

et les quinze kilos perdus par notre malade en quelques mois pouvaient être mis sur le compte d'une oblitération calculeuse tout aussi bien que sur le compte d'une oblitération cancéreuse.

Notre malade n'était pas glycosurique. Bien que la glycosurie, comme symptôme du cancer pancréatique, n'ait pas toute l'importance que quelques auteurs lui avaient attribué, il n'en est pas moins vrai que l'absence de glycosurie chez cette femme éloignait plutôt l'hypothèse de cancer.

Restait l'élément principal du débat : la douleur. Le cancer du pancréas détermine parfois des douleurs très vives, continues et paroxystiques; ces douleurs, je vous l'ai dit, diffèrent par leur siège, par leurs allures, des douleurs de la vraie colique hépatique classique, mais vous verrez des gens qui ont un calcul enclavé dans le canal cholédoque, sans avoir jamais présenté le tableau classique de la colique hépatique; ils se plaignent de vives douleurs, mais ces douleurs ne sont pas sans analogie avec les douleurs dues au cancer pancréatique. En d'autres termes, l'élément douleur ne prend une importance prépondérante dans le diagnostic qui nous occupe, que lorsqu'elle a présenté tous les caractères de la colique hépatique. Eh bien, chez notre femme, les crises douloureuses qui avaient annoncé le début de sa maladie rappelaient si bien la colique hépatique, que je me crus autorisé à rejeter ici l'hypothèse d'une obstruction due à un cancer de la tête du pancréas et je posai le diagnostic d'oblitération calculeuse du canal cholédoque.

Dans la prochaine leçon, nous verrons quelles étaient les déductions thérapeutiques à tirer de ce diagnostic, et nous profiterons de cette circonstance pour reprendre dans son ensemble l'étude de l'oblitération calculeuse du canal cholédoque.



OUZIÈME LEÇON

OBLITÉRATION PERMANENTE DU CANAL CHOLÉDOQUE

DIAGNOSTIC DES CAUSES DE L'OBLITÉRATION TRAITEMENT CHIRURGICAL

MESSIEURS,

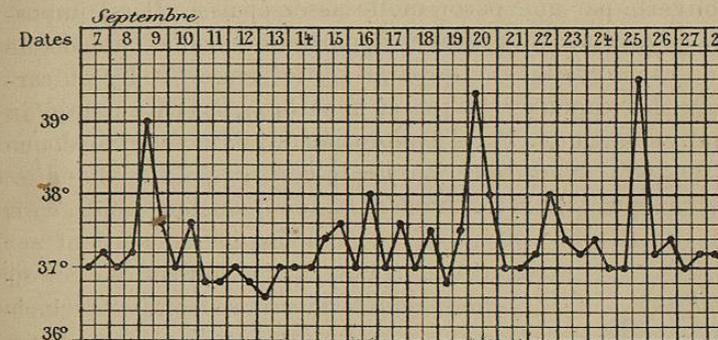
Après avoir passé en revue les différentes causes d'obstruction du canal cholédoque, je vous ai fait part des raisons qui m'ont conduit à admettre chez notre malade l'existence de l'oblitération calculeuse de ce canal. Bien que cette femme fût âgée, très amaigrie et cachectique, conditions favorables à l'hypothèse du cancer, j'ai tenu compte avant tout, pour orienter notre diagnostic, de la *nature des douleurs* qui avaient marqué le début de la maladie. Ces douleurs, au dire de cette femme, avaient eu les caractères des coliques hépatiques; elles témoignaient donc du cheminement d'un calcul à travers les canaux biliaires.

