

se traduisent par une anémie progressive et par un amaigrissement et un dépérissement graduels. A la teinte pâle des téguments fait suite la teinte jaune pâle du cancer, le dégoût des aliments s'accuse tous les jours, l'amaigrissement devient extrême et la cachexie avec ses œdèmes et ses hydropisies annonce la fin prochaine. La mort survient tantôt du fait de la *cachexie* (hydropisies, muguet, diarrhée), tantôt à la suite d'une *complication* (péritonite, obstruction intestinale, perforation, hémorrhagie).

Telle est la marche *habituelle* du cancer intestinal, mais les *exceptions* sont nombreuses. Dans certains cas le développement du cancer est latent, et c'est dans le cours d'une santé en apparence excellente, qu'éclatent brusquement les symptômes d'une *occlusion intestinale*; la soudaineté des accidents fait supposer une lésion d'un autre genre : on pratique la laparotomie, et l'on se trouve en face d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin¹. Dans d'autres circonstances, le cancer de l'intestin reste au second plan; et, avant qu'il ait provoqué des symptômes généraux, une péritonite chronique se déclare, un épanchement abondant envahit la cavité péritonéale, et l'on pense volontiers à une maladie du péritoine ou à une maladie du foie avec ascite; mais on pratique la ponction abdominale, on retire un liquide coloré, hématique; la palpation, devenue plus facile après l'évacuation du liquide, permet de constater de plus près l'état du péritoine et de l'intestin (péritonite cancéreuse), et on fait, en seconde analyse, un diagnostic qu'il n'eût pas été possible d'établir du premier coup, avant l'évacuation du liquide péritonéal.

Le *cancer du rectum*, que j'ai laissé de côté, avec intention, appartient plutôt à la chirurgie qu'à la médecine, et si quelques erreurs se commettent au sujet du siège de ce cancer, c'est qu'on néglige trop souvent de pratiquer le *toucher rectal*. C'est, en effet, le *toucher rectal* qui seul permet d'affirmer l'existence et le siège du cancer du rectum.

1. Robert. *Cancer de VS iliaque*. Th. de Paris, 1880.

Diagnostic. — Le *diagnostic* du cancer intestinal est facile quand sa marche est classique; les douleurs abdominales, les alternatives de constipation et de diarrhée, le méléna, la constatation de la tumeur, la cachexie envahissante, ne laissent place à aucune erreur; le diagnostic est plus difficile quand la lésion est masquée par des complications (péritonite cancéreuse, épanchement abdominal) qui accompagnent ou qui cachent le cancer intestinal. Ce diagnostic sera fait au sujet de la *péritonite chronique tuberculeuse*.

Traitement. — Le traitement du cancer intestinal est purement palliatif. Les laxatifs, les purgatifs, les injections morphinées, si les douleurs sont vives, telles sont les indications les plus habituelles. Dans le cancer du rectum, l'intervention chirurgicale est parfois utile.

§ 10. DE L'OCCLUSION INTESTINALE

Définition. — Sous le nom d'*iléus*, de *volvulus*, de *passion iliaque*, de *colique de miserere*, on désignait autrefois un état morbide, caractérisé par l'arrêt complet des évacuations alvines, accompagné de ballonnement du ventre, de vomissements incoercibles, de douleurs vives, accidents qui se terminent généralement par la mort quand le malade est abandonné à lui-même¹. Longtemps cette maladie fut considérée comme le résultat d'un état *spasmodique* de l'intestin, plus tard on lui donna le nom d'*étranglement interne*, dénomination qui a le tort de n'envisager qu'une partie de la question, aussi doit-on lui préférer la dénomination d'*occlusion intestinale* (O. Masson²), qui a l'avantage de s'adresser à tous les cas d'oblitérations de l'intestin.

