

opérée par M. Routier, le 26 juillet. La vésicule biliaire, de petite dimension et non infectée, contenait sept calculs, deux autres calculs étaient engagés dans le canal cholédoque et l'obstruaient complètement. Il n'y avait nulle part ni pus ni liquide purulent. L'opération fut suivie d'un succès complet; en quelques jours, les urines devinrent claires et abondantes; le seizième jour, on enleva les drains, et le vingt et unième jour, la malade quitta l'hôpital complètement guérie. L'ictère avait totalement disparu et, peu de temps après, l'amaigrissement avait fait place à un engraissement régulier et progressif.

Ici encore, vous le voyez, comme chez notre malade de la salle Sainte-Jeanne, les accès de fièvre violents et répétés n'étaient pas dus à une migration calculeuse puisque le canal cholédoque était oblitéré; on ne pouvait pas davantage les mettre sur le compte d'une infection des voies biliaires, puisque l'opérateur n'en avait pas trouvé trace et puisque les accès avaient cédé définitivement dès que l'opération eut rétabli le cours normal de la bile. C'est donc la rétention et la résorption biliaire qui provoquaient les accidents fébriles. Du reste, ces accès de fièvre n'existent pas seulement au cas de rétention biliaire due à l'oblitération du cholédoque par calcul biliaire, je les ai constatés également au cas d'oblitération du cholédoque par cancer de la tête du pancréas. Je vous ai retracé à notre dernière séance l'histoire d'une malade atteinte d'ictère permanent datant de huit mois, consécutif à un cancer de la tête du pancréas; je vous ai dit que cette malade avait eu pendant plusieurs mois des accès de fièvre violents et répétés avec élévation de la température à 39 et 40 degrés. Ici encore l'opération ne permit de découvrir aucune trace de suppuration, la vésicule n'était pas atteinte de cholécystite, et les accès de fièvre cédèrent pour ne plus revenir, aussitôt que l'obstacle à l'écoulement de la bile eut été levé.

Cette digression, Messieurs, a pour but de vous faire connaître quelques-unes des modalités de la fièvre chez les ictériques. A une première variété, se rattache la fièvre dite hépatalgique, qui paraît associée à la migration des calculs

et aux coliques hépatiques. A une deuxième variété appartient la fièvre dite bilio-septique, résultat de l'infection des voies biliaires (angiocholite, cholécystite, abcès du foie). Je réserve pour une troisième variété les accès de fièvre dépendants de la rétention permanente et de la résorption biliaire. Dans ces trois variétés, la fièvre procède par accès, avec cette différence, toutefois, que les accès sont distincts et séparés par des périodes apyrétiques plus ou moins longues, dans la première et dans la troisième variété, tandis qu'ils font partie d'une fièvre continue quand il s'agit d'infection ou de suppuration des voies biliaires.

Après ces considérations suscitées par les symptômes observés chez notre malade, reprenons dans son ensemble la question de l'oblitération calculeuse du canal cholédoque. Ce canal, grand égout collecteur de la bile, peut être divisé en trois parties: une première partie sus-duodénale est contenue dans l'épiploon gastro-hépatique; une deuxième partie longe la face postéro-interne du duodénum, et une troisième partie s'engage dans les parois de l'intestin pour venir aboutir à l'ampoule de Vater.

Les calculs biliaires peuvent s'arrêter en ces différentes régions, et d'après la statistique de M. Vautrin, qui porte sur 47 observations, le calcul occupait 27 fois la partie sus-duodénale, 18 fois la partie rétro-duodénale et 2 fois seulement l'embouchure de l'ampoule de Vater. Ajoutons que l'ampoule de Vater elle-même peut être oblitérée par un calcul (Widal et Griffon).

Les calculs oblitérants ont le volume d'une noisette, d'une cerise, d'une petite noix. Parfois, on trouve plusieurs calculs de dimensions variables, étagés ou conglomérés. L'arrêt ou la migration des calculs dépend du calibre et de l'extensibilité du canal cholédoque. Bien que supérieur aux autres canaux biliaires, le calibre du cholédoque n'est pas uniforme dans tout son trajet. « M. Quénu a constaté qu'il diminuait progressivement depuis l'extrémité supérieure jusqu'à l'ampoule de Vater. Il passe ainsi de 13 millimètres de diamètre, au niveau de sa naissance, à 6 millimètres à son extrémité