Restait la question du traitement. L'oblitération calculeuse du cholédoque était admise, et cette oblitération datant d'un an environ, tous les moyens médicaux devenaient insuffisants, et je pensai aussitôt à l'intervention chirurgicale. Néanmoins, il me parut utile de mettre la malade en observation, je voulus étudier de près son état et je prescrivis, en attendant mieux, la série des médicaments usités en

pareil cas : la cure lactée additionnée de bicarbonate de soude, les perles d'éther et de térébenthine (remède de Durande), les purgatifs salins; j'essayai de calmer les démangeaisons par les bains d'amidon et de gélatine, par des frictions alcoolisées, par des onctions avec une pommade bromurée. Voici quelle fut, à dater de ce moment, l'évolution de la maladie. Le syndrome ictérique (ictère, urines bilieuses, matières fécales décolorées) ne conserva pas toujours son uniforme régularité. A certains moments, pendant un ou deux jours, une petite quantité de bile se frayait un chemin jusqu'à l'intestin, les matières fécales étaient un peu moins décolorées, la teinte des urines était moins foncée et la coloration des téguments semblait perdre un peu de son intensité; par moments aussi, les démangeaisons étaient moins vives. Plusieurs fois, en face de ces légères rémissions, je me demandai si l'oblitération calculeuse ne céderait pas spontanément un jour ou l'autre; on examinait avec soin les matières fécales, on les passait au tamis, on recherchait le calcul ou les calculs cause de l'oblitération, mais on ne parvenait pas à les trouver; évidemment la bile sous pression pouvait bien arriver par moments à forcer la barrière qui n'était pas tout à fait infranchissable, mais le corps étranger oblitérant n'était pas délogé. Vous avez assisté pendant plusieurs semaines à ces alternatives d'amélioration et de paroxysmes sans que la situation fût notablement modifiée.

Le foie était gros et débordait fortement les côtes. L'appétit était nul et la malade ne prenait que quelques cuillerées de soupe ou du lait à petite dose. Par moments, elle se plaignait de vives douleurs épigastriques et hépatiques; souvent l'état nauséux était suivi de vomissements fort pénibles contenant une petite quantité de bile, preuve nouvelle que la bile arrivait à passer quand même à travers les canaux obstrués. Parfois éclatait soudainement un grand accès de fièvre avec frisson violent, élévation de température à 39 et 40 degrés et sueurs profuses. Abstraction faite de ces grands accès qui depuis plusieurs mois reparaissaient sans régularité une ou plusieurs fois par semaine, la fièvre

était nulle et la température était normale, ou presque normale, ainsi que vous pouvez le constater sur le fragment de courbe que je mets sous vos yeux.



Je reviendrai plus tard sur ces grands accès de fièvre, et nous en rechercherons la cause; au premier abord, quand des accès de fièvre surviennent chez un sujet atteint d'oblitération des voies biliaires, ils éveillent l'idée d'une infection de ces voies biliaires, cholécystite, abcès hépatiques; j'éloignai néanmoins l'idée de fièvre infectieuse, et je vous dirai pourquoi dans un instant. La malade continuait à maigrir, elle s'affaiblissait, les douleurs étaient presque continuelles avec exacerbations fréquentes, les démangeaisons étaient intolérables, l'état nauséux était permanent, il était temps d'agir, et les moyens médicaux ne nous étant d'aucun secours, je m'adressai à l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée sans difficulté par la malade.

Après avoir examiné cette femme, M. Duplay s'arrêta également au diagnostic d'oblitération calculeuse du canal cholédoque et il voulut bien se charger de l'opération, qui fut faite dans les conditions suivantes : Le ventre est ouvert, on repousse fortement de bas en haut le bord antérieur du foie, de façon à faire basculer l'organe en arrière et à découvrir la portion accessible de sa face inférieure. La vésicule biliaire n'est point distendue, elle n'est même pas appréciable au niveau de la fossette cystique. Le foie basculé en arrière et

maintenu dans cette position par un aide qui soulève en même temps son bord antérieur, M. Duplay arrive à sentir très profondément au voisinage du hile une tumeur du volume d'une grosse noisette, de consistance pierreuse et recouverte par une paroi molle assez épaisse. Il est impossible de préciser si la tumeur appartient au canal cholédoque ou au canal cystique, elle paraît plutôt correspondre au carrefour des canaux cystique et hépatique, à la formation du canal cholédoque. Par l'exploration digitale du cholédoque le long du bord libre de l'épiploon gastro-hépatique et dans sa portion rétro-duodénale, on constate que, dans cette partie de son trajet, le cholédoque ne contient pas



de calculs. Les parties molles qui recouvrent la partie pierreuse sont alors incisées et la curette ramène d'abord quelques petits fragments, puis le gros calcul biliaire que je vous présente. Il a les dimensions d'une cerise; il pèse 14 grammes.

