

de suppuration hépatique, la distingue de toutes les autres suppurations du foie.

2° On est vraiment frappé de la disproportion flagrante qui existe entre la petite cavité close de l'appendice où s'élabore la toxi-infection et ce gros foie de trois kilogrammes où les microbes, doués d'une virulence inouïe, peuvent en quelques semaines, presque en quelques jours, déterminer d'aussi vastes lésions.

3° Les complications hépatiques de l'appendicite éclatent presque toujours brusquement. C'est souvent dans le décours de l'appendicite, c'est en pleine convalescence alors que l'attaque appendiculaire paraissait terminée, qu'un terrible accès de fièvre fait son apparition. Cet accès, suivi de plusieurs autres, est accompagné de douleur hépatique et d'un rapide accroissement du foie. L'ictère ne manque pour ainsi dire jamais. Les vomissements et la diarrhée sont des symptômes fréquents.

4° L'infection hépatique appendiculaire est toujours mortelle; le seul traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à pratiquer l'opération de l'appendicite dès les premiers jours, sans laisser à la complication hépatique le temps de se produire.

5° Il ne faut pas confondre l'infection hépatique appendiculaire avec l'ictère toxique dû à l'adulteration des cellules du foie par résorption des toxines de l'appendicite. Il s'agit là, en somme, non pas d'un ictère vrai, mais d'un faux ictère urobilinurique avec albuminurie. Cette question, qui, je crois, était inconnue jusqu'ici, sera traitée en détail à l'une des prochaines leçons.

ONZIÈME LEÇON

OBLITÉRATION PERMANENTE DU CANAL CHOLÉDOQUE

DIAGNOSTIC DES CAUSES DE L'OBLITÉRATION TRAITEMENT CHIRURGICAL

MESSIEURS,

Nous entreprenons aujourd'hui l'étude d'une question qui intéresse également la médecine et la chirurgie, je veux parler de l'oblitération du canal cholédoque, j'entends l'oblitération permanente, maladie des plus graves et habituellement mortelle, mais dont le danger, dans des circonstances que nous aurons à préciser, peut être conjuré par l'intervention chirurgicale.

Commençons cette étude par l'observation de la malade qui en fait le principal objet. Le 25 août 1897, entrant dans notre salle Sainte-Jeanne, n° 20, une femme de soixante-trois ans, atteinte d'ictère chronique. L'ictère était des plus prononcés, d'un beau jaune verdâtre, généralisé à tout le corps; peau et muqueuses, tout était pris. Les urines d'apparence huileuse avaient une teinte vieil acajou et contenaient du pigment biliaire en quantité, on y trouvait également quelques traces d'albumine. Par contre, les matières fécales étaient blanchâtres, totalement décolorées. Ce contraste entre l'ictère foncé de la peau et des urines et la décoloration des garde-robes indiquait déjà sans plus ample

informé que nous avons affaire à un ictère par rétention, la bile arrêtée dans son parcours ne pouvant plus se déverser dans l'intestin.

Cette femme nous raconta qu'elle était jaune depuis un an; sa jaunisse avait été précédée de crises douloureuses très vives qui survenaient trois heures environ après le déjeuner. Les douleurs partaient de la région épigastrique et irradiaient dans le ventre, dans le dos, entre les omoplates; elles étaient parfois suivies de défaillance voisine de la syncope. Des vomissements bilieux accompagnaient fréquemment ces crises douloureuses. Peu après l'apparition de la jaunisse, les déjections avaient perdu leur coloration normale, elles étaient blanchâtres et analogues à du mastic. Malgré cet état fort pénible, notre malade continua à travailler; elle ne fut arrêtée que par une bronchite pour laquelle elle entra une première fois dans nos salles en août 1896. Pendant cette période, l'ictère diminua sans disparaître et la malade quitta l'hôpital ayant encore la jaunisse.