duodénale. Mais ce qui importe, au point de vue de l'arrêt des calculs, ce n'est pas tant la forme générale du calibre du cholédoque, que la dilatabilité à chacun des points de son trajet. M. Vautrin a fait, à ce sujet, des expériences sur le cadavre. En introduisant dans la lumière du cholédoque une bougie conique en gomme n° 10, de la filière Charrière, il a constaté sur deux sujets que la pénétration s'opérait assez facilement jusqu'au point où le canal plonge entièrement dans le pancréas. A ce niveau, la résistance ne pouvait être vaincue sans une certaine violence. Il a constamment retrouvé sur des pièces anatomiques, enlevées aux autopsies et disséquées sur la table d'amphithéâtre, le même point rétréci au niveau exact où le cholédoque s'enfonce dans le pancréas. Cependant le canal, entièrement libéré de ses attaches et étendu sur une plaque de liège, ne présentait, au point correspondant, aucune diminution de calibre. Il s'agit donc bien d'un rétrécissement extrinsèque, provenant de l'inextensibilité relative des tissus glandulaires ambiants. De ces expériences, on peut conclure que le cholédoque se prêterait très facilement à l'élimination des calculs hépatiques, si l'intensibilité de ses parois n'était en certains points gênée par la présence des tissus voisins¹. »

L'oblitération calculeuse du canal cholédoque peut persister pendant des semaines et des mois, sans autres accidents qu'un ictère chronique avec décoloration des matières fécales. Mais parfois aussi l'oblitération persistante du cholédoque détermine dans tout le domaine biliaire, foie, vésicule, canaux biliaires, des lésions que je vais vous rappeler. Ces lésions sont parfois purement mécaniques et parfois infectieuses. Les lésions mécaniques consistent en dilatation de la vésicule et des canaux biliaires. A la suite de l'oblitération complète et permanente du cholédoque, les canaux cystique et hépatique peuvent subir des dilatations énormes, le cholédoque peut se distendre au point d'égaliser et dépasser le volume d'une anse intestinale²; la bile s'accumule dans la

1. Couturier. Étude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque. *Gazette hebdomadaire*, 21 février 1897, p. 170.
2. Musée Dupuytren, appareil de la digestion, p. 537-542. Catalogue Houel.

vésicule du fiel, et la vésicule acquiert de telles proportions qu'on l'a vue descendre jusqu'à l'ombilic et jusque dans la fosse iliaque droite. La vésicule ainsi distendue peut contenir plusieurs litres de liquide (tumeur biliaire); Cruveilhier a figuré dans son atlas une vésicule descendant jusque dans la fosse iliaque¹. Je vous ai cité bon nombre d'observations réunies par M. Reclus, qui témoignent de la distension parfois considérable de la vésicule biliaire au cas d'obstruction calculeuse du canal cholédoque. M. Griffon a publié sur ce même sujet trois observations des plus probantes²; dans ces trois cas, l'oblitération calculeuse du cholédoque avait déterminé une forte ectasie de la vésicule biliaire. Malgré ces faits, qui ne constituent en somme que l'exception, il reste acquis, ainsi que MM. Courvoisier et Terrier l'ont établi, que la dilatation de la vésicule biliaire est la règle quand le cholédoque est oblitéré par un cancer, tandis que la vésicule est diminuée de volume, rétractée, atrophiée quand l'oblitération du cholédoque est calculeuse. Peu importe les théories, le fait n'en persiste pas moins; il est vrai qu'en pareil cas, la vésicule est assez souvent calculeuse et atteinte de cholécysite.

L'obstruction permanente du cholédoque détermine également l'ectasie des canaux biliaires intra-hépatiques, superficiels ou profonds, et ceux-ci affectent une forme cylindrique ou ampullaire, analogue, dit Monneret, aux dilatations bronchiques. La dilatation est parfois tellement généralisée que le parenchyme du foie ressemble à un tissu caverneux³. Sous l'influence de la rétention biliaire, le foie devient très volumineux (congestion biliaire du foie); sa surface est lisse, sa coloration est olivâtre. A la coupe, on voit des conduits biliaires dilatés, d'où s'écoule une bile, souvent mélangée de muco-pus, de sable et de concrétions biliaires.