Le diagnostic était donc de tous points vérifié, un gros calcul, débouchant du canal cystique, obstruait le canal cholédoque à son origine; le calcul n'était pas tout à fait enclavé dans le canal, mais il le comprimait; entre le calcul et la paroi du canal, la bile, sous pression, pouvait encore à certains moments s'écouler dans l'intestin, ce qui expliquait les légères rémissions que nous avons observées.

Après l'ablation du calcul, on place un gros drain dans la cavité où il se trouvait logé. Des mèches de gaze iodofornée sont ensuite disposées autour du drain en forme d'entonnoir, dont la base répond à la plaie pariétale qu'on rétrécit à ses extrémités par deux points de suture, et dont le sommet correspond à la cavité qui logeait le calcul.

Les trois jours qui suivent l'opération, la situation de la malade ne se modifie pas, les urines restent ictériques et les matières fécales sont décolorées; on ne constate par la plaie aucun écoulement de bile. Ce n'est que le troisième jour, à la suite d'un purgatif au sulfate de soude, que la malade eut à trois reprises, dans la journée, de véritables débâcles de bile. A dater de ce moment, plus de syndrome ictérique, les

matières fécales se colorent, les urines reprennent peu à peu leur teinte normale, en quinze jours la jaunisse avait totalement disparu et en vingt jours la plaie était complètement cicatrisée. Les terribles démangeaisons, qui, depuis plus d'un an, exaspéraient la malade, ont brusquement cessé aussitôt que la bile s'est écoulée dans l'intestin; depuis lors, il n'a plus été question ni de douleurs ni de vomissements. Les grands accès de fièvre qui depuis plusieurs mois étaient si fréquents et si intenses, ces grands accès ont disparu aussitôt que la bile eut repris son cours normal, preuve qu'ils n'étaient pas dus à une infection des voies biliaires. En quelques semaines, cette femme a regagné les 15 ou 17 kilogrammes qu'elle avait perdus, elle a retrouvé l'appétit et le sommeil, et je vous la présente aujourd'hui grasse, fraîche, rajeunie et complètement guérie de la maladie à laquelle elle aurait certainement succombé sans l'opération si habilement pratiquée par M. Duplay¹.

Avant d'entrer dans des considérations générales relatives à l'oblitération calculeuse du canal cholédoque, revenons sur quelques-uns des symptômes que je vous ai signalés au cours de cette observation. Notre malade avait considérablement maigri; en quelques mois, elle avait perdu plus de 15 kilogrammes de son poids. Cet amaigrissement rapide, au cas d'oblitération permanente du cholédoque, pourrait induire en erreur, et faire penser à un cancer, ce qui n'est pas; l'amaigrissement est donc un symptôme qui n'a qu'une valeur relative au sujet du diagnostic de la cause oblitérante, car non seulement l'oblitération calculeuse permanente du cholédoque est suivie d'amaigrissement, mais cet amaigrissement peut être tel, qu'en quelques mois le malade perd 10, 12, 15 kilogrammes; c'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté. L'oblitération cancéreuse du cholédoque n'est donc pas la seule qui puisse émacier le malade; la rétention biliaire et l'anorexie consécutives à l'oblité-

1. J'ai revu cette femme trois mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, elle était en parfait état, en pleine santé.

ration calculeuse, déterminent quoique à un moindre degré des résultats analogues.