Étiologie. — Les différents mécanismes qui produisent l'occlusion intestinale constituent les variétés suivantes (Jaccoud) :

1° *Occlusion par rétrécissement.* Le rétrécissement de l'in-

1. Trousseau. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 192.

2. O. Masson. *Occlusion intestinale*. Th. de Paris, 1857.

testin peut être dû à une compression exercée sur ses parois par une tumeur du voisinage, tumeur kystique ou cancéreuse du péritoine, des ovaires, des ganglions mésentériques, corps fibreux de l'utérus, anévrysme de l'aorte abdominale. Le rétrécissement peut tenir à une altération des parois intestinales (cancer, polypes), aux cicatrices causées par les ulcérations de la dysenterie et de la tuberculose¹. La syphilis produit surtout les rétrécissements du rectum²; les rétrécissements cancéreux sont très rares à l'intestin grêle; 72 fois sur 108 cas ils siégeaient à l'S iliaque et au rectum (Bulteau). L'occlusion consécutive à un rétrécissement spasmodique de l'intestin (iléus nerveux, passion iliaque) est considérée comme fort rare depuis que les autres mécanismes d'occlusion sont mieux connus; néanmoins elle ne doit pas être absolument rejetée; elle existe, j'en ai vu un cas qui ne laisse aucun doute, pendant mon internat chez Jaccoud³, et j'en ai observé un autre exemple dans mon service à l'hôpital Tenon.

2° *Occlusion par étranglement.* Ce mode d'occlusion est fréquent; c'est un étranglement interne analogue à l'étranglement herniaire. L'intestin s'engage dans un orifice anormal du mésentère, de l'épiploon, ou dans l'hiatus de Winslow; d'autres fois l'étranglement de l'intestin est produit par une bride (souvent vestige de péritonite chronique), et étendue d'une anse à une autre anse intestinale; de l'intestin à l'abdomen, au mésentère, à l'utérus⁴; de l'épiploon au péritoine, de l'appendice iléo-cæcal à une anse intestinale, d'un diverticulum intestinal à la paroi de l'abdomen⁵. Il y a même des cas où le diverticule de Meckel, qui avoisine la terminaison de l'intestin grêle et qui est considéré comme un reste du conduit omphalo-mésentérique, atteint une telle longueur qu'il forme des nœuds autour de l'in-

1. Leudet. *Clin. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.*
2. Fournier. *Rétréc. syphilit. du rectum.* Paris, 1875.
3. Jaccoud. *Pathologie interne*, t. II, p. 271.
4. Nouet. *Th. de Paris*, 1874.
5. Anffret. *Arch. de méd. nav.*, t. XXIV, juillet.

testin¹. Dans ces différentes variétés, l'étranglement atteint presque toujours la fin de l'iléon; sur 151 cas relevés par Bulteau, l'étranglement siège 153 fois sur l'intestin grêle et 18 fois seulement sur le gros intestin.

3° *Occlusion par volvulus.* Le volvulus résulte de la torsion ou de la rotation de l'intestin¹; la laxité du mésentère favorise la torsion du cæcum et de l'S iliaque, l'intestin grêle s'enroule et s'étrangle sur un repli mésentérique qui lui sert d'axe. Parfois il n'y a qu'une simple flexion, l'anse intestinale forme un coude: c'est l'obstruction intestinale par *coudeure*.

4° *Occlusion par invagination.* On appelle invagination la pénétration d'une portion de l'intestin dans une autre portion qui lui est supérieure ou inférieure; le plus souvent c'est la partie supérieure qui pénètre dans la partie inférieure. Le canal du segment invaginé est rétréci, et la nouvelle paroi est formée des trois parois intestinales emboîtées. Entre la paroi moyenne et l'interne est le mésentère qui a suivi la partie invaginée. Si l'invagination n'est pas suivie d'accidents d'étranglement, elle peut persister à l'état d'invagination chronique, et l'occlusion intestinale est incomplète. Les accidents d'étranglement qui accompagnent l'invagination sont dus au bout du segment invaginant, qui joue pour ainsi dire le rôle d'un anneau, par rapport au segment invaginé; et il est probable que le mésentère, qui attire à lui le cylindre invaginé, n'est pas étranger aux phénomènes d'occlusion.

La partie invaginée, comprimée par la partie engainante, se congestionne, se tuméfie et s'enflamme; les séreuses s'accolent, et ce travail phlegmasique engendre l'une des terminaisons suivantes :

a. L'inflammation et les accidents aigus peuvent disparaître et faire place à une invagination chronique qui rétrécit le calibre de l'intestin, et qui devient l'origine d'accidents nouveaux. — b. Le cylindre invaginé se gangrène, il est éliminé avec son repli mésentérique et rendu par les

1. Parisse. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 575.

voies inférieures, pendant que les adhérences des parois préviennent les accidents de perforation intestinale et rendent la guérison possible¹. — c. Autour du segment intestinal, siège de l'invagination, se développe une péritonite partielle et subaiguë, qui n'est pas exempte de dangers, ou bien une perforation intestinale se produit, et une péritonite suraiguë rapidement mortelle en est la conséquence.