A la suite de l'obstruction permanente calculeuse du cholédoque, on peut voir l'infection et la suppuration des voies

1. Cruveilhier. *Anat. path.*, livrais. 59, pl. 4, fig. 1, 2.
2. Ces observations sont consignées dans la thèse de M. Couturier, *Obstruction du cholédoque*, Paris, 1896.
3. Raynaud et Sabourin. *Arch. de physiol.*, 1879.

biliaires par un mécanisme aujourd'hui bien connu. A l'état normal, les canaux biliaires, la vésicule biliaire et la bile sont aseptiques, ils ne contiennent aucun microbe. MM. Gilbert, Girode et Thiroloix ont ensemencé la bile de la vésicule biliaire de gens n'ayant pas succombé à une maladie générale ou biliaire et ils ont trouvé la bile stérile. Chez les animaux, la bile de la vésicule est aseptique. L'épanchement de bile pure dans le péritoine ne détermine pas de péritonite. Donc la bile normale est aseptique, elle est stérile¹. La bile n'est pas antiseptique, elle n'est pas microbicide, elle ne détruit pas les germes comme on l'avait supposé; la bile est même pour les microbes un milieu de culture aussi favorable que le bouillon ordinaire; elle n'atténue en rien leur virulence; coli-bacille, streptocoque, staphylocoque, etc. se développent admirablement dans la bile (Gilbert et Dominici).

Alors, comment se fait l'infection des voies biliaires? J'ai dit que les canaux biliaires sont aseptiques, mais la dernière portion du canal cholédoque fait exception : on y a constaté de nombreux microbes, notamment le coli-bacille; ces microbes viennent du duodénum, si riche lui-même en microbes (Gessner). Donc le cholédoque est en imminence d'infection; le duodénum constitue un danger incessant pour les canaux biliaires. A l'état normal, le courant de la bile entretient *mécaniquement* l'asepsie des voies biliaires, mais tout obstacle au courant de la bile, toute diminution ou tout arrêt dans l'écoulement de la bile favorise l'envahissement des voies biliaires par les microbes qui, normalement, habitent le duodénum et la dernière portion du canal cholédoque. L'infection se fait par voie *ascendante*, des canaux à la vésicule et au foie, c'est la règle.

En liant le canal cholédoque, on a pu reproduire expérimentalement l'infection biliaire (Gilbert, Necker, Girode). La ligature produit à la fois l'arrêt de la circulation biliaire et un traumatisme des parois, deux conditions qui favorisent la pénétration des microbes. Ces conditions expérimentales

1. Dominici. Des angiocholites et cholécystites suppurées. Thèse de Paris, 1894.

sont remplies pathologiquement par l'obstruction calculeuse du cholédoque; en effet, les calculs, en oblitérant le canal, s'opposent à l'écoulement de la bile et provoquent le traumatisme, la compression, l'érosion de la muqueuse; dès lors, la porte est ouverte à l'infection et le terrain est préparé. C'est ainsi que prennent naissance les lésions suppuratives des canaux (angiocholite), de la vésicule (cholécystite), et du foie (hépatite et abcès).

L'angiocholite atteint les gros vaisseaux biliaires et les petits vaisseaux intrahépatiques. Dans ce dernier cas, les lésions du foie sont dominantes. Chez les gens qui succombent à ces complications, on trouve, à l'autopsie, le foie mou et volumineux; il est entouré d'adhérences dues à une péri-hépatite simple ou suppurée. A la coupe du foie, le tissu paraît transformé en un tissu spongieux, bilieux et purulent; à travers les conduits biliaires dilatés, la bile s'écoule de tous côtés en abondance; le parenchyme hépatique est parsemé d'abcès de forme et de dimensions diverses. Les uns sont miliaires, d'autres ont le volume d'une noix, d'une orange et au delà. Certains ont été bien décrits par M. Chauffard sous le nom d'abcès *aréolaires*. Ces abcès biliaires ont plusieurs origines : les uns sont dus aux dilations cylindriques moniliformes ou ampullaires des canalicules biliaires; ce ne sont pas de vrais abcès; les autres, les vrais abcès, beaucoup plus fréquents, prennent naissance dans le tissu conjonctif qui entoure les canaux (péri-angiocholite suppurée), soit que les parois du canal aient été détruites par l'inflammation suppurative, soit que l'abcès communique par ulcération avec le canal biliaire. La rupture d'un conduit biliaire dilaté dans le parenchyme du foie peut également devenir l'origine d'un abcès volumineux.