Il est un autre point sur lequel je crois utile d'insister longuement. Pendant les quelques semaines que notre malade est restée en observation dans nos salles, et bien avant d'y entrer, elle a été prise, vous ai-je dit, d'une série d'accès de fièvre débutant par un frisson des plus violents et atteignant des températures voisines de 39 et 40 degrés. Quand un malade atteint d'ictère chronique et d'obstruction permanente du cholédoque a ces forts accès de fièvre, la première idée qui vient à l'esprit, c'est que ce malade est en train d'infecter ses voies biliaires; on pense alors aux graves complications et à la redoutable perspective de l'angiocholite, de la cholécystite et des abcès du foie. Et cependant, rien de tout cela n'existait chez notre malade; elle n'avait ni angiocholite, ni cholécystite ni abcès du foie, ce qui donnait raison à notre diagnostic. Au cours de l'opération, M. Duplay ne découvrit nulle part la moindre goutte de liquide purulent et les accès de fièvre disparurent aussitôt que la bile eut retrouvé son chemin. Ces accès de fièvre n'avaient donc pas ici pour origine des lésions infectieuses des voies biliaires; c'était autre chose. Afin de discuter la cause et la valeur de ces accès fébriles chez les gens atteints de rétention biliaire, donnons à la question toute l'ampleur qu'elle mérite.

La migration des calculs biliaires au cours des coliques hépatiques est parfois accompagnée d'accidents fébriles dont je vous ai parlé en maintes circonstances¹. Les exemples suivants vous en donneront une idée: Il y a deux ans, j'étais appelé en consultation auprès de la femme d'un de mes amis, officier supérieur. La malade, sujette à des coliques hépatiques, était depuis quelques jours en pleine crise; douleurs, ictère, décoloration des matières fécales, vomissements. Jusque-là tout paraissait normal, mais voilà que de grands frissons éclatent, et, avec eux, des accès de fièvre terribles, avec température à 40 degrés et sueurs profuses; ces

1. *Manuel de pathologie interne*, t. III, p. 607.

accès reviennent tous les jours à heure indéterminée; on avait donné la quinine, qui n'avait eu, bien entendu, aucun effet, et on ne pouvait se défendre de la crainte d'accidents infectieux des voies biliaires ou d'abcès du foie. Néanmoins, je crus devoir porter un pronostic favorable et je m'arrêtai au diagnostic d'accès de fièvre satellites de migration calculeuse; en effet, quelques jours plus tard, la malade guérissait de ses coliques hépatiques et de ses grands accès de fièvre, après avoir évacué une douzaine de gros calculs biliaires qui furent retrouvés dans les déjections; elle guérissait sans le moindre reliquat fébrile, sans la moindre lésion appréciable des voies biliaires.

Autre exemple: il y quelques années, j'arrive un matin dans mon service de l'hôpital Necker, au moment où mes élèves entouraient le lit d'un malade dont le diagnostic ne s'imposait pas. Le foie était un peu gros, un peu douloureux, et les conjonctives présentaient une teinte subictérique. Sous nos yeux, le malade est pris d'un frisson des plus violents et très prolongé, comparable au frisson d'un accès palustre ou d'une pneumonie lobaire; il grelotte pendant un quart d'heure. Sa teinte subictérique ayant appelé mon attention, je l'interroge au point de vue de la lithiase biliaire; j'apprends de lui qu'il a eu des coliques hépatiques, et, bien que les douleurs hépatiques fussent actuellement très modérées, je porte le diagnostic d'accès de fièvre satellite d'une migration calculeuse biliaire. Au bout d'un quart d'heure, la température montait à 40 degrés et au stade de chaleur faisaient suite des sueurs profuses qui terminaient l'accès. Le surlendemain, on retrouvait dans les matières fécales deux calculs biliaires, cause et témoins de ce qui s'était passé.

