

IV

Entérostomie biliaire et cancer du pancréas.

MESSIEURS,

Vous vous rappelez sans doute un malade dont je vous ai longuement entretenus il y a quelques mois, et chez lequel j'avais pratiqué une anastomose entre l'intestin grêle et la vésicule biliaire pour obvier aux accidents de rétention provoqués par l'oblitération du canal cholédoque. Nous en étions restés à ce point de l'histoire où notre opéré, guéri, avait regagné le Portugal. Il y a malheureusement un épilogue : des accidents ont reparu ; une intervention nouvelle a eu lieu, puis au bout de quelques semaines la mort est survenue, et, grâce à l'autopsie, les pièces ont pu être mises sous nos yeux. Je vous dois d'autant plus la fin de cette observation que, si elle légitime ma thérapeutique, elle donne tort à mon diagnostic.

L'amélioration progressive s'affirma jusque vers le milieu du mois de février ; à ce moment notre opéré ne se rappelait avoir eu, à aucune époque de sa vie, une telle apparence de santé. Mais, dès lors, l'appétit commence à diminuer, les pesées, faites régulièrement chaque semaine, accusent au 15 mars une diminution de 3 kilogrammes. Les douleurs, toujours un peu menaçantes du

côté de l'estomac et sous l'hypocondre gauche, augmentent et prennent une acuité considérable ; elles surviennent tous les jours, avant ou après les repas, sans qu'on puisse préciser le moment où elles sont le plus intenses ; et la pression le long de la colonne vertébrale, surtout au niveau de la dernière côte, les renouvelle. Elles sont parfois nocturnes ; cependant, au début, elles paraissaient s'apaiser un peu sous l'influence de la position horizontale.

Notre distingué collègue, le professeur Souza Martins, de Lisbonne, conseille à son client de revenir à Paris ; nous le revoyons avec le Dr Ettinger et, le 23 mars, pour satisfaire son désir aussi bien que le nôtre, il recommence la série des visites à ses médecins de l'année précédente. Il voit d'abord M. Bouchard : le savant professeur espère que les douleurs vives éprouvées par le malade peuvent s'expliquer soit par des phénomènes congestifs du côté du foie sous l'influence de la digestion, soit par des lésions inflammatoires autour des plexus nerveux du pancréas. En tout cas, il rejette le diagnostic de cancer, étant donnée l'évolution de la maladie depuis l'intervention ; celle-ci date déjà de sept mois et, bien que notre client maigrisse et souffre, il n'a point l'air d'un cachectique ; son état présent est bien supérieur à celui que M. Bouchard avait constaté une première fois quinze jours avant, et une seconde fois trois semaines après notre anastomose biliaire.

Le 28 mars, M. Hanot repousse également l'hypothèse d'un cancer ; il ne peut l'admettre aujourd'hui : l'amaigrissement est dû peut-être à ce que la chymification est incomplète, et à ce que la bile se mélange au bol intes-

tinal à un niveau trop inférieur. Nous ne savons, en effet, sur quelle anse la fistule a été ouverte, et sans doute elle siège très bas. Quant aux douleurs, elles s'expliquent suffisamment par le voisinage, au niveau du pancréas « travaillé » par un calcul, de plexus nerveux abondants. M. Hanot remarque, en outre, que notre malade est un nerveux chez qui les « algies » se réveillent plus facilement que chez tout autre. Il conseille les pilules de fiel de bœuf et on continue les pulvérisations de chlorure de méthyle sur les points douloureux. Mais cette médication reste inefficace, comme l'avaient été tous les remèdes préconisés jusqu'alors.

Le 5 avril a lieu une consultation des médecins ordinaires avec le professeur Dieulafoy qui, comme MM. Bouchard et Hanot, avait vu le malade avant notre intervention : il ne croit pas à un cancer; toutefois, il se demande si un néoplasme ne s'est pas développé secondairement, car l'association des calculs et du cancer n'est pas un fait exceptionnel. Quoi qu'il en soit, il admet avec M. Bouchard et avec M. Hanot qu'une laparotomie exploratrice est indiquée pour se rendre un compte plus exact des lésions et pour intervenir le cas échéant. Le professeur Le Dentu est alors mandé, le 12 avril, par le patient qui désirait se renseigner auprès de lui sur la gravité de cette opération éventuelle. M. Le Dentu la conseille; notre malade se remet entre nos mains, et le 16 avril a lieu notre seconde intervention.