Le liquide purulent des abcès biliaires est blanchâtre, jaune verdâtre, brunâtre; il contient du sable biliaire, des débris hépatiques; la collection purulente n'a pas de membrane limitante, ou s'il se forme une membrane, elle n'est jamais tapissée d'épithélium cylindrique; la constatation, dans le liquide, de l'épithélium cylindrique indique la communication du foyer purulent avec un canalicule biliaire.

Les microorganismes, surtout le coli-bacille, abondent dans le liquide des abcès biliaires.

La *vésicule biliaire* s'infecte par le mécanisme dont je viens de vous parler, que l'oblitération calculeuse siège dans le canal cholédoque ou dans le canal cystique. Il est très rare, ainsi que je vous l'ai dit, que la vésicule soit dilatée ou distendue par le liquide; ce liquide est peu abondant, à peine troublé par des nuages de muco-pus, ou purulent, sanieux, fétide, coloré ou non par la bile. Parfois la vésicule est recouverte de fausses membranes, cause d'adhérences (péricholécystite). Les parois de la vésicule sont amincies au cas de distension, ou très épaissies au cas de rétraction; on constate souvent dans ces parois des abcès miliaires qui communiquent avec la cavité cholécystique. Vue intérieurement, la vésicule est sillonnée de replis, de brides qui la cloisonnent et lui donnent l'aspect d'une ruche; dans les alvéoles de cette ruche se cachent des calculs plus ou moins volumineux, enchatonnés, incrustés dans leur loge purulente et parfois très difficiles à énucléer. Une infiltration de cellules embryonnaires existe dans toutes les couches de la vésicule, on y constate également un grand nombre de microorganismes.

L'obstruction permanente du canal cholédoque produit souvent, avons nous dit, l'augmentation du volume du foie; mais cette hypertrophie est parfois remplacée, à la longue, par une atrophie, avec *lésion cirrhotique du foie* (cirrhose biliaire). Dans aucun cas, cette cirrhose ne ressemble à la cirrhose atrophique de Laënnec; la surface du foie est lisse et son parenchyme n'est que médiocrement induré; il s'agit par conséquent d'un processus cirrhotique spécial. L'oblitération expérimentale du canal cholédoque chez les animaux¹, qu'on produit au moyen de sa ligature, et l'obstruction pathologique de ce canal chez l'homme, par cancer primitif des voies biliaires ou par cancer de la tête du pancréas², déterminent des altérations cirrhotiques tout à fait analogues.

1. Charcot et Gombault. *Archiv. de Physiol.*, juin 1878, p. 272.

2. Ramos et Cochez. *Rev. de méd.*, septembre 1887.

Sous l'influence de la rétention biliaire, une angiocholite se déclare; l'angiocholite devient de la péri-angiocholite et le processus aboutit à une hépatite interstitielle diffuse. Cette hyperplasie conjonctive avoisine d'abord les gros canaux biliaires, puis les canalicules de moindre dimension; elle s'accuse dans les espaces, puis dans les fissures, et circonscrit le lobule hépatique, sans jamais aboutir, comme la cirrhose atrophique de Laënnec, à la formation de granulations hépatiques. On constate, en outre, la formation de canalicules biliaires qui envahissent le lobule hépatique, la pigmentation des cellules et l'envahissement du lobule par hyperplasie conjonctive. Comme ce tableau anatomique a quelques analogies avec celui de la cirrhose hypertrophique biliaire, Charcot avait proposé de réunir ces cirrhoses en un groupe, le groupe des cirrhoses biliaires¹. Il faut dire néanmoins que les différences sont grandes entre la cirrhose hypertrophique (maladie de Hanot) et le foie biliaire. Le foie biliaire n'est pas hypertrophié, il est plutôt petit et rétracté; on y trouve souvent des dilatations des canaux biliaires avec ou sans abcès biliaires, et l'angiocholite débute par les grosses voies biliaires, qui sont indemnes dans le cas de cirrhose hypertrophique biliaire.