Relativement au siège de l'invagination, sur un total de 765 cas, on trouve 592 invaginations iléo-cæcales, 220 invaginations de l'intestin grêle, et 151 invaginations du gros intestin². L'invagination constitue chez l'enfant la cause presque unique de l'occlusion intestinale. La longueur du cylindre invaginé est très variable, elle atteint de grandes dimensions dans le gros intestin, et il n'est pas rare qu'un second segment intestinal pénètre dans le cylindre invaginé; on a même vu un troisième segment pénétrer dans les deux autres.

5° *Occlusion par obstruction*. L'accumulation de matières fécales dans le cæcum ou dans le gros intestin, les concrétions intestinales (entérolithes), les gros calculs biliaires, les ascarides lombricoïdes réunis en paquets, les corps étrangers introduits dans le rectum (Verneuil), sont autant de causes qui favorisent l'occlusion intestinale.

6° *Occlusion par pseudo-étranglement*. L'arrêt au cours des matières fécales par paralysie intestinale peut s'observer pendant l'évolution de toutes les péritonites et au cours de l'appendicite. Dans quelques cas un malade a tous les symptômes de l'occlusion intestinale; on l'opère, et l'on ne découvre aucune cause d'occlusion. L'occlusion a-t-elle eu son origine dans une paralysie de l'intestin³; cet état paralytique est-il accompagné de flexion, de coudure de l'intestin? Ces faits ne sont pas complètement élucidés.

Symptômes. — Le début de l'occlusion intestinale est des plus variables. Dans certains cas l'occlusion se révèle avec

1. Besnier. *Étrangl. int. de l'intest.* Paris, 1860.

2. M. Bulteau. Th. de Paris, 1878.

3. Henrot. *Des pseudo-étranglem.*, etc. Th. de Paris, 1865.

une certaine brusquerie. Assez rapidement, sans cause apparente, un individu est pris d'une douleur vive, en un point de l'abdomen, avec irradiations multiples. Plus tard, surviennent des nausées, du hoquet, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, qui prennent les jours suivants le caractère des vomissements fécaloïdes. Le ventre, d'abord rétracté, ne tarde pas à se ballonner, et les anses intestinales se dessinent en relief plus ou moins considérable. Les selles se suppriment, le malade ne rend plus *ni matière ni gaz*. La prostration des forces apparaît rapidement, la température baisse, les symptômes généraux s'aggravent, le pouls devient petit, irrégulier, et la mort peut survenir en trois ou quatre jours. Cette variété, dont les symptômes rappellent un peu ceux de la hernie étranglée ou de la péritonite aiguë, n'est pas la plus fréquente. Nous allons l'étudier plus loin avec les péritonites tuberculeuses; elle est même assez souvent le premier indice d'une péritonite tuberculeuse qui évoluait à l'état latent.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes de l'occlusion intestinale se succèdent *plus lentement*. La douleur n'a ni la brusquerie ni la vivacité du cas précédent; tantôt elle est circonscrite à la région malade, tantôt elle irradie en divers sens. La constipation ou, pour mieux dire, la suppression des garde-robes et des gaz, n'est complète que le deuxième ou troisième jour, lorsque le malade a vidé le bout inférieur de l'intestin. A partir de ce moment, si l'occlusion est complète, le malade ne rend plus ni matières ni gaz; à peine a-t-il quelques évacuations séro-muqueuses insignifiantes, résultat de sécrétions intestinales. Le rejet d'un peu de sang ou de quelques lambeaux (détritus de la muqueuse) est l'indice du sphacèle dans le cas d'invagination.

Les vomissements, d'abord alimentaires et muco-bilieux, prennent, dès le troisième, quatrième jour, ou plus tard, l'aspect et l'odeur des déjections diarrhéiques; ce sont les vomissements fécaloïdes. Ils sont très liquides, parce qu'ils sont mélangés aux boissons avalées par le malade, et ils

sont formés par les matières contenues dans le bout supérieur de l'intestin, refoulées dans l'estomac par des contractions anti-péristaltiques de l'intestin. Dès le début de l'occlusion, le ventre se ballonne, puis le météorisme devient excessif, et parfois, surtout au moment des paroxysmes douloureux, on voit se dessiner en relief les anses intestinales, qui, suivant les cas, font saillie autour de l'ombilic ou dans les flancs. Les urines sont rares, surtout si l'obstacle siège près de l'estomac (Barlow), la soif est vive, et l'ingestion de la moindre quantité de liquide provoque des vomissements.