Depuis cette époque, (septembre 1896) jusqu'à son nouveau séjour dans nos salles (août 1897), c'est-à-dire pendant un an, cette femme a toujours été malade, elle n'a plus eu les grandes crises douloureuses qui avaient signalé le début de sa maladie, mais les douleurs sont devenues continues, ou presque continues, avec exacerbations et vomissements bilieux; la jaunisse s'est installée définitivement, augmentant ou diminuant par intervalles, mais ne cessant jamais. A plusieurs reprises, elle a eu, nous dit-elle, de grands accès de fièvre précédés de frissons et suivis de transpirations abondantes. Un symptôme qui n'a rien de grave, mais qui est des plus fatigants et des plus énervants, le prurit, le prurit de l'ictère, tourmente jour et nuit la malade qui se gratte à s'arracher la peau; vous trouvez sur son corps la trace de ces égratignures. Pareilles démangeaisons deviennent pour les ictériques une véritable torture; incessantes et intolérables, elles leur enlèvent tout repos et provoquent l'insomnie. La malade n'a plus d'appétit, elle a le dégoût des aliments, l'estomac est devenu tellement intolérant que le lait seul, à petite dose, est à peu près conservé.

Aussi les forces ont-elles graduellement diminué, la malade a perdu 15 kilogrammes de son poids, et à voir cette vieille femme, affaiblie, amaigrie, d'aspect cachectique, avec son ictère chronique et ses jambes œdématisées, on ne peut se défendre d'abord d'une mauvaise impression.

L'examen de la malade donne les renseignements suivants: le ventre est légèrement ballonné sans trace de circulation collatérale, il n'y a ni ascite, ni tumeur. Le foie est gros, il déborde de deux travers de doigt le rebord costal; la palpation en est fort douloureuse et la douleur s'accuse surtout très vive à la région qui correspond à la vésicule biliaire, à l'intersection de deux lignes, l'une verticale abaissée du mamelon droit, l'autre horizontale passant par le cartilage de la neuvième côte. Toutefois, la vésicule biliaire n'est pas volumineuse, et à supposer qu'elle le soit, elle est profondément cachée, car elle n'est même pas appréciable. Les autres organes, rate, cœur, poumon, sont à l'état normal; on ne constate pas de souffle tricuspide, le pouls est à 75. Les urines sont légèrement albumineuses, mais il n'y a pas trace de sucre; vous verrez que cette absence de glycosurie est un renseignement qui n'est pas à dédaigner.

Tel était l'état de la malade à son entrée; je le résume en quelques mots: Ictère chronique datant de un an, douleurs d'abord paroxystiques et plus tard continues; décoloration des matières fécales, intolérance stomacale et vomissements, augmentation de volume du foie, très vives douleurs à la pression dans les parages de la vésicule biliaire, démangeaisons intolérables, insomnie, inappétence, amaigrissement de quinze kilos, œdème des jambes, apparence cachectique. Il s'agissait maintenant de faire un diagnostic; il fallait savoir quelle était, chez cette femme, la lésion qui s'opposait au passage de la bile dans l'intestin.

Le diagnostic des causes des ictères chroniques par rétention est entouré de difficultés.

D'emblée, j'élimine ici la cirrhose hypertrophique biliaire (la maladie de Hanot), ictère chronique avec gros foie et grosse rate, qui se distingue des ictères chroniques que nous étudions aujourd'hui, par la coloration des matières

BIBLIOTECA

fécales et par l'afflux non interrompu de la bile dans l'intestin. Pour ce qui est de l'ictère par rétention, avec obstacle à l'écoulement de la bile, l'ictère dont est atteinte notre femme, les causes en sont nombreuses, et, pour ne parler que des plus habituelles, elles se traduisent par des symptômes tellement similaires que le diagnostic de ces causes est souvent fort embarrassant. Il y a même des angiocholites chroniques non calculeuses qui simulent (exceptionnellement, il est vrai), le syndrome de l'oblitération du canal cholédoque au point de rendre tout diagnostic impossible, témoin le cas suivant cité par M. Gérard Marchant¹ : Une femme de cinquante-quatre ans, n'ayant jamais eu de coliques hépatiques, était atteinte depuis deux ans d'un ictère des plus prononcés avec urines bilieuses et décoloration des matières fécales; c'était bien le syndrome de l'oblitération du cholédoque. M. Marchant ayant pratiqué la laparotomie n'eut trouvé sur le trajet des canaux excréteurs ni calculs, ni tumeur, ni coudure, il n'y avait en un mot aucun obstacle au cours de la bile. Il en fut réduit à pratiquer une fistule biliaire, l'ictère persista, et, après une survie d'un an et demi, la malade fut enlevée par des complications d'ictère grave. A l'autopsie, aussi bien qu'au moment de l'opération, les voies biliaires furent trouvées absolument perméables, le cholédoque était libre et large dans tout son parcours, il n'y avait en aucun point ni calculs ni obstruction. Mais à l'examen du foie, on trouva une angiocholite avec hépatite diffuse à forme nodulaire.

La compression du cholédoque par kyste hydatique du foie, par hypertrophie des ganglions du hile, par cicatrice d'un ulcère du duodénum, par brides et adhérences du voisinage sont autant de causes de rétention biliaire, rares il est vrai, fort bien étudiées par Straus dans sa thèse d'agrégation sur les ictères chroniques. Il est des tumeurs hépatiques et sous-hépatiques dont le diagnostic ne peut vraiment pas être affirmé sans laparotomie exploratrice. Pour vous en donner une idée, il suffit de citer l'observation sui-

1. Discussion sur la cholédocotomie. *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 juin 1896, p. 460.

vante de M. Lejars¹ : Une femme de soixante-cinq ans, très amaigrie, entre à l'hôpital en septembre 1896. Depuis six mois, elle a constaté à l'hypocondre droit une tumeur qui grossit et la fait un peu souffrir. Cette tumeur a le volume du poing, elle est bosselée, de consistance ligneuse, en continuité manifeste avec le bord antérieur du foie. On ne trouve dans le passé de la malade ni ictère ni coliques hépatiques, même frustes, aucun signe de lithiase. On avait, semble-t-il, les meilleures raisons de conclure à un néoplasme malin du foie : l'âge de cette femme, son amaigrissement, son état cachectique, les caractères et l'évolution de la tumeur, tout imposait ce diagnostic. Très intelligente, la malade consentit sans peine à laisser faire une vérification opératoire. Le 22 septembre, M. Lejars pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale : il trouve une tumeur hémisphérique, blanchâtre, implantée sur la face convexe du foie, près du bord antérieur, sans rapport avec la vésicule; cette tumeur conservait, au palper direct, une consistance uniformément dure; il la ponctionne et, à sa surprise, il voit sortir du trocart un liquide jaunâtre, légèrement trouble; il incise alors la tumeur et il ouvre une cavité contenant du liquide et des débris d'hydatides; c'était un kyste hydatique ancien, à parois très épaissies et calcifiées. Le kyste fut excisé et ce qui en restait fut fixé à la paroi abdominale. La malade guérit sans incident et sortit du service dans un état excellent : elle ne souffrait plus et avait repris l'appétit. Pareil kyste déterminant un ictère permanent par compression des canaux hépatique et cholédoque, vous avouerez qu'une laparotomie exploratrice serait seule capable de fixer le diagnostic.

Après les cas rares, parlons des cas fréquents : 1° l'ictère catarrhal prolongé; 2° le cancer de l'ampoule de Vater; 3° le cancer primitif des voies biliaires; 4° le cancer primitif de la tête du pancréas; 5° les calculs des voies biliaires, sont

1. Lejars. Indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques. *Gazette des hôpitaux*, 15 janvier 1898.

les causes les plus habituelles de l'obstruction permanente des gros canaux biliaires par oblitération ou par compression.

Laquelle de ces causes pouvait être incriminée chez notre malade, c'est ce que nous allons examiner. Était-elle atteinte d'ictère catarrhal prolongé? Je vous rappelle en quelques mots ce qu'est la maladie à laquelle j'ai donné autrefois le nom d'*ictère catarrhal prolongé*¹. Dans les formes habituelles de l'ictère dit catarrhal, le canal cholédoque, siège de l'obstruction, redevient perméable du douzième au vingtième jour; l'apparition de la bile dans l'intestin est le signal de la guérison, les matières fécales se recolorent, les urines perdent graduellement leur aspect bilieux; il se produit souvent une véritable crise polyurique et azoturique (Chauffard), la toxicité des urines, jusque-là normale, s'élève brusquement (Roger), et la coloration ictérique de la peau disparaît totalement en deux ou trois semaines.

Telle est la marche habituelle de l'ictère dit catarrhal (ictère infectieux bénin); sa durée n'excède pas quelques semaines. Mais il faut compter avec les exceptions²; j'ai vu l'ictère catarrhal persister deux et trois mois; il mérite alors la dénomination de « prolongé ». Cet ictère se fait par poussées successives, avec ébauches de rémission, ébauches transitoires qui ne vont pas jusqu'à la disparition des symptômes ictériques. Au nombre des cas que j'ai observés, il en est surtout deux, survenus simultanément chez deux personnes d'une même famille et que j'attribue à une infection duodéno-biliaire par ingestion de gibier avancé; la maladie évolua par poussées successives subintrantes; l'ictère, la décoloration des matières fécales, la teinte ictérique des urines s'amendèrent, sans toutefois disparaître complètement, et reparurent à plusieurs reprises. Chez l'une de ces personnes, l'ictère dura deux mois; chez l'autre, il dura trois mois, avec épistaxis, anorexie, amaigrissement, le foie devint très gros, la convalescence fut très lente, et pendant longtemps encore le foie

1. Dieulafoy. De l'ictère catarrhal prolongé. Cours de la Faculté de médecine. *Semaine médicale*, 11 juillet 1888.

2. M^{lle} H. Herzenstein. De l'ictère catarrhal prolongé. *Thèse de Paris*, 1890.

conserva un fort volume qui ne disparut définitivement qu'après une saison à Vichy.

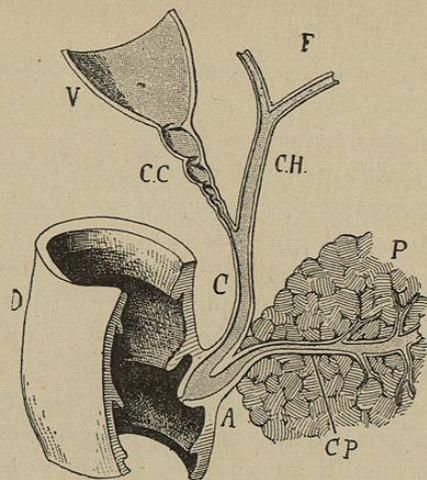
On trouve éparses dans les auteurs des observations analogues. D'après Niemeyer, « la maladie peut traîner en longueur pendant des semaines et des mois, l'ictère devient intense, les malades maigrissent considérablement et le foie éprouve un gonflement manifeste¹. » D'après Frerichs, l'ictère catarrhal peut durer deux et trois mois². Weil en a fait « l'ictère à rechutes »; cette dénomination est mauvaise, car elle laisserait supposer que l'ictère disparaît entre les rechutes, ce qui n'est pas. Il faut connaître cet ictère catarrhal prolongé, il faut savoir qu'il peut être accompagné d'une forte augmentation du volume du foie, avec épistaxis, anorexie, amaigrissement, et que malgré des apparences menaçantes, il aboutit en somme à la guérison. Le diagnostic n'en est pas moins extrêmement difficile; quand on est en face d'un malade qui n'est plus jeune, et qui, depuis un mois, deux mois et plus encore, présente, au complet, le syndrome ictérique (jaunisse, urines ictériques, décoloration des matières fécales) avec amaigrissement rapide, on se demande, avec anxiété, si l'on n'assiste pas au début d'une obstruction cancéreuse du canal cholédoque; cancer de l'ampoule de Vater ou de la tête du pancréas. Bien que chez notre malade il ne puisse pas être question d'ictère catarrhal prolongé, puisque la jaunisse dure chez elle depuis un an, j'ai tenu néanmoins à vous rappeler cette forme d'ictère, qui rentre jusqu'à un certain point dans le cadre des ictères à longue durée et qui peut pendant deux ou trois mois tenir le diagnostic en échec.

Notre malade n'aurait-elle pas une oblitération du canal cholédoque consécutive à un *cancer de l'ampoule de Vater*? L'étude de ce cancer étant de date récente³, laissez-moi

1. Niemeyer. *Pathologie interne*, t. 1, p. 809.

2. Frerichs, *Maladies du foie*, p. 737.

3. Barron. Cancer de l'ampoule de Vater. *Thèse de Paris*, 1890. — Hanot, *Société médicale des hôpitaux*, 24 avril 1896. — Rendu, *Société médicale des hôpitaux*, 1^{er} mai 1896. — Durand-Fardel, *Presse médicale*, juin 1896, p. 285. — Vincent, cancer de l'ampoule de Vater. *Thèse de Paris*, 1896.



A, ampoule de Vater. CP, canal pancréatique. C, canal cholédoque. CC, canal cystique. CH, canal hépatique. F, foie. P, Pancréas. D, duodénum.

vous en rappeler les principaux traits. L'ampoule de Vater représentée sur la figure ci-jointe 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 du canal de Wirsung. Le cancer de l'ampoule de Vater prend-t-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 M. Rendu, pancréatico-biliaire pour Hanot, pancréatique pour M. Bard, biliaire pour M. Durand-Fardel.

Mais que le cancer de l'ampoule de Vater ait pour origine l'orifice pancréatico-biliaire (cancer orificiel) ou la muqueuse intestinale de l'ampoule, il n'en est pas moins vrai qu'il se comporte, dit M. Rendu, « comme les plaques d'épithélioma intestinal, que l'on rencontre au niveau de la valvule iléo-cœcale ou sur la flexion de l'S iliaque. C'est la même disposition superficielle, la même marche lente, avec peu de ten-

dance à s'ulcérer, à se généraliser et même à se propager aux ganglions adjacents. »

Le cancer de l'ampoule de Vater reste donc cantonné à l'ampoule, il n'envahit ni le pancréas, ni le foie, c'est à peine s'il détermine l'adénite de quelques ganglions pancréatiques et mésentériques. Le pancréas est tantôt normal, tantôt volumineux. Le foie, non cancéreux, 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 distendue, pleine de bile; mais, chose remarquable, elle ne contient pas de calculs biliaires (une fois sur quinze observations); cette rareté de la lithiase biliaire au cas de cancer de l'ampoule contraste avec l'extrême fréquence de la lithiase biliaire au cas de cancer primitif de la vésicule et des canaux biliaires. La rate est souvent augmentée de volume.

Le petit cancer de l'ampoule de Vater trahit vite sa présence par l'ictère. On peut même dire que l'ictère en est le premier symptôme apparent; il est dû à l'obstruction de l'orifice du canal cholédoque par la tumeur épithéliomateuse. Cet ictère a tous les attributs des ictères par oblitération du cholédoque, depuis la teinte jaune de la peau jusqu'à la teinte olivâtre; les urines sont fortement ictériques, et les matières fécales sont décolorées. L'ictère n'est pas toujours uniformément continu; par moments, la jaunisse est moins accusée, 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 une partie de sa perméabilité. A l'ictère sont associées des démangeaisons intolérables qui, jour et nuit, tourmentent les malades.

La douleur, spontanée ou provoquée, est un symptôme rare; néanmoins, elle est signalée dans quelques observations; le malade de M. Rendu avait des crises très douloureuses à l'hypocondre droit et à l'épigastre; la palpation était très pénible au creux épigastrique et dans la région correspondant au lobe gauche du foie, si bien qu'on supposait la présence d'un calcul engagé dans le canal cholédoque.

L'autopsie démontra l'existence d'un cancer de l'ampoule de Vater sans lithiase.

Les vomissements sont assez fréquents; la diarrhée, habituellement tardive, alterne parfois avec la constipation; les hémorragies intestinales ne sont pas rares. Le foie est volumineux; dans quelques cas, il est même très volumineux; la vésicule biliaire, quoique fort distendue, n'est pas toujours appréciable à travers la paroi abdominale. A un moment donné, peu de temps après le début de la maladie, 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 douze mois, le malade succombe dans la cachexie, dans le marasme, ou bien il est emporté par quelque complication. D'après cet exposé, vous comprenez que le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater présente parfois des difficultés insurmontables. Sur quoi se baser en effet pour faire ce diagnostic? Le syndrome ictérique, avec ses mêmes caractères, existe ici comme ailleurs, que le canal cholédoque soit obstrué par un cancer de la tête du pancréas, par un cancer des voies biliaires, par un cancer de l'ampoule de Vater, ou par un ou plusieurs calculs biliaires. Dans ces différents cas, l'ictère et son cortège (urines bilieuses, décoloration des selles, gros foie, etc.), peuvent rester pendant des semaines, pendant des mois le symptôme unique, le symptôme dominant.

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 ces rémissions momentanées n'ont aucune valeur pour le diagnostic, car vous les observez dans maintes circonstances, que l'oblitération du cholédoque soit calculeuse ou non calculeuse. On dira d'autre part que l'élément douleur (crises douloureuses et douleur à la pression) est surtout le fait de la lithiase biliaire et des calculs biliaires engagés dans le cholédoque, d'accord; mais le cancer de l'ampoule de Vater

provoque parfois, lui aussi, des symptômes douloureux comparables aux douleurs de la lithiase biliaire, témoin l'observation de M. Rendu dans laquelle le cancer, par ses douleurs, simula une oblitération calculeuse. La diarrhée, a-t-on dit, est un symptôme en faveur du cancer, mais en réalité ce symptôme n'a pas plus d'importance que les précédents et ne permet pas d'affirmer ou de rejeter l'hypothèse du cancer de l'ampoule de Vater; l'hémorragie intestinale a plus de valeur, mais malgré tout, il faut le dire, le diagnostic est, le plus souvent, livré à des conjectures. Cependant, je crus devoir éloigner chez notre malade l'hypothèse du cancer de l'ampoule de Vater, bien qu'elle fût âgée et très amari-grie; je vous donnerai plus tard les raisons qui me firent rejeter ce diagnostic.

Le *cancer primitif des voies biliaires* peut, lui aussi, donner naissance au syndrome ictérique qui nous occupe; notre malade ne serait-elle pas atteinte de cette localisation cancéreuse? Il suffit d'un petit cancer développé sur le canal hépatique ou sur le canal cholédoque pour obstruer le canal et provoquer un ictère intense et prolongé, avec urines bilieuses, décoloration totale des matières fécales, amaigrissement rapide et parfois symptômes douloureux. Le cancer primitif de la vésicule biliaire ne détermine le syndrome en question que si sa propagation aux gros canaux biliaires ou aux ganglions de voisinage devient un obstacle à l'écoulement de la bile. Et comme le cancer primitif de la vésicule biliaire est associé à la formation de calculs biliaires, dans les trois quarts des cas, il en résulte qu'au syndrome préalablement exposé peuvent s'adjoindre de véritables coliques hépatiques, ce qui complique singulièrement le diagnostic.

L'épithélioma primitif du canal cholédoque et du canal hépatique n'est pas absolument rare, on pourrait en réunir plusieurs douzaines d'observations. Dans une communication très documentée faite à la Société médicale des hôpitaux¹,

1. Séance du 5 novembre 1897.