Après vous avoir rappelé les différentes altérations qui peuvent être la conséquence de l'oblitération calculeuse permanente du canal cholédoque, abordons le côté clinique de la question. Le plus souvent, huit fois sur dix, l'oblitération permanente par calcul ne s'établit pas du premier coup sans avertissements. Le malade qui va être atteint d'oblitération permanente du cholédoque a presque toujours un passé lithiasique. Interrogez-le avec soin et vous apprendrez que six mois, un an, quelques années avant, il a eu des coliques hépatiques. Tantôt la colique hépatique a éclaté avec tous ses symptômes, douleurs caractéristiques, vomissements bilieux, vertiges, lypothimies, ictère pas-

1. Charcot et Gombault. Contribution à l'étude anatomique des cirrhoses. *Arch. de Physiol.*, 1876.

† sager, urines ictériques et parfois décoloration transitoire des matières fécales; tantôt la colique hépatique a été fruste, incomplète, caractérisée par des douleurs qu'on a décorées du nom de crampes d'estomac, avec vomissements, teinte subictérique des conjonctives, coloration foncée des urines. Souvent aussi le malade en question a déjà été soumis à différentes médications: le médecin ou les médecins qu'il a consultés l'ont envoyé à Vichy, à Carlsbad, à Pougues, à Capvern, à Vittel, autant de cures destinées à guérir la lithiase biliaire qui ne s'était traduite jusque-là que par les coliques hépatiques.

† Mais voici que les accidents actuels ne ressemblent plus tout à fait aux accidents du passé, car le calcul n'est plus migrateur comme au moment des coliques hépatiques, il est maintenant *enclavé* dans le cholédoque. Les douleurs n'ont plus au même degré la forme soudaine et paroxystique de la colique hépatique; elles sont moins vives, mais elles sont presque incessantes; le malade se plaint d'une douleur continue à la région du foie, à l'épigastre, dans le dos, entre les épaules. L'ictère est permanent, la teinte ictérique de la peau est devenue tous les jours plus foncée, l'urine est extrêmement bilieuse, les matières fécales sont totalement décolorées, des démangeaisons intolérables ne laissent au malade ni trêve ni sommeil. Ce syndrome ictérique dure depuis quinze jours, depuis trois semaines, un mois, alors que le syndrome de la colique hépatique durait à peine quelques jours (s'il dure plus longtemps, c'est qu'il y a série de coliques hépatiques entrecoupées de rémissions). L'appétit a progressivement diminué, l'état nauséux [va quelquefois jusqu'au vomissement. A l'examen du malade, le foie est un peu augmenté de volume; la pression sous les côtes est douloureuse; la douleur provoquée est surtout vive au niveau de la vésicule biliaire. Connaissant le passé de votre malade, sachant qu'il a eu, quelques jours, quelques mois ou quelques années avant, une ou plusieurs coliques hépatiques, vous n'hésitez pas à mettre les accidents actuels sur le compte de l'oblitération calculeuse permanente du canal cholédoque.

Un mois, six semaines, deux mois se passent sans la moindre amélioration; au contraire, les symptômes sont encore plus intenses. Le syndrome ictérique s'est installé d'une façon définitive, à peine pouvez-vous saisir quelques ébauches transitoires de rémission. Le malade affaibli, fatigué par l'insomnie, par les démangeaisons, maigrit à vue d'œil; il a déjà perdu quatre, cinq, six kilos de son poids; en face de cet état, abandonnez-vous votre premier diagnostic; vous laisserez-vous hanter par l'idée d'oblitération du cholédoque consécutive au cancer de la tête du pancréas? Non, car la rétention biliaire et l'anorexie au cas d'obstruction calculeuse suffisent à expliquer le dépérissement et l'amaigrissement du malade. Par moments, dans le cours de cet ictère chronique, vont éclater, peut-être, les grands accès de fièvre dont je vous ai longuement parlé, accès de fièvre avec frisson intense, température à 39 et 40 degrés et sueurs profuses; en face de ces accidents fébriles, vous laisserez-vous hanter par l'idée de l'infection des voies biliaires, angiocholite, cholécystite, abcès du foie? Non, car ces accès ne font pas partie d'un état fébrile continu, ils sont isolés, séparés par des périodes plus ou moins longues d'apyrexie complète, ce qui vous permet d'éloigner l'hypothèse d'accidents infectieux pour vous rattacher au diagnostic plus rassurant d'accès de fièvre consécutifs à la rétention biliaire. Votre malade arrive ainsi au troisième, quatrième, cinquième mois de l'oblitération du cholédoque; tous les moyens médicaux ont échoué, y compris les cures thermales alcalines; vous vous demandez alors s'il est prudent de laisser cette situation se prolonger indéfiniment, vous redoutez avec raison les complications, l'angiocholite, la cholécystite, les abcès du foie et vous pensez à l'intervention chirurgicale.