L'abattement, la prostration, la perte des forces, sont des symptômes précoces. Le pouls est petit, fréquent; la face est pâle, amaigrie, grippée; la peau est froide, ridée; la voix est affaiblie, grêle, cassée.

Plusieurs *terminaisons* sont possibles: dans les cas les plus heureux, mais les plus rares, les vomissements féca-loïdes s'arrêtent, le malade rend par les voies inférieures quelques gaz suivis de quelques déjections; le météorisme diminue, les symptômes généraux s'amendent, le cours des matières se rétablit et, finalement, le malade guérit. Dans d'autres circonstances, les symptômes aigus de l'occlusion disparaissent, mais le malade n'est pas guéri: il conserve des symptômes d'*invagination chronique*¹, ce qui constitue un danger permanent. La perforation intestinale et la péritonite aiguë survenant dans le cours d'une occlusion intestinale sont des accidents rapidement mortels; mais d'habitude ce n'est pas ainsi que la mort survient: les symptômes aigus du début se sont amendés, la douleur abdominale est moins vive, les vomissements sont moins fréquents; on serait presque tenté de voir dans cet état une amélioration: mais le malade se refroidit, il s'affaiblit, la voix s'éteint, le pouls devient irrégulier, insaisissable; il y a de la dyspnée, du hoquet, des spasmes musculaires, les extrémités se cyanosent, et la mort arrive, après

1. Rafinesque. *Invagin. intestin. chron.* Th. de Paris, 1878.

dix, douze jours, non par le fait d'une péritonite, mais au milieu de phénomènes d'*auto-intoxication*, ou au milieu de symptômes que Gubler a si bien caractérisés du nom de *péritonisme* et dont l'origine est dans le sympathique abdominal.

Diagnostic. Pronostic. — Pour ne pas confondre l'occlusion intestinale avec une *hernie étranglée*, il faut explorer minutieusement les régions qui sont le siège habituel ou insolite des hernies. Il ne faut pas confondre l'occlusion intestinale avec la péritonite consécutive aux perforations des ulcères simples de l'estomac et du duodénum. J'ai insisté sur ce diagnostic au chapitre concernant la perforation de ces ulcères; je n'y reviens pas. L'appendicite est parfois accompagnée d'un fort tympanisme avec arrêt des matières et des gaz; je renvoie au chapitre de l'appendicite pour l'étude de ce diagnostic. On ne confondra pas l'occlusion intestinale avec la *colique saturnine* ou avec une intoxication aiguë. Les obstacles siégeant au niveau du *rectum* seront reconnus par le *toucher rectal*.

Reconnaître la cause qui a provoqué l'occlusion intestinale est un diagnostic souvent difficile. Le mode de début est un guide insuffisant; on a dit que les accidents brusques appartiennent surtout à l'étranglement, au volvulus, et les accidents lents et progressifs à la compression de l'intestin, au développement d'une tumeur dans ses parois, etc; ces assertions ne sont pas toujours vraies, et il n'est pas rare de voir les accidents apparaître avec toute la brusquerie d'un étranglement, alors qu'il s'agit d'une occlusion consécutive à un cancer de l'intestin¹; c'est un fait dont j'ai plusieurs fois été témoin.

Néanmoins, il faut dire que le *diagnostic de la cause* est possible dans certains cas. Si l'occlusion survient chez un malade atteint depuis quelque temps d'alternatives de diarrhée et de constipation, de *melæna*, d'amaigrissement, on pensera à un cancer intestinal, alors même

1. Robert. *Cancer de l'S iliaque.* Th. de Paris, 1880.

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*.

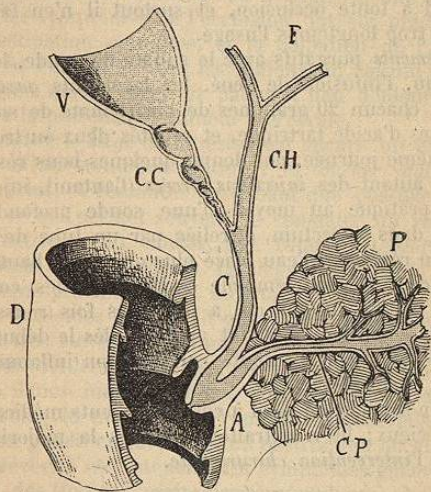
§ 11. CANCER DE L'AMPOULE DE VATER

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

1. *Gaz. 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 Dominici¹, 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.

Le pancréas n'offre aucune lésion cancéreuse; il est tantôt normal, tantôt volumineux.

Le foie n'est pas envahi par le cancer; il est augmenté de volume, infiltré de pigment biliaire, et souvent le siège d'une sclérose commençante, à point de départ périportal (Hanot). La vésicule biliaire est souvent distendue, pleine de bile; mais, chose remarquable, elle ne contient jamais de calculs biliaires (une fois sur quinze observations); cette rareté de la lithiase biliaire au cas de cancer de l'ampoule mérite d'être comparée avec l'extrême fréquence de la lithiase biliaire au cas de cancer primitif des voies biliaires.

La rate est souvent augmentée de volume.

En résumé, que le cancer de l'ampoule de Vater ait pour origine l'orifice pancréatico-biliaire (cancer orificiel) ou qu'il ait pour origine la muqueuse intestinale de l'ampoule, il n'en est pas moins vrai qu'il se comporte « comme les plaques d'épithélioma intestinal que l'on rencontre au niveau de la valvule iléo-cæcale ou sur la flexion de l'S iliaque. C'est la même disposition superficielle, la même marche lente, avec peu de tendance à s'ulcérer, à se généraliser, et même à se propager aux ganglions adjacents » (Rendu).

Symptômes. — Le petit cancer de l'ampoule de Vater trahit vite sa présence par l'ictère. On peut même dire que l'ictère est le premier symptôme apparent; il est dû à l'obstruction de l'orifice du canal cholédoque par la tumeur épithéliomateuse. Cet ictère a donc tous les attributs des ictères par oblitération du cholédoque; ictère progressivement accentué, depuis la teinte jaune de la peau jusqu'à la teinte olivâtre; urines fortement ictériques, matières fécales décolorées. Cet ictère n'est pas toujours continu; par moments, la teinte ictérique est moins accusée, la peau reprend sa teinte naturelle et les matières fécales se recolorent; cette intermission de l'ictère, notée dans quelques observations, prouve que l'orifice du cholédoque retrouve pour un temps sa perméabilité. A l'ictère sont associées des démangeaisons parfois terribles qui, jour et nuit, tour-

mentent les malades; on a noté des taches pigmentaires, et du xanthélasma.

La douleur, spontanée ou provoquée, est un symptôme rare, néanmoins elle est signalée dans quelques observations; le malade de Rendu avait des crises douloureuses vives dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, la palpation était très douloureuse au creux épigastrique, dans la région correspondant au lobe gauche du foie, si bien qu'on se demandait si ce malade n'avait pas un calcul engagé dans le canal cholédoque.

Le vomissement alimentaire est un symptôme assez fréquent. La diarrhée est habituellement tardive, elle alterne parfois avec la constipation.

A l'examen du malade, on constate que le foie est volumineux, dans quelques cas très volumineux; la vésicule biliaire est souvent très distendue et appréciable à travers la paroi abdominale.

A un moment donné, peu de mois après le début de la maladie, les symptômes généraux entrent en scène; l'appétit faiblit et disparaît, le malade maigrit et se cachectise: l'un est pris d'accès de fièvre, l'autre a des hémorragies intestinales (observations de Féréol et de Rendu); des œdèmes surviennent, parfois même un œdème unilatéral droit (observation de Hanot); enfin après une durée qui varie de cinq à dix-huit mois, le malade succombe, dans la cachexie, dans le marasme, ou bien il est emporté par quelque complication.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater présente parfois des difficultés insurmontables. Sur quoi se baser en effet pour formuler ce diagnostic? L'ictère, qui en est le premier et le principal symptôme, existe avec ses mêmes caractères dans une foule de circonstances: que le canal cholédoque soit comprimé, oblitéré, par un cancer de la tête du pancréas, par un cancer des voies biliaires, par un cancer de l'ampoule de Vater, par un ou plusieurs calculs, par la tuméfaction oblitérante des parois qui caractérisent l'ictère infectieux bénin que j'ai nommé ictère ca-

tarrhal prolongé, peu importe; dans tous ces cas-là, l'ictère et son cortège (urines bilieuses, décoloration des selles, gros foie, etc.) restent pendant plusieurs semaines, pendant deux mois, le symptôme unique, le symptôme abdo-minant.