Encore un exemple: il y a quelque temps, M. Pozzi m'appela en consultation auprès d'une de ses malades récemment opérée. Tout avait réussi; la malade était dans le meilleur état, n'ayant pas eu la moindre fièvre, quand elle fut prise de frissons et d'accès de fièvre violents; la température atteignait 39 et 40 degrés. Les accès se reproduisaient plus ou moins forts, depuis trois jours, à des heures indéterminées,

et plusieurs fois en 24 heures. J'examine la malade; l'hypocondre droit était douloureux, et les conjonctives étaient légèrement ictériques; je constate une douleur au niveau des voies biliaires, j'apprends que la malade a été sujette aux coliques hépatiques, on me dit même qu'on a recueilli un jour dans les déjections un gros calcul biliaire. Je m'arrête alors à l'idée de symptômes fébriles satellites de lithiase biliaire, la fièvre n'ayant rien à voir, à mon avis, avec les suites opératoires et en effet, quelques jours plus tard, les accès de fièvre disparaissaient sans laisser la moindre trace et les douleurs des voies biliaires disparaissaient également.

Je vous ai montré, l'an dernier, ici même, une femme qui m'avait été adressée de Biarritz, par le Dr Lostalot, et qui avait rendu, en six semaines, une trentaine de calculs biliaires. La migration des calculs, à travers les canaux biliaires, était chaque fois accompagnée de coliques hépatiques et d'accès de fièvre avec frisson et élévation de température à 39 et 40 degrés.

Tels sont les accès de fièvre, dits satellites des migrations calculeuses biliaires; je les ai constatés un grand nombre de fois, et souvent, à l'hôpital, en interrogeant nos malades atteints de coliques hépatiques, je retrouve les grands accès fébriles dans le présent ou dans le passé; ils peuvent même fournir un renseignement utile, au cas d'un diagnostic hésitant. Si j'ai insisté avec quelque complaisance sur cette variété de fièvre, c'est que, malgré les travaux de Charcot et de M. Magnin, on ne la connaît pas assez; or, il est bien important de savoir la dépister et de ne pas la confondre avec d'autres accidents fébriles tributaires d'infections biliaires redoutables.

La distinction entre la fièvre satellite des migrations calculeuses et la fièvre d'infection a été signalée depuis longtemps; Penray, Magnin, Charcot, Besnier ont établi « que la fièvre intermittente qui survient à l'occasion de la lithiase biliaire se montre dans des circonstances diverses et peut être l'indice de deux états morbides différents. » C'est pour distinguer nettement ces deux espèces de fièvre

intermittente que Charcot¹ avait nommé la première fièvre hépatalgique ou fièvre satellite de la colique hépatique, et la seconde fièvre hépatique ou fièvre bilio-septique (Chaufard). Les accès fébriles satellites, même violents, peuvent exister avec les formes atténuées et incomplètes des coliques hépatiques; parfois même ils dominent la situation au point que la colique hépatique, presque *fruste*, est reléguée au second plan. M. Magnin² cite un cas dans lequel les accès satellites des migrations calculeuses avaient précédé de plusieurs mois les coliques hépatiques. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul accès de fièvre satellite; habituellement, on en compte une série; ils reviennent plusieurs jours de suite sans périodicité bien marquée; ils peuvent se répéter tant que l'émission des calculs n'est pas terminée.

Je ne m'explique pas bien la cause de ces accès satellites; Charcot supposait qu'ils sont le résultat d'une infection à petite dose, auquel cas ils pourraient être considérés comme une des modalités de la fièvre bilio-septique; c'est possible, mais je n'en suis pas certain, car on voit bien des gens atteints de lithiase biliaire dont les accès fébriles satellites n'aboutissent jamais aux accès bilio-septiques et ne sont jamais suivis des lésions infectieuses de la vésicule biliaire ou du foie.

Le pronostic des accès satellites est généralement bénin; ils causent de vives alertes, mais ils disparaissent habituellement sans laisser de traces. Il ne faudrait pas, cependant, être trop optimiste, car tels accès fébriles qui ont présenté à leur début les caