

tives, ceux de la péritonite chronique, de l'ascite, de la pleurésie droite, etc., occupent le premier plan et masquent la lésion principale.

Dans certains cas ce sont les troubles occasionnés par la maladie primitive, dont la lésion du foie n'est que la conséquence, surtout le cancer de l'estomac, qui absorbent exclusivement l'attention et laissent passer inaperçue la participation du foie à la dégénérescence. Ce sont là cependant des exceptions. Ordinairement le développement du cancer du foie s'accompagne d'une série de symptômes assez caractéristiques pour faire reconnaître sûrement les phases du mal.

Les sujets, dans la période moyenne de l'existence ou déjà plus avancés en âge, se plaignent d'abord de diminution de l'appétit, de flatulences, de constipation, de tension et de sensibilité dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Après que ces malaises ont eu une certaine durée continue ou intermittente, quelquefois aussi dès qu'ils débutent, ou même avant qu'ils se montrent, on constate la présence, dans la région du foie, d'une tumeur ordinairement douloureuse spontanément et par la pression. La surface et les bords de la glande sont rarement lisses; le plus souvent au contraire ils sont parsemés de nodosités de volume variable, d'une consistance ferme, rarement molle; son volume augmente d'une manière lente et rapide. Il n'est pas rare de voir s'ajouter à ces symptômes un ictère, une ascite, parfois aussi de l'œdème des pieds. De temps en temps les accidents augmentent, les douleurs deviennent plus vives, rayonnent vers l'épaule ou les lombes; les parois abdominales se tendent, la respiration est gênée, la peau est chaude et sèche, le pouls fréquent, etc. Ces exacerbations, qui dépendent d'un développement considérable du cancer, ou d'une complication d'accidents inflammatoires dans les parties voisines, sont passagères. Les malades, qui avaient présenté de bonne heure l'aspect cachectique, maigrissent, perdent graduellement leurs forces et leur courage, et finissent par mourir d'épuisement. Quelquefois la maladie se termine, dans une phase moins avancée, par l'invasion d'une péritonite ou d'une pleurésie, par une hémorrhagie, une dysentérie, etc.

II. *Développement, fréquence et importance de chaque symptôme en particulier.* — 1° *État du foie.* — L'augmentation de volume, les inégalités de la surface, la sensibilité, constituent les symptômes les plus importants de la dégénérescence cancéreuse du foie, symptômes qu'il est facile d'apprécier par la percussion et la palpation.

La tuméfaction de la glande peut présenter tous les degrés, et

être assez considérable pour que la tumeur remplisse presque toute la cavité abdominale (1).

On rencontre les nodosités tantôt sur le rebord costal du côté droit, tantôt à l'épigastre ou dans l'hypochondre gauche, parfois même au-dessus du détroit supérieur du bassin. Le plus souvent elles sont dures, beaucoup plus rarement molles et comme fluctuantes. On les distingue très-facilement, en suivant le bord tranchant du foie avec l'extrémité des doigts, et en palpant la surface de l'organe sur le bord du muscle droit.

L'exploration est beaucoup plus difficile dans les points où le foie est recouvert par les muscles droits de l'abdomen; en outre, on peut être facilement induit en erreur par la tension des faisceaux charnus et des tendons de ces muscles. Il n'est pas rare de voir des noyaux cancéreux du foie se dessiner à travers les parois abdominales sous forme de tumeurs inégales, qui s'abaissent dans l'inspiration et remontent dans l'expiration. L'application de la main fait en outre parfois sentir, surtout dans une respiration très-profonde, un frottement manifeste, qui se traduit aussi par un bruit appréciable à l'examen stéthoscopique.

La sensibilité de l'organe présente de très-grandes différences d'intensité; elle est plus forte ou plus faible, suivant que l'accroissement du cancer est plus rapide ou plus lent, et qu'il se développe ou non un travail inflammatoire dans les parties voisines. Une percussion forte rend la sensibilité apparente dans des points où le simple toucher n'en faisait pas constater.

Les changements que nous venons de mentionner du côté du foie ne sont cependant pas des symptômes constants du cancer de cet organe. D'après mes observations, l'augmentation de volume manque dans plus d'un quart des cas; les faits empruntés à d'autres médecins donnent le même résultat.

Moins le volume de l'organe est développé, plus il est difficile d'y constater la présence d'inégalités, parce qu'alors la plus grande partie, souvent même la totalité de la glande, reste cachée sous les côtes. Dans ces cas l'existence d'une sensibilité persistante, développée par la percussion, a une très-grande valeur au point de vue du diagnostic. Les inégalités peuvent faire défaut complètement à

(1) Dans le cas de cancer énorme du foie, que nous avons cité plus haut, la cavité abdominale était si complètement remplie, que, dans la dernière période de la maladie, il paraissait impossible de déterminer si les tumeurs cancéreuses avaient leur point de départ dans le foie, dans la rate, les reins ou les ovaires.



la surface du foie; dans 3 cas de ma pratique, la glande était parfaitement lisse et unie.

La sensibilité manque aussi quelquefois, rarement pendant toute la durée de la maladie (dans 2 cas sur 31), plus fréquemment pendant quelques jours ou quelques semaines.

2° *Ictère*. — L'ictère n'accompagne le cancer du foie que lorsque les tumeurs sont disposées de manière à agir sur les principaux conduits biliaires, ou lorsqu'il se développe en même temps dans ceux-ci une affection catarrhale. La coloration de la peau et de l'urine est peu prononcée, lorsqu'il n'y a que quelques rameaux des conduits biliaires détruits, ou lorsque la compression est incomplète; au contraire, cette coloration peut devenir très-intense: alors, on doit être certain que le cancer forme obstacle au cours de la bile dans le foie, ou entre celui-ci et le duodenum.

L'ictère qui dépend d'un cancer du foie est permanent; il persiste jusqu'à la fin et se distingue par là des ictères qui se développent accidentellement, comme conséquence d'un catarrhe ou de calculs biliaires.

L'ictère a peu de valeur comme symptôme du cancer du foie; il manque, en effet, dans la plus grande partie des cas; 31 cas de ma pratique ne me l'ont offert que 13 fois. Sur 60 observations empruntées à d'autres auteurs, il existait 26 fois. Ce symptôme manquait donc 52 fois sur 91.

3° *Ascite*. — Le cancer du foie peut occasionner des épanchements séreux dans la cavité abdominale, de plusieurs manières. La cause la plus ordinaire de ces épanchements est la péritonite chronique, qui s'étend du foie au reste du péritoine; dans des cas plus rares ils sont occasionnés par une oblitération du tronc ou des grosses branches de la veine porte; l'hydrémie a aussi sur leur production une influence qui, pour être moins prononcée, n'en est pas moins réelle. Dans le plus grand nombre des cas, j'ai trouvé la sérosité mélangée de flocons fibrineux; souvent, aussi, j'y ai rencontré du sang; dans un cas, la cavité abdominale était à moitié remplie de sang pur, versé par un fungus médullaire à travers une déchirure de l'enveloppe du foie.

Il n'est pas rare de voir l'ascite atteindre un degré tel, qu'on soit obligé de pratiquer la ponction pour faciliter la respiration. Elle hâte alors la terminaison fatale, toujours rapide en pareille circonstance. Il est rare de la voir disparaître, et ce n'est que dans les cas où l'exsudation est la conséquence d'une irritation passagère du péritoine. On doit bien se garder de chercher à la combattre par des

remèdes énergiques comme les drastiques, car on n'arriverait qu'à épuiser prématurément les malades.

Relativement à la fréquence de l'épanchement, j'ai vu dans 31 cas la cavité péritonéale contenir 18 fois de grandes quantités de liquide; 5 fois c'était de la sérosité pure, 8 fois de la sérosité fibrineuse, et 4 fois un liquide sanguinolent, 1 fois du sang pur. Les 60 observations appartenant à d'autres auteurs ont présenté l'ascite 30 fois; elle manquait dans 49 cas; et il n'en est fait aucune mention dans 11 cas.

4° *État de la rate*. — Par opposition avec ce qui a lieu dans plusieurs autres affections du foie, le cancer de cet organe s'accompagne rarement du gonflement de la rate. Ce symptôme n'existait que 12 fois sur 91; dans tous les autres cas, le volume de la rate était normal, ou à peu près. C'est là une circonstance dont il faut tenir compte, lorsqu'il s'agit de distinguer le cancer du foie d'avec la transformation cirreuse et la cirrhose.

5° *Troubles digestifs*. — Les fonctions de l'estomac et des intestins sont habituellement troublées dans le cancer du foie. L'appétit est ordinairement perdu de bonne heure; chaque repas est suivi de gonflement de l'épigastre, de malaise et de l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'indigestion; les garde-robes deviennent difficiles, et, plus tard, souvent argileuses; elles contiennent peu de bile, et s'accompagnent de flatulences; etc.; je n'ai observé la régularité des fonctions de l'estomac que 6 fois, celle des fonctions de l'intestin que 3 fois seulement; dans tous les autres cas, elles étaient altérées; 4 fois il y eut de la diarrhée, qui présenta une fois les caractères de la dysentérie.

6° *Troubles de la respiration*. — La respiration éprouve, dans quelques cas de cancer du foie, des troubles qui proviennent ordinairement, ou de l'extension de la dégénérescence cancéreuse au diaphragme, ou d'une pleurésie du côté droit. Je n'ai jamais rencontré de dépôts cancéreux secondaires, en assez grande quantité dans les poumons, pour que la respiration fût entravée. En outre, on voit souvent, dans la dernière période du cancer, comme dans les autres cachexies, la mort être le résultat de l'œdème pulmonaire ou de la pneumonie consécutive.

Il est à remarquer que la tuberculisation des poumons s'accompagne rarement le cancer du foie; 3 fois seulement, j'ai trouvé des tubercules qui étaient en voie d'évolution rétrograde.

7° *Changements dans la constitution et l'aspect extérieur*. — Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit les malades atteints de can-



er du foie conserver les apparences d'une bonne nutrition ; je n'ai observé que deux cas pareils, et, dans tous les deux, il existait un fongus médullaire (1) (*Observation LXXXIX*).

Ordinairement l'aspect extérieur présente les caractères qui annoncent un trouble profond de la nutrition et une diminution de la masse du sang. Les malades sont pâles, ont un teint terreux ; ils maigrissent et perdent leurs forces. La peau présente quelquefois une pâleur chlorotique ; elle ne devient ictérique que lorsqu'il y a quelque obstacle à l'excrétion de la bile, et sa nuance peut varier, alors, du jaune le plus faible au jaune-citron foncé et au vert-olive.

Les troubles des fonctions nutritives ont une marche rapide ou lente, suivant le degré d'action des causes qui les produisent.

Les plus importantes de ces causes sont les suivantes. Par suite de l'accroissement des tumeurs, une masse de substances albuminoïdes est consommée et enlevée au sang ; la perte est d'autant plus forte que le développement du cancer est plus rapide (2). Aussi le squirrhe, qui se développe lentement, a-t-il une influence bien moindre que le cancer mou. On doit encore tenir compte ici des épanchements sanguins dans la masse cancéreuse, circonstance capable d'amener un épuisement rapide.

Les troubles dans la digestion et dans la réparation du sang constituent une seconde cause d'anémie ; une troisième se rencontre dans les épanchements séreux, qui remplissent souvent de bonne heure la cavité abdominale.

Il est beaucoup plus difficile d'apprécier la perte qui résulte, pour les fonctions nutritives, de la disparition d'une grande partie du parenchyme hépatique ; ce n'est que dans un petit nombre de cas, que la destruction se trouve compensée par l'hypertrophie du reste de la glande, et c'est précisément dans ces cas que la nutrition m'a paru le moins compromise.

Il n'est pas démontré que la résorption du suc cancéreux ait, sur l'organisme, d'autres effets que la propagation du cancer à des organes plus ou moins éloignés.

Enfin, nous devons encore signaler les hémorrhagies qui survien-

(1) Oppolzer n'a constaté chez quelques-uns de ses malades qu'un très-faible degré d'amaigrissement.

(2) Budd (*Diseases of Liver*, p. 410) cite un cas où une masse cancéreuse du foie d'environ 5 livres se développa en cinq mois, et il calcule que sa formation absorba les matières albuminoïdes d'environ 20 livres de sang. Farre (*loc. cit.*, p. 28) a cru pouvoir estimer à 5 livres l'accroissement qu'un cancer du foie avait subi en dix jours.

ent dans la dernière période du cancer du foie, et accélèrent l'épuisement. Elles sont de différentes espèces. Abstraction faite des extravasations sanguines se produisant dans l'intérieur des tumeurs, et, de là, faisant irruption dans la cavité abdominale, on observe encore parfois des hémorrhagies de l'estomac et des intestins, dues à une oblitération de la veine porte. J'ai vu, dans un cas, cet accident déterminer la mort en peu de jours. Il se fait aussi, par les membranes séreuses, des hémorrhagies qui accompagnent les épanchements séreux de la plèvre et du péritoine.

On rencontre en outre des hémorrhagies semblables à celles du purpura et du scorbut ; elles se font par la peau, sous forme d'ecchymoses et de pétéchies, par la bouche, le nez, le vagin et l'intestin ; leur abondance épuise le malade, et amène rapidement la mort. J'ai rencontré 4 fois des accidents de cette nature, et dans tous ces cas il y avait un ictère très-intense ; le plus souvent aussi, du délire et de la somnolence. La cause de ces hémorrhagies pourrait bien se trouver dans des conditions analogues à celles qui occasionnent les phénomènes de dissolution du sang, accompagnent l'atrophie aiguë du foie, et ont été décrites plus haut.

#### V. — Durée et marche.

Il n'est pas possible de déterminer exactement la durée de cette maladie, parce que son début échappe à l'observation. Si on l'établit d'après le temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes et la terminaison, on y trouve de très-grandes différences. Il y a des cas qui amènent la mort dans l'espace de quatre à huit semaines ; alors la maladie s'accompagne d'une fièvre presque continue pendant toute sa durée (1) ; d'autres fois, la vie se prolonge des années, et le marasme atteint sa plus haute expression. Le premier mode s'observe dans les sarcomes médullaires ; le second, dans le squirrhe. La marche n'est cependant jamais parfaitement régulière ; il y a des alternatives d'exacerbation et de rémission ; à des périodes d'un accroissement rapide des tumeurs, d'augmentation des douleurs, de réaction fébrile, en succèdent d'autres, où le produit morbide est stationnaire, ou bien subit une évolution rétrograde.

La mort est la terminaison constante ; personne jusqu'ici n'a produit un fait de guérison qu'on ne puisse mettre en doute

(1) Voy. l'*Observation LXXXIX*. Bamberger rapporte un cas, où la maladie parcourut toutes ses phases sous la forme d'une hépatite et se termina par la mort en huit semaines.



les transformations rétrogrades, qu'on peut constater anatomiquement dans les tumeurs, n'ont qu'une importance toute locale. Elles ne préservent nullement l'organisme de la fatale influence du mal.

VI. — Pronostic et marche.

Le pronostic est toujours mortel ; tout ce qu'on peut espérer est de prolonger la vie un certain temps par un traitement convenable, dans les cas de cancers durs, dont l'accroissement est lent.

