

que la tumeur ne serait pas appréciable par le toucher rectal ou par le palper abdominal. Si l'occlusion survient brusquement, dans le cours d'une bonne santé, avec douleurs très vives, vomissements rapidement fécaloïdes, constipation absolue, on supposera un étranglement interne de l'intestin ou un volvulus. Si le début est moins brusque, les douleurs moins vives, les vomissements fécaloïdes moins précoces, si la suppression des selles est plus lente à s'établir, si l'on constate un empâtement limité en un point de l'abdomen, il est probable qu'on a affaire à une invagination. Si les symptômes de l'occlusion ont été précédés par une constipation opiniâtre, si la palpation de l'abdomen permet de constater dans les régions du cæcum ou de l'S iliaque une masse molle et pâteuse, non douloureuse, on affirmera la présence de tumeur stercorale.

Reconnaitre le siège de la lésion est encore un diagnostic difficile. Il faut toujours pratiquer le *toucher vaginal* et le *toucher rectal*, et remonter aussi haut que possible dans le rectum, ce qui permet souvent de constater un rétrécissement cicatriciel, un cancer, une tumeur stercorale, une invagination de cette région. Le siège initial de la douleur est un signe précieux, mais incertain; l'absence de vomissements fécaloïdes prouverait que l'intestin est oblitéré en un point très élevé, au voisinage du duodénum; le ballonnement du ventre plus accusé au centre de l'abdomen que dans les flancs indiquerait que l'obstacle réside dans l'intestin grêle; le météorisme rapidement généralisé à tout l'abdomen plaide en faveur d'une obstruction du gros intestin, la précocité et l'intensité des symptômes généraux (dépression des forces, péritonisme) s'explique mieux avec une lésion de l'intestin grêle, si riche en plexus nerveux.

Le pronostic de l'occlusion intestinale est toujours redoutable, alors même que les symptômes sont peu intenses et l'obstruction incomplète. L'occlusion par matières stercorales est la seule variété dont le pronostic soit bénin, parce que d'habitude elle cède assez facilement aux moyens employés; les autres variétés, l'invagination, le volvulus et surtout

l'étranglement, doivent être considérées comme fort graves.

Traitement. — Les moyens en usage pour combattre l'occlusion intestinale sont médicaux ou chirurgicaux. Les *purgatifs* de toute nature, les sels neutres, les purgatifs drastiques (25 grammes d'eau-de-vie allemande), l'huile de croton tiglium (1 à 2 gouttes en pilules), donnent de bons résultats quand l'occlusion est consécutive à un amas de matières fécales, à une parésie intestinale, à un coude de l'intestin, mais, dans d'autres circonstances, ils me paraissent plus nuisibles qu'utiles; il ne faut donc pas les appliquer au hasard à toute occlusion, et surtout il n'en faut pas prolonger trop longtemps l'usage.

Les *lavements* purgatifs avec le sulfate de soude, le sirop de nerprun, l'infusion de séné, les lavements *gazogènes*¹ contenant chacun 20 grammes de bicarbonate de soude et 10 grammes d'acide tartrique, et répétés deux ou trois fois dans la même journée, ont donné quelques bons résultats. J'en dirai autant des *injections forcées* (Cantani), injections que l'on pratique au moyen d'une sonde profondément introduite dans le rectum, et reliée par un tube de caoutchouc à un réservoir d'eau placé plus ou moins haut.

L'*électricité*, et l'on emploie aujourd'hui les courants continus, est un moyen qui a plusieurs fois réussi (Lacaille), à la condition qu'il soit appliqué dès le début, sans perte de temps, et avant toute complication inflammatoire (*lavements électriques*).

Mais trop souvent on perd à ces traitements médicaux un temps précieux; le vrai traitement dans la majorité des cas, c'est l'*intervention chirurgicale*.

