

M. Claisse a établi la statistique suivante : le cancer primitif des gros canaux excréteurs de la bile se localise souvent à l'extrémité juxta-duodénale du cholédoque. Néanmoins, la lésion cancéreuse peut avoir d'autres lieux d'élection. Dans les deux cas de M. Claisse, le noyau cancéreux atteint le canal hépatique et la partie moyenne du canal cholédoque. Dans le cas de MM. Griffon et d'Artigue<sup>1</sup>, le noyau cancéreux n'est pas loin de la terminaison du cholédoque; toutefois il n'intéresse pas l'ampoule de Vater. Hebb, Birsch Hirschfeld et Kraus ont constaté la localisation du cancer sur la partie moyenne du cholédoque. Dans l'observation de Rabé<sup>2</sup>, le cancer siège à la partie moyenne du cholédoque et la vésicule est cancéreuse. Dans les deux cas de Naunyn et Schuppel, le cancer est localisé au canal hépatique ou à l'union des canaux hépatique et cystique. De même dans un cas de Jourdan. Dans un cas de M. Debove<sup>3</sup>, le cancer siège entre le canal cystique et l'ampoule de Vater. Dans une observation personnelle, le cancer siégeait à l'union du canal cystique et du canal cholédoque.

Que l'oblitération cancéreuse atteigne le canal hépatique ou le canal cholédoque, le syndrome ictérique est le même, néanmoins l'état de la vésicule biliaire est variable; si le cancer est au cholédoque, l'accumulation de la bile dans la vésicule biliaire peut déterminer une distension considérable de la vésicule, tandis que si le cancer est au canal hépatique, comme dans l'observation de M. Claisse, la vésicule biliaire n'est nullement dilatée. Dans le cancer primitif des canaux biliaires, l'ictère peut n'être pas le premier symptôme en date, il est quelquefois précédé d'amaigrissement et de perte de forces. L'apparition de l'ictère est tantôt brusque, tantôt lente et progressive : une fois installé, l'ictère ne retrocède pas, ou du moins les rémissions sont incomplètes et momentanées. La peau, comme dans tous les ictères par rétention de longue durée, prend une teinte jaune foncé, jaune verdâtre. Les urines sont très brunes et

1. Société anatomique, 1896, p. 816.

2. Société anatomique, 1897, 2 juillet.

3. Société médicale des hôpitaux, séance du 5 novembre 1897.

contiennent une énorme quantité de pigment biliaire. La bile ne passant plus dans l'intestin, les matières fécales sont blanchâtres, argileuses, de nuance mastic et souvent fétides. Il n'y a généralement pas de douleurs, j'ai vu cependant un cancer des voies biliaires dont les douleurs me firent croire à une oblitération calculeuse; l'erreur me fut révélée à l'autopsie. L'examen de la région hépatique et sous-hépatique donne les renseignements suivants : le foie conserve son volume normal, ou peu s'en faut, le cancer secondaire ne l'atteint pas, du moins on ne l'a pas encore signalé dans les observations de cancer primitif des gros canaux biliaires. Suivant le cas, la vésicule biliaire est distendue et volumineuse, sans être toujours accessible à la palpation. L'anorexie est constante, les troubles digestifs sont fréquents, le malade maigrit rapidement et meurt cachectique en six, huit, dix mois. Pour des raisons que nous discuterons plus loin, j'éliminai chez notre malade le diagnostic de cancer primitif des voies bilieuses.

Cette femme serait-elle atteinte d'un ictère chronique, dû à l'oblitération du canal cholédoque par *cancer de la tête du pancréas*? Cette localisation du cancer est encore plus fréquente que les précédentes et l'observation que je vais vous citer vous donnera une assez bonne idée de son évolution. Il y a huit mois, j'étais appelé chez une dame d'une cinquantaine d'années qui venait d'être atteinte de jaunisse. La jaunisse, qui avait débuté deux ou trois jours avant, était encore peu accentuée; cependant les urines étaient ictériques et les matières fécales étaient totalement décolorées. Le diagnostic d'oblitération calculeuse me parut peu vraisemblable, car cette dame n'avait jamais eu la moindre ébauche de colique hépatique, la jaunisse s'était installée sans douleur, et la région de la vésicule biliaire était absolument indolore. Bien que la malade ne signalât aucun symptôme gastro-intestinal, ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, je pensai néanmoins à une infection duodéno-biliaire, à un ictère infectieux bénin, avec oblitération momentanée du canal cholédoque, en un mot, l'ancien ictère dit catarrhal. Je fis ma