Il est facile de reconnaître le cancer du foie, lorsque l'organe est accessible à l'exploration, et qu'on peut apprécier les changements que nous avons signalés plus haut. S'il est possible, même dans ces conditions, de le confondre avec d'autres maladies de cette glande et des organes voisins, on arrive cependant d'ordinaire aisément à se mettre à l'abri de l'erreur. Il en est autrement lorsque le foie n'est pas augmenté de volume, et reste caché sous le rebord costal. Ici tous les signes d'une affection de cet organe peuvent manquer, on peut ne rencontrer que les symptômes du marasme, consécutifs le plus ordinairement à des troubles digestifs.

Dans ce cas, la sensibilité persistante de l'organe, provoquée particulièrement par la percussion de la région hépatique, l'ascite commençante et l'absence de toute autre cause de cachexie, légitiment le soupçon d'un cancer du foie ; avouons cependant qu'on ne peut se prononcer avec certitude.

Il est difficile de reconnaître la maladie à son début, parce qu'alors les saillies tuberculeuses n'existent pas, et qu'il n'y a qu'un gonflement douloureux à la pression.

La longue durée de la tuméfaction, l'âge des malades, l'aspect cachectique, et enfin l'exclusion de toute autre cause de tuméfaction du foie, doivent, dans ces conditions, faire supposer l'existence d'un cancer de cet organe.

Les maladies du foie, avec lesquelles on est le plus souvent exposé à confondre le cancer, sont les suivantes :

1° *La dégénérescence cirreuse du foie.* — Il y a bien ici augmentation du volume de l'organe, mais sans inégalité et sans douleur ; le plus ordinairement, il existe en même temps une tuméfaction de la rate et de l'albuminurie ; en outre, la maladie peut être rattachée à des causes bien déterminées, telles que la carie, la nécrose, etc.

La méprise est beaucoup plus facile dans le cas où la maladie se complique de cirrhose, parce qu'alors le foie présente une sur-

face irrégulière et devient douloureux par moments, comme dans le cancer. Habituellement, cependant, les nodosités sont beaucoup moins volumineuses dans la cirrhose ; la sensibilité à la pression est périodique et coïncide avec les exacerbations de l'inflammation.

2° *L'hépatite syphilitique.* — L'erreur est facile lorsque la formation de cicatrices a rendu l'organe inégal et lobulé. La différence essentielle est fournie alors par la consistance, qui est toujours modifiée dans le carcinome, tandis que dans l'inflammation syphilitique, elle conserve, au niveau des protubérances, les caractères du tissu hépatique normal, à moins que, comme il arrive quelquefois, la glande n'ait subi en même temps la dégénérescence cirreuse ; mais, dans ce cas, la rate est aussi le plus ordinairement intéressée, ainsi que les reins. De plus, on rencontre simultanément des cicatrices syphilitiques dans le pharynx, etc. Il y a des cas où l'on ne peut porter un diagnostic positif qu'après une observation prolongée.

(Voy. p. 421, et *Observation LXXXVI.*)

C'est d'après des faits de cette nature que Oppolzer et Bochdaleck ont cru, à tort, à la possibilité de la guérison du cancer du foie.

3° *L'étranglement du foie.* — J'ai rencontré des sujets chez lesquels le bord du lobe droit du foie, refoulé en bas par un sillon dû à la constriction, formait une tumeur arrondie et résistante qu'on avait prise pour un cancer.

L'absence de la cachexie et de petites nodosités, le peu d'intensité de la douleur, la possibilité de distinguer le sillon par la palpation, peuvent garantir de l'erreur.

4° *Les échinocoques.* — Ils ont une influence bien moins fâcheuse sur la constitution ; on y trouve le plus souvent une fluctuation évidente, et ils forment des tumeurs globuleuses dont la sensibilité est nulle ou seulement passagère ; ils ont en outre une marche beaucoup plus lente (voy. *Observation LXXXII*).

5° *Les abcès du foie.* — Il n'y a que les cancers mous du foie à progrès rapides qui aient quelque ressemblance avec l'hépatite suppurée. Mais les causes et la marche des deux affections présentent des différences essentielles ; en outre, la formation du pus se manifeste, dès le début, par la fièvre de suppuration, et plus tard par une fluctuation évidente, etc.

6° *La dilatation des canaux et de la vésicule biliaires occasionnée par l'obstruction des conduits hépatique et cholédoque.* — Cette lésion est habituellement facile à distinguer du cancer simple du foie par



l'absence de nodosités dures. Le diagnostic est très-difficile, parfois même impossible, lorsque le cancer a envahi le foie en suivant la capsule de Glisson, parce qu'alors on ne trouve pas d'inégalités à la surface. La tumeur ovoïde, formée par la vésicule biliaire dépassant le bord du foie, ne peut être prise pour un cancer que par des observateurs peu exercés.

7° *Le cancer de l'épiploon.* — Le diagnostic est facile d'ordinaire, en tenant compte de la forme et des limites de la tumeur, qui s'écartent considérablement des contours du foie. Cette règle comporte cependant des exceptions ; comme on peut le voir dans la

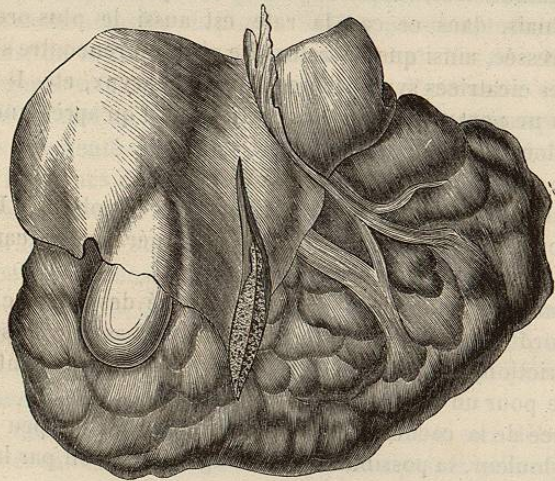


Fig. 122. — Cancer du petit épiploon, imitant la forme du foie.

figure ci-jointe, il y a des cancers du petit épiploon, qui représentent rigoureusement la forme du foie, et dont il est impossible de reconnaître le siège précis. Il y a, en outre, des cancers du foie, qui remplissent si complètement la cavité abdominale, qu'on ne saurait déterminer le point de départ de la tumeur.

8° *Le cancer de l'estomac.* — Lorsque la tumeur a son siège dans le lobe gauche du foie ou sur le bord du lobe droit, il est souvent difficile de décider lequel, du foie ou de l'estomac, est atteint de dégénérescence. On doit ici puiser d'utiles renseignements dans la percussion, qui donne un son obscur ou tympanique, selon qu'on a affaire au foie ou à l'estomac. On se guidera aussi sur le degré d'intensité des troubles digestifs : dans le cancer de l'estomac, le

vomissement est beaucoup plus persistant (1), les matières vomies sont mélangées de sang, le malaise augmente après chaque repas. La palpation seule est souvent insuffisante pour faire distinguer un cancer de l'estomac d'un cancer du foie.

9° *Le cancer du rein droit.* — Ordinairement la tumeur cancéreuse développée dans le rein droit est séparée du foie par une anse intestinale, mais ceci n'a pas toujours lieu. J'ai vu un cas où l'on ne pouvait distinguer les deux organes par la percussion, et on ne parvint à déterminer le siège de la tumeur que par d'autres moyens, tels que l'absence de déplacement dans l'inspiration.

10° *Les accumulations de matières fécales dans le côlon transverse.* — On évitera toujours de confondre ces tumeurs avec des nodus cancéreux du foie, en suivant le précepte applicable à toutes les tumeurs abdominales, dont le diagnostic laisse quelque incertitude : vider préalablement le tube intestinal.

#### VII. — Traitement.

Lorsque le diagnostic a été bien établi, le traitement ne peut être que symptomatique. Ce qui fait ici la valeur d'un diagnostic précis, c'est qu'il permet d'éviter l'emploi de moyens énergiques capables de hâter le dénoûment fatal, et que, d'un autre côté, il fait reconnaître les gonflements du foie, qui sont curables et peuvent céder à des remèdes appliqués à propos. Nous condamnons d'une manière absolue les tentatives, qu'on a faites autrefois et qu'on répète encore de nos jours, pour guérir le cancer du foie au moyen des préparations mercurielles et iodées, de l'arsenic, des eaux de Carlsbad et d'autres de la même espèce. Tous ces traitements font mourir les malades des mois ou des années plus tôt. Aussi longtemps qu'on conserve des doutes sur la nature d'un gonflement douloureux du foie, on peut avoir recours aux émissions sanguines locales, aux purgatifs salins, aux eaux alcalines de Carlsbad, de Marienbad, de Kissingen (2), aux cures par les fruits ou le petit-lait, en dirigeant ces traitements selon les exigences de la constitution. Mais aussitôt qu'on sera fixé sur la nature de la maladie, on abandonnera toute thérapeutique débilante, on se contentera de re-

(1) Andral a cependant vu des vomissements opiniâtres occasionnés par un cancer du foie qui comprimait le pylore.

(2) En France, les principales eaux comme Kissingen, sont : Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Hammam, Meskoutin, Salins ; les principales eaux alcalines comme Carlsbad et Marienbad sont : Vichy, Vals, Miers, Plombières, etc. Voy. *Dictionnaire des eaux minérales*, Durand-Fardel, Leuret et Lefort. Paris, 1860.



médier aux troubles digestifs, de prévenir l'appauvrissement du sang, de combattre, autant qu'on le peut, les accidents rendant la maladie plus pénible et plus dangereuse. Pour régulariser la digestion, nous recommandons surtout les extraits amers en dissolution dans une infusion aromatique, et unis, au besoin, à des acides; on agit sur les fonctions intestinales par la rhubarbe, l'aloès et d'autres substances analogues. Quand la bile n'arrive plus dans l'intestin, on peut employer le choléate de soude pour faciliter les digestions et modérer le développement des gaz. On oppose aux progrès de la cachexie un régime en même temps léger et nourrissant: l'extrait de quinquina, le lactate de fer, l'eau de Pyrmont ou de Franzenbad à petites doses. Les douleurs demandent l'emploi des cataplasmes, des frictions narcotiques, des bains chauds; ce n'est que quand les forces sont bien conservées qu'on peut recourir, avec prudence, à des émissions sanguines locales.

Il y a plus d'inconvénient que d'avantage à combattre l'ascite par les drastiques et les diurétiques; en cas de nécessité, il vaut mieux recourir au trocart. On cherchera à modérer, au moyen du tannin, de l'alun, du perchlorure de fer, etc., les hémorrhagies qui menaceraient d'épuiser le malade.

#### VIII. — Observations.

Quelques observations pourront trouver ici leur place, afin de servir d'exemples et de rendre plus sensibles certaines particularités.

##### 1<sup>o</sup> Cancers primitifs de la substance du foie.

OBSERVATION LXXXIII. — *Ictère bien des années auparavant, plus tard fièvre intermittente tenace, compliquée d'hydropisie; paralysie du bras droit; dans l'épigastre, tumeurs arrondies douloureuses, à croissance rapide. Troubles des fonctions de l'estomac, anasarque, albuminurie, pneumonie du côté gauche; mort par œdème pulmonaire. — Autopsie: Foie énormément développé, présentant de nombreuses tumeurs cancéreuses, dilatation de l'artère hépatique; hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche, maladie de Bright à une période avancée. — Elisabeth Goëtz, veuve d'un artisan, âgée de 60 ans, fut en traitement du 3 au 10 février 1858.*

La malade avait toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 32 ans; alors, pendant sa seconde couche, à la suite d'une contrariété, elle fut atteinte d'un ictère, qui, sans l'empêcher de nourrir son enfant, dura six semaines et disparut graduellement par l'emploi d'émétiques, qui firent évacuer beaucoup de bile.

Quatre accouchements ultérieurs eurent lieu sans que l'ictère reparût. Deux ans après cette première maladie, elle eut une fièvre intermit-

tente à type quotidien et quarte, qui dura plusieurs mois et se compliqua d'hydropisie; cette maladie et sa complication disparurent cependant par les soins médicaux.

Il resta de la faiblesse, une respiration courte sans toux. Les règles se supprimèrent à l'époque habituelle. Cette suppression coïncida avec l'apparition d'une toux et d'une expectoration sanguinolente, qui revenait toutes les quatre semaines et s'accompagnait souvent de vomissements. La toux persiste encore aujourd'hui, mais l'expectoration est purement catharrale.

Dans ces derniers temps, elle était fréquemment occupée à laver, et éprouva tout à coup, au milieu de son travail, une paralysie du mouvement et de la sensibilité dans le bras droit. Cette paralysie ne se dissipa que lentement, la mit dans l'impossibilité de laver davantage et même de lever de légers fardeaux. Elle éprouvait en même temps des picotements continuels dans la pulpe des doigts. Cette extrémité ne maigrit pas; le pied droit demeura intact.

Au printemps de 1857, cette femme sentit à l'épigastre une tumeur noueuse, qui était douloureuse et la contraignit à entrer à l'hôpital, où elle ne resta que quatorze jours.

Bientôt après, elle remarqua de nouvelles tumeurs, qui se développaient rapidement au-dessous de la première. Cette femme continua à aller mendier de côté et d'autre, jusqu'à ce qu'enfin une hydropisie générale, survenue il y a quelques semaines, et la perte de ses forces, la contraignirent d'entrer de nouveau à l'hôpital le 3 février 1858.

Lors de son entrée, elle paraît excessivement amaigrie; œdème léger au visage et au bras droit, très-prononcé aux jambes et à l'abdomen. Pas de matité en avant du thorax; à gauche et en haut affaissement considérable du murmure respiratoire, râles sonores à droite dans toute la hauteur. En arrière et en bas des deux côtés, à partir de l'angle de l'omoplate, sonorité un peu affaiblie, murmure respiratoire manquant de netteté, tons du cœur purs, choc sensible entre la troisième et la quatrième côte.

L'abdomen est soulevé, l'ombilic complètement effacé; entre lui et l'appendice xiphoïde développement considérable des veines; la distance entre ces deux points est augmentée.

Sur beaucoup de points du ventre on voit des soulèvements globuleux de différentes grosseurs. On sent, à partir du rebord costal droit jusqu'à la crête iliaque, et à gauche, jusque dans la fosse iliaque, une tumeur qui présente de nombreuses saillies noueuses et sensibles. Il est facile de suivre, avec l'extrémité des doigts conduite transversalement dans la cavité abdominale, l'extrémité inférieure de cette tumeur, qui est mobile et s'abaisse manifestement dans l'inspiration.

La matité mesure en hauteur 25 cent. sur la ligne du mamelon, 16 cent. à l'épigastre, 30 cent. sur le lobe gauche; l'espace qui sépare la ligne axillaire gauche de la droite mesure transversalement, à la hauteur de l'ombilic, 43 cent.

Appétit très-peu développé; langue d'un jaune sale; selles rares; urines peu abondantes, chargées d'albumine et contenant une grande quantité de cylindres très-pâles pour la plupart, sans épithélium ni molécules graisseuses.