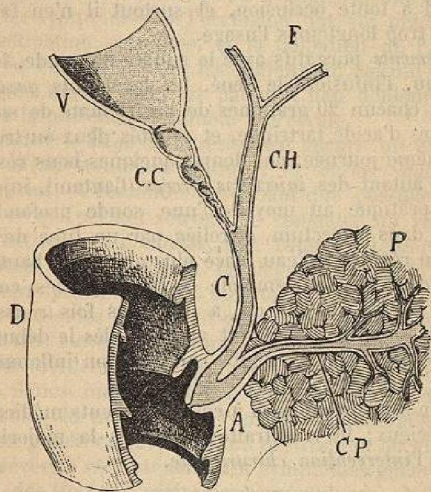
§ 11. CANCER DE L'AMPOULE DE VATER

Discussion. — Par sa topographie, par ses symptômes, le cancer de l'ampoule de Vater mérite une mention spé-

¹ *Gas, hebdomad.* 1875, n° 55.

ciale. En 1890, Busson¹ en avait réuni une dizaine d'observations; de nouveaux cas ont été publiés (Hanot², Rendu³, Durand-Fardel⁴, Dominici), ce qui nous permet d'entreprendre aujourd'hui la description de ce cancer⁵.

Ainsi que son nom l'indique, le cancer a pour siège l'ampoule de Vater. Mais l'ampoule de Vater est une sorte de carrefour, à la fois intestinal, biliaire et pancréatique; ce carrefour est intestinal par les parois duodénales qui forment l'ampoule; il est biliaire par la terminaison du canal cholédoque et il est pancréatique par la terminaison



A. Ampoule de Vater. — CP. Canal pancréatique. — C. Canal cholédoque. — CC. Canal cystique. — CH. Canal hépatique. — V. Vésicule biliaire. — F. Foie. — P. Pancréas. — D. Duodénum.

1. Busson. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Th. de Paris, 1890.
2. Hanot. *Soc. méd. des hôp.*, 24 avril 1896.
3. Rendu. *Soc. méd. des hôp.*, 1^{er} mai 1896.
4. Durand-Fardel. *Presse médicale*, juin 1896, p. 285.
5. Vincent. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Th. de Paris, 1896.

du canal de Wirsung. Eh bien, le cancer de l'ampoule de Vater prend-il naissance dans le tissu de l'intestin, dans le tissu du canal cholédoque, ou dans le tissu du canal pancréatique; en un mot, est-il un cancer intestinal, biliaire ou pancréatique? Il serait intestinal pour Rendu, pancréatico-biliaire pour Hanot, pancréatique pour Bard, biliaire pour Durand-Fardel.

Dans un cas récent, publié par Dominici⁴, il s'agissait d'un épithélioma primitif développé aux dépens des canaux excrétoires biliaires et pancréatiques (type excrétoire de Bar) qu'on doit opposer au cancer de la tête du pancréas (cancer alvéolaire) dérivant des acini pancréatiques.

Anatomie pathologique. — Le cancer primitif de l'ampoule de Vater se présente sous forme d'une plaque cancéreuse, ou plus souvent sous forme d'une masse végétante, d'un champignon du volume d'une noisette à une noix. Cette tumeur fait saillie dans la cavité du duodénum; elle est blanchâtre, assez molle et rarement ulcérée. Les orifices du canal cholédoque et du canal pancréatique viennent aboutir à la tumeur qui les oblitère plus ou moins complètement. Dans quelques cas, on peut retrouver l'orifice du canal pancréatique ou du canal cholédoque à travers le champignon cancéreux. Le bourgeon cancéreux peut absorber l'orifice du cholédoque et s'engager dans l'ouverture de ce canal, comme si le cancer avait débuté par l'orifice du cholédoque pour envahir ensuite l'ampoule de Vater (observation de Durand-Fardel). Quand l'ouverture du canal cholédoque est oblitérée, ce cancer, ainsi que les canaux cystique, hépatique, et la vésicule biliaire, peuvent être fort dilatés.

Le cancer de l'ampoule de Vater est presque toujours un épithélioma à cellules cylindriques; il reste nettement cantonné à l'ampoule, il n'a aucune tendance à se généraliser, il n'envahit ni le pancréas, ni le foie, c'est à peine s'il détermine de l'adénite de quelques ganglions pancréatiques et mésentériques.

1. *La Presse médicale*, 26 juillet 1899.