Aidé de mon collègue, M. Chaput, j'ouvre le ventre sur les anciennes cicatrices où l'on notait un léger degré d'éventration; j'ouvre la séreuse abdominale et je trouve des adhérences péritonéales étroites au niveau du foie,

beaucoup plus lâches, mais toutefois résistantes encore au niveau du côlon transverse; je les sectionne entre deux ligatures et j'insinue ma main sur le foie, qui est d'aspect absolument normal; il avait perdu les énormes dimensions constatées lors de notre première laparotomie et, maintenant, avait plutôt tendance à se cacher sous les fausses côtes. Nous palpons notre anastomose qui ne présente rien de suspect, mais en arrière, plus profondément, au point où, la première fois, nous avions cru sentir un calcul arrondi du volume d'une noisette, nous constatons l'existence d'une masse aplatie, de consistance ligneuse, plus large que la paume de la main, immobile, fixée aux parties profondes par de solides adhérences. Il s'agissait évidemment d'une tumeur maligne, d'un néoplasme inopérable, et nous refermons le ventre.

La guérison opératoire fut rapide, et même pendant quatre ou cinq jours on put espérer que la section des adhérences atténuerait un peu les douleurs; mais bientôt les accidents primitifs reprennent avec la même intensité; l'état général s'aggrave, chaque semaine la perte de poids se chiffre par un déchet de 4 à 500 grammes; l'appétit diminue tous les jours, et l'estomac traduit un commencement d'intolérance par des pesanteurs et des renvois; il n'y a pas de diarrhée, quoique les selles ne soient jamais moulées; elles ont été examinées à plusieurs reprises, et toujours elles ont été trouvées colorées par la bile. Les urines ne contiennent pas de pigment. Le foie semble normal et les mensurations pratiquées par M. Bouchard lui assignent une longueur de 15 centimètres. En somme, les trois symptômes qui prédominent sont, avant comme après notre seconde inter-

vention, l'amaigrissement progressif et continu, la perte absolue de l'appétit et surtout des douleurs parfois continues, parfois intermittentes, mais telles que le sommeil en est souvent empêché.

Notre opéré regagne Lisbonne. « Il est déjà dans le marasme, nous écrit son médecin, M. Souza Martins; il est affaibli, triste, ses douleurs sont intolérables; puis surviennent des complications, des hématoméses abondantes qui augmentent la cachexie. » Il meurt le 9 juin, dix mois moins quatre jours après notre première intervention, près de deux mois après notre seconde. Son autopsie fut pratiquée par Souza Martins, assisté des D^{rs} Burnay et Mello de Breyner, vingt-deux heures après le décès. Les pièces m'ont été envoyées, mais comme l'aspect des parties conservées dans l'alcool avait beaucoup changé, je vais en faire l'analyse d'après les notes que m'a communiquées M. Souza Martins. Je ne saurais trop le remercier de la complaisance inépuisable dont il a fait preuve à cette occasion.

« Le pancréas est atteint de dégénérescence carcinomateuse dans toute son étendue; la tête, par où le mal a débuté, a pris un très grand développement; aussi la masse néoplasique obture le cholédoque et comprime le duodénum, ce qui explique les douleurs survenant quelques heures après chaque repas, les vomissements qui vers la fin de la vie devinrent à peu près incoercibles, enfin l'extrême dilatation de l'estomac; quant aux hématoméses, elles avaient pour cause l'ectasie des réseaux veineux de la muqueuse de l'estomac; la gêne de la circulation avait provoqué leur dilatation, leurs parois se rompaient sous l'effort des vomissements; de là

l'écoulement sanguin; il n'y avait donc pas d'infiltration secondaire de l'estomac, comme l'idée en était venue pendant la vie; j'ajouterai que la queue du pancréas envahie par le cancer était plus volumineuse que la partie moyenne de la glande.

« Le foie est déjà atteint de carcinome secondaire et, çà et là, est infiltré de noyaux, nombreux surtout dans le lobe gauche; la vésicule biliaire est vide au moment de l'autopsie et nous la trouvons unie à l'iléon par une belle suture bien solide: l'anastomose siège à 1 mètre environ de la valvule iléo-cæcale. Son orifice, d'un diamètre de 5 millimètres environ, est tubulaire, régulièrement arrondi. Ses petites dimensions expliquent ce fait observé à plusieurs reprises: la décoloration subite des matières qui bientôt reprenaient leur couleur normale. En effet, il suffisait d'une petite congestion de la muqueuse intestinale pour arrêter, pendant un certain temps, le cours de la bile qui de la vésicule devait se rendre dans l'iléon. Quant à la vésicule elle-même, l'existence de l'orifice anormal en son point le plus déclive avait permis sa rétraction; elle n'était point cependant semblable à un canal, ainsi qu'on l'a observé dans d'autres cas; elle avait à peu près les dimensions d'une vésicule normale. »

Telle est notre observation d'entérostomie biliaire: vous en constatez l'intérêt, et nous ne croyons pas qu'il existe dans les annales de la science beaucoup de cas de ce genre où un malade ait été suivi aussi longtemps par des médecins, dont quelques-uns illustres, et cela depuis le moment où le mal est apparu, jusqu'à la mort et