort, peuvent démontrer l'existence d'une lésion profonde. D'autres fois les symptômes des maladies consécu-

(1) Willigk, *Beitrag zur Pathogenese der Leberkrebses* (*Archiv f. path. Anatomie*, t. XLVIII, 1869).