On objectera, il est vrai, qu'au cas de cancer de l'ampoule de Vater, l'ictère et la décoloration des selles subissent parfois des rémissions et des intermittences, mais pareilles intermittences s'observent également au cas de calcul du cholédoque et au cas d'ictère catarrhal prolongé; on a signalé, et j'ai publié des observations où ce même phénomène, débâcles bilieuses et suspension momentanée de l'ictère, se montrait au cas de cancer de la tête du pancréas; donc il n'y a là rien de spécial au cancer de l'ampoule de Vater.

On dira d'autre part, que la douleur spontanée ou provoquée est surtout le fait des calculs du cholédoque, mais je ferai remarquer que le cancer primitif des voies biliaires et le cancer de l'ampoule de Vater provoquent parfois, eux aussi, de très vives douleurs, spontanées ou provoquées, témoin l'observation de Rendu. La diarrhée, a-t-on dit, est un symptôme important; mais en réalité ce symptôme n'a pas plus de valeur que les précédents quand il s'agit d'affirmer ou de rejeter l'hypothèse du cancer de l'ampoule de Vater, et le plus souvent, il faut le dire, le diagnostic est livré à des conjectures.

Je n'ai rien à dire du *traitement*, sinon qu'on pourrait penser à une intervention chirurgicale.

§ 12. DYSENTERIE

Étiologie. — La *dysenterie* a toutes les allures des maladies *infectieuses microbiennes*. Les recherches récentes ont montré qu'il n'y a pas une dysenterie, mais des dysenteries. La dysenterie ambiante est la plus rare. La dysenterie bacillaire est beaucoup plus fréquente.

La dysenterie est *sporadique*, *endémique*, et *épidémique*, *aiguë* ou *chronique*, et ses allures sont différentes suivant qu'elle appartient à l'une ou à l'autre de ces variétés.

La dysenterie *sporadique*¹ éclate au moment des grandes chaleurs et disparaît vers la fin de l'automne; on a prétendu que l'eau de mauvaise qualité, l'usage des boissons froides et des fruits verts, favorisent son développement.

La dysenterie *endémique*² s'observe surtout dans les pays chauds, elle règne continuellement dans certaines contrées, comme la fièvre typhoïde règne à Paris. Ces contrées sont le Sénégal, la Cochinchine, le Mexique, les Antilles, les Indes, l'Algérie, etc. Faut-il invoquer comme étiologie les conditions *climatériques* et les chaleurs excessives de ces pays? On doit en tenir compte évidemment, mais ce n'est pas le seul facteur. Faut-il mettre en cause les conditions *telluriques* et la *malaria*, et admettre avec Cambay et Dutrouleau³ que la dysenterie, comme l'hépatie et les fièvres palustres, ne sont que des manifestations multiples de l'intoxication paludéenne? Mais à cela on peut répondre que dans certaines contrées où la *malaria* est endémique, la dysenterie est inconnue ou exceptionnelle; ainsi la Guadeloupe et la Pointe-à-Pitre sont décimées par les fièvres palustres, et la dysenterie y est assez rare; on en peut dire autant pour les départements de l'Aunis et de la Saintonge. Du reste, ce qui coupe court à toute discussion, c'est que chacune de ces maladies, *malaria* et dysenterie, possède son microbe spécifique.

La dysenterie *épidémique* est favorisée par les conditions étiologiques de deux variétés précédentes, mais l'épidémicité reconnaît en plus des causes spéciales qu'on a mises sur le compte de l'encombrement, de la misère, de la famine, des

1. *Sporadique* (σποραδικός, de σπειρειν, disperser) se dit des maladies qui n'attaquent qu'un ou plusieurs individus, isolément, indépendamment des influences épidémiques.

2. *Endémique* (εν, dans, δημοσ, peuple), maladie locale, particulière à certaines contrées.

3. Dutrouleau. *Mal. des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.