† Le tableau clinique, tel que je viens de vous le présenter, simplifie singulièrement le diagnostic de la cause oblitérante, en pareille circonstance, les coliques hépatiques ayant précédé l'oblitération du canal cholédoque, il est tout naturel d'admettre que l'oblitération est calculeuse; il serait illogique d'avoir une autre opinion. Mais le dia-

gnostic est loin d'être toujours aussi simple. D'abord il faut compter avec les cas où l'oblitération calculeuse du cholédoque se fait et persiste sans avoir été précédée de colique hépatique et sans que la malade ait éprouvé la moindre douleur. Pour si étrange que cela vous paraisse et quelle que soit la théorie que l'on invoque, ce fait n'en est pas moins réel, surtout chez les vieillards, le cholédoque peut être oblitéré par un calcul sans qu'il en résulte ni douleur, ni ictère. Comme preuve à l'appui, je vous citerai le cas publié par M. Griffon, concernant une femme âgée, qui n'avait ni douleurs, ni ictère, et qui vint mourir à l'hospice des Ménages à la suite d'une infection bronchique. On trouva à l'autopsie deux volumineux calculs qui oblitéraient complètement le canal cholédoque à son extrémité duodénale. Cette oblitération permanente avait déterminé une dilatation considérable des canaux biliaires et de la vésicule; le cholédoque était tellement dilaté qu'on pouvait y introduire simultanément les doigts, l'annulaire et l'auriculaire ¹.

En pareille circonstance, absolument rare, il est vrai, le diagnostic est impossible, mais sans parler des cas exceptionnels, prenons les faits courants, ceux que vous pouvez rencontrer tous les jours et voyons comment, au cas d'ictère chronique, avec syndrome biliaire, il est possible d'arriver au *diagnostic de la cause oblitérante*. Des lésions de différente nature, avons-nous dit, peuvent oblitérer le canal cholédoque et, pour nous en tenir aux plus habituelles, nous avons passé en revue le cancer primitif des voies biliaires, le cancer de l'ampoule de Vater, le cancer de la tête du pancréas et les calculs biliaires. Je vous ai démontré, au cours de cette étude, combien ce diagnostic est difficile. Reprenons la question dans son ensemble.

La continuité de la décoloration des matières fécales qu'on avait donnée comme un des signes de l'oblitération par cancer de la tête du pancréas est un signe inconstant : car ici, comme dans toute oblitération du cholédoque, quelle qu'en soit la cause, la bile peut se frayer momentanément un chemin

1. Griffon. *Bull. Soc. Anat.*, juillet 1896, p. 120.

et arriver dans l'intestin sous forme de débâcles biliaires transitoires.

L'état de la vésicule biliaire fournit des signes de probabilité, mais nullement de certitude, et bien que la vésicule soit ordinairement distendue au cas d'obstruction cancéreuse et diminuée au cas d'obstruction calculeuse, il n'en est pas moins vrai que l'oblitération calculeuse a plusieurs fois provoqué une distension énorme de la vésicule.

L'augmentation du volume du foie qu'on regardait comme incompatible avec l'oblitération cancéreuse du cholédoque et qui paraissait être un signe de l'oblitération calculeuse, cette augmentation du volume du foie peut exister, quelle que soit la lésion oblitérante et vous n'avez pas oublié que le volume du foie (non cancéreux) était considérable chez le malade atteint de cancer du pancréas, que nous avons vu avec M. Reclus.

L'amaigrissement rapide qu'on serait tenté de mettre sur le compte de l'oblitération cancéreuse du cholédoque n'est pas, il s'en faut, un signe de cancer, puisque notre malade avait maigri de plus de 15 kilos en une année bien que son obstruction fut calculeuse; elle reprit ses 15 kilos quand l'obstruction eut été levée.

On avait supposé que l'examen des matières grasses contenues dans les matières fécales pourrait donner quelques indications utiles relativement à la suppression du suc pancréatique au cas de cancer, mais on a démontré (Muller) qu'on ne peut baser sur l'étude de la stéarrhée aucun signe certain de diagnostic, et du reste, le canal pancréatique peut être comprimé par un calcul comme par un cancer.

D'après M. Salhi, le salol, qui est une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, est décomposé dans l'intestin en ses deux éléments, par le suc pancréatique¹; si donc on donne deux grammes de salol à un malade qui n'a pas de lésions du pancréas, l'acide salicylique et l'acide phénique résultant de la décomposition du salol vont apparaître dans l'urine; si on ne les y retrouve pas, c'est que le salol n'a pas

1. Salhi. *Semaine médicale*, 1896, p. 153.