prescription en conséquence : les purgatifs légers, les grands lavements d'eau froide et même l'ingestion d'huile furent successivement essayés sans résultat; la malade fut mise au régime lacté. Quinze jours, trois semaines se passèrent sans la moindre atténuation des symptômes ictériques, auxquels s'adjoignirent des démangeaisons insupportables. Toutefois, cette dame, qui n'avait ni fièvre ni douleurs, ne se considérait pas comme malade; elle sortait et ne changeait rien à ses habitudes; l'appétit seul faiblissait. Devant cette ténacité de l'ictère, je commençai à avoir quelques inquiétudes et comme pour me faire illusion, je cherchai à me rabattre sur l'hypothèse consolante de l'ictère catarrhal prolongé. L'examen du ventre et du foie ne m'apprenait rien de nouveau; de ce côté, tout paraissait normal. Plusieurs autres médications furent essayées sans meilleur résultat, et après une quarantaine de jours, la malade, amaigrie et fatiguée, ayant le dégoût des aliments, y compris le lait, prit la résolution de partir pour une station méditerranéenne.

Pendant les cinq mois de son séjour dans le midi, les mêmes symptômes persistèrent avec une imperturbable uniformité. On m'écrivait que la teinte ictérique était maintenant d'un jaune brunâtre; l'amaigrissement faisait des progrès rapides, les forces déclinaient, et par moments, sans cause apparente, plusieurs fois par semaine, éclataient de grands accès de fièvre à 39 et 40 degrés. L'accès débutait par un grand frisson et parcourait ses trois stades, de froid, de chaleur et de sueur, à la façon d'un accès palustre. La quinine avait été prescrite sans résultat. En dehors de ces grands accès qui revenaient fort irrégulièrement, la fièvre était nulle et la température était normale.

Après cinq mois d'absence, la malade revient à Paris et je suis mandé aussitôt. Elle est absolument méconnaissable tant elle a vieilli, maigri et jauni. Depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis six mois, elle a perdu vingt-quatre kilos de son poids; elle est littéralement réduite à l'état de squelette. Je l'interroge et je l'examine. L'anorexie est complète; c'est à peine si elle tolère quelques tasses de lait ou de bouillon; les matières fécales sont toujours décolorées,

bien que par moments elles se soient légèrement teintées, ce qui indiquerait qu'une petite quantité de bile arrive alors jusqu'à l'intestin. La maigreur extrême de la malade rend très facile l'exploration de l'abdomen; on n'y sent rien d'anormal, ni induration ni tumeur; le foie a son volume habituel et la vésicule biliaire est introuvable. Étant donné cette situation, il fallait se rendre à l'évidence, il s'agissait certainement d'un cancer siégeant aux voies biliaires, à l'ampoule de Vater ou à la tête du pancréas, à moins que par une exception heureuse et inespérée, un gros calcul biliaire ne se fût enclavé sans douleur dans le cholédoque; mais c'était bien peu probable. En tout état de cause, devant les progrès menaçants du mal, je pensai qu'une laparotomie exploratrice était absolument nécessaire, et M. Routier, appelé auprès de la malade, exprima la même opinion.

L'opération fut donc pratiquée et la région suspecte fut explorée. On ne trouva pas de calcul. La vésicule biliaire, profondément située et peu apparente au premier abord, bien que fort distendue, contenait environ 300 grammes de bile qui furent retirés par aspiration; il n'y avait pas de cholécystite, le liquide biliaire n'était pas purulent. On put se convaincre, après quelques recherches, que l'obstruction du canal cholédoque était due à un cancer de la tête du pancréas et l'opération fut terminée par l'abouchement de la vésicule biliaire avec une anse de l'intestin grêle. Peu de jours après l'opération, l'ictère diminuait d'intensité, les matières fécales se recoloraient, les urines devenaient claires et limpides et la malade pouvait prendre quelques aliments légers. Depuis cette époque, elle fait des promenades en voiture, elle est moins amaigrie, l'amélioration est manifeste. Combien de temps durera cette amélioration, c'est ce que je ne saurais vous dire; tout dépendra de la cachexie lente ou rapide qui sera l'œuvre du cancer pancréatique.

Cette observation vous donne une idée de l'évolution assez habituelle de l'obstruction du canal cholédoque par cancer de la tête du pancréas; elle répond à la description classique qui en a été donnée. Dans leur étude sur le cancer de la tête

du pancréas, MM. Bard et Picq résument la question dans les termes suivants<sup>1</sup> : « les symptômes dominants et caractéristiques du cancer primitif de la tête du pancréas sont avant tout l'existence d'un ictère toujours progressif, avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapide, mais sans augmentation notable du volume du foie. Le dernier de ces quatre signes quoique purement négatif est dans l'espèce tout aussi important que les trois autres, leur réunion constitue la caractéristique spéciale de la maladie. » Ces conclusions, données par ces auteurs dans leur important mémoire, concordent effectivement avec la majorité des cas; mais il faut compter avec les exceptions, qui sont loin d'être rares et ces exceptions nous montrent que, contrairement aux conclusions précédentes, l'ictère peut n'être pas progressif; la vésicule biliaire peut n'être pas dilatée, et le foie peut être considérablement augmenté de volume.

Je dis d'abord que l'ictère peut n'être pas toujours progressif; témoin l'observation suivante publiée par mon ancien interne, M. Legrand, au sujet d'un de mes malades de l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme, atteint d'ictère chronique, avait un cancer de la tête du pancréas, ainsi que le démontra l'autopsie. Dès son entrée à l'hôpital, on avait constaté le syndrome ictérique : ictère très foncé, urines bilieuses, matières fécales décolorées; de plus, la vésicule biliaire était énorme et parfaitement appréciable. Un jour, survint une débâcle biliaire, les matières fécales prirent une teinte vert foncé et la tumeur formée par la vésicule s'affaissa. M. Dutil a publié un fait analogue<sup>2</sup> : Il s'agit d'un malade qui entre à l'hôpital avec le syndrome ictérique, ictère très prononcé, urines bilieuses et matières fécales absolument décolorées; toutefois, on put observer à plusieurs reprises des selles bilieuses alternant avec les selles décolorées; à l'autopsie, on constata un cancer de la tête du pancréas. Chez la dame dont je viens de vous citer l'observation, l'ictère s'amenda légèrement à

1. *Revue de Médecine*, 10 mai 1888.

2. *Gazette médicale de Paris*, septembre 1888.

plusieurs reprises et la bile repassa momentanément dans l'intestin, assez pour teinter les déjections. Dans quelques circonstances, les débâcles biliaires ont été signalées sous forme de vomissements; M. Madres a cité une observation de M. Gaucher, concernant un malade fortement ictérique chez lequel l'autopsie démontra un cancer de la tête du pancréas et qui, huit jours avant sa mort, avait eu des vomissements bilieux. Tout ceci prouve que l'ictère consécutif au cancer de la tête du pancréas peut n'être pas toujours progressif; il peut y avoir des rémissions momentanées, pendant lesquelles la bile, passée dans l'intestin, recoloré les déjections et, comme le dit M. Legrand, la débâcle biliaire, surtout accompagnée de l'affaissement de la vésicule, est une éventualité d'autant plus utile à connaître, qu'elle est réalisable dans les premiers temps de la maladie, alors que le diagnostic est des plus incertains.

L'observation que je vais vous citer actuellement vous montrera encore mieux combien les symptômes du cancer de la tête du pancréas peuvent s'éloigner du type réputé classique. Il s'agit d'un homme de trente-six ans, venu de Lisbonne pour sa maladie et auprès duquel je fus mandé plusieurs fois en consultation avec MM. Reclus et Cettenger. L'observation en question ayant fait l'objet d'une très intéressante communication de M. Reclus, à la Société de chirurgie<sup>1</sup>, je ne saurais mieux faire que de vous la citer presque textuellement. La maladie de ce jeune homme avait débuté au mois de septembre 1891 par des troubles digestifs et par des douleurs qui étaient surtout vives après les repas. Ces douleurs avaient leur maximum d'intensité à l'épigastre et à l'hypocondre gauche, sans rappeler toutefois les caractères si habituels de la colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec quelques rares intermittences pendant plusieurs mois. En février 1892, elles se compliquent d'un ictère qui fonce de plus en plus. A partir de ce moment, l'amaigrissement est progressif, la faiblesse est grande et les démangeaisons sont insupportables. Ces phénomènes

1. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1893.

s'accroissent en mars, en avril et en mai. A cette époque, notre très distingué confrère, le D<sup>r</sup> Ferras de Macedo, qui craignait un cancer de la tête du pancréas, envoie le malade à Paris, et nous constatons l'état suivant :

L'ictère est si intense qu'il est difficile d'en voir de plus accusé; les sclérotiques sont d'un jaune brun, les téguments ont une teinte acajou; les démangeaisons sont intolérables; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont décolorées, boueuses et d'une odeur infecte; les urines sont extrêmement bilieuses et contiennent 32 centigrammes d'albumine. *Le foie est énorme*; il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire; sa surface régulière, de résistance normale, sans fluctuation, forme une voussure accentuée à l'épigastre; le rebord en est mousse et nulle part la palpation ne révèle la présence de la vésicule biliaire; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible; elle s'accompagne de pesanteur et d'irradiations douloureuses à l'hypocondre gauche.

Il s'agissait donc d'un ictère par rétention dû à l'occlusion du cholédoque, mais l'occlusion était-elle cancéreuse ou calculuse? Le diagnostic pathogénique était des plus difficiles; MM. Bouchard et Terrier penchaient vers l'hypothèse de cancer du pancréas, opinion partagée par le D<sup>r</sup> Ferras de Macedo. M. Hanot et moi étions plus portés vers l'hypothèse d'un calcul. MM. Reclus, Périer et Ettinger concluent, et nous sommes de leur avis, qu'il est nécessaire de pratiquer une laparotomie exploratrice qui ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe: cholédocotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais désirant un supplément d'informations va consulter des médecins étrangers. Après pérégrinations et consultations en Allemagne, où l'on porte des diagnostics peu vraisemblables, le malade revient à Paris, et d'un commun accord, nous décidons l'opération. M. Reclus, avec l'aide de M. Chaput, pratique cette opération. Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 cen-

timètres au-dessous de l'ombilic; on arrive sur le foie qui est énorme et d'une couleur brune très foncée. Sous son rebord mousse, apparaît la vésicule biliaire; son volume dépasse les deux poings, et comme elle est rejetée en dehors, il faut, pour l'atteindre, se donner du jour; aussi, à l'incision verticale, on ajoute un débridement transversal. La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt, sont libres, mais le cholédoque vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par un calcul gros comme une noix, si enclavé et si profondément situé que son extraction paraît impossible. M. Reclus recherche alors le duodénum, peu accessible aussi, et difficile à rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale; aussi prend-il une anse grêle quelconque, qui puisse, sans traction dangereuse, être mise en contact avec la vésicule biliaire. On isole la vésicule des organes voisins par des compresses stérilisées et on aspire la bile qui est sirupeuse et noire comme du goudron; elle s'écoule avec peine, puis elle devient plus fluide et on en retire 480 grammes. C'est alors qu'on se met en mesure de pratiquer l'entérostomie et la vésicule biliaire est abouchée avec une anse intestinale (entérostomie biliaire).

Voici quels furent les résultats de l'intervention chirurgicale: après quelques incidents de courte durée, l'amélioration se dessina franchement; au septième jour, les fils furent enlevés, la réunion était obtenue; le quinzième jour, le malade se levait. Le succès opératoire était donc superbe. Dès le lendemain de l'opération, il ne fut plus question de démangeaisons, ces terribles démangeaisons qui harcelaient le malade. Dès les premiers jours aussi, l'albuminurie disparut; puis l'urine se décolora, et l'ictère disparut peu à peu. L'appétit revint et, dès le septième jour, le foie, qui avant l'intervention mesurait 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire, n'en avait plus que 17. Trois mois et demi plus tard, le malade de retour à Lisbonne est en pleine santé, les selles sont normales, moulées, colorées, l'appétit est bon, le foie ne dépasse plus les fausses côtes, il a repris son volume normal, et l'opéré a regagné onze kilogrammes, atteignant à peu près son poids primitif. Il ne se plaint, en défi-

nitive, que d'une douleur épigastrique qui revient parfois après les repas et que fait disparaître la position horizontale.

Telle est la première partie de cette observation. Quand M. Reclus la communiqua à la Société de chirurgie, M. Terrier émit des doutes sur la présence du calcul; il n'hésita pas à considérer comme un cancer le corps induré rencontré par l'opérateur; il se basait, pour motiver son opinion, sur l'énorme dilatation de la vésicule biliaire, dilatation qui est le fait des obstructions cancéreuses et qui est si rare au cas d'obstruction calculeuse. La suite des événements devait donner raison à M. Terrier, ainsi que l'a raconté M. Reclus dans une nouvelle communication dont je vais vous citer les principaux passages. L'amélioration progressive de notre malade s'affirma jusque vers le milieu du mois de février; à ce moment, il ne se rappelait avoir eu, à aucune époque de sa vie, une telle apparence de santé. Mais, bientôt après, l'appétit commence à diminuer; les pesées, faites régulièrement chaque semaine, accusent, au 15 mars, une diminution de trois kilogrammes. Les douleurs, toujours menaçantes du côté de l'estomac et sous l'hypocondre gauche, augmentent d'intensité et prennent une acuité considérable; elles surviennent tous les jours, avant ou après le repas, sans qu'on puisse préciser le moment où elles sont le plus intenses. La pression le long de la colonne vertébrale, surtout au niveau de la dernière côte, renouvelle les douleurs; elles sont souvent nocturnes et provoquent l'insomnie; parfois elles paraissent s'apaiser sous l'influence de la position horizontale.

Le malade se décide alors à entreprendre de nouveau le voyage de Paris; les médecins préalablement consultés, et je suis du nombre, conseillent une nouvelle intervention chirurgicale. M. Reclus pratique l'opération; il trouve de nombreuses adhérences péritonéales; le foie n'a plus les énormes dimensions constatées lors de la première laparotomie, il a repris son volume normal; l'anastomose de la vésicule biliaire et de l'intestin ne présente rien de suspect, mais en arrière, au point où la première fois M. Reclus avait cru sentir un calcul, il constate une masse aplatie, de

consistance ligneuse, adhérente aux parties profondes; il s'agissait, évidemment, d'un cancer inopérable du pancréas et le ventre fut refermé. La guérison opératoire fut rapide, mais les douleurs persistèrent; l'état général s'aggrava et le malade dut regagner Lisbonne. Il mourut cachectique dix mois après la première intervention. L'autopsie démontra l'existence d'un cancer du pancréas.

Cette observation vous prouve qu'à l'encontre des conclusions du travail de MM. Bard et Picq, le foie peut devenir très volumineux au cours de l'obstruction du cholédoque par cancer de la tête du pancréas; le foie qui chez ce malade était énorme avant l'opération (énorme et non cancéreux) reprit son volume normal après que le cours de la bile eut été rétabli.

Cette observation vous montre également que le syndrome ictérique dû à l'obstruction du cholédoque par cancer de la tête du pancréas peut être accompagné de douleurs qui ne sont pas toujours faciles à distinguer des douleurs qui sont dues à l'oblitération calculeuse du cholédoque. M. Reclus a rappelé dans sa communication les descriptions données par MM. Lucron et Mirallié relativement à ces douleurs du pancréas cancéreux. Le siège des douleurs, dit M. Lucron, est à l'épigastre, à la colonne vertébrale, avec irradiations aux hypocondres et à tout l'abdomen. Leur maximum d'intensité est à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, au niveau de la dernière vertèbre dorsale ou des deux premières lombaires. D'une violence extrême, elles sont quelquefois provoquées par l'ingestion des aliments, ou bien elles apparaissent la nuit sans cause appréciable et rendent tout sommeil impossible. La description de M. Mirallié ne diffère pas de la précédente: Il se fait, dit-il, une névralgie cœliaque, continue et paroxystique, d'une telle acuité qu'elle résiste parfois à toutes les médications. Elle est térébrante, déchirante; elle occupe la région épigastrique avec irradiations à la colonne vertébrale, aux hypocondres, à l'abdomen, aux membres inférieurs. La douleur est tantôt provoquée par l'ingestion des aliments avec ou sans vomissements; tantôt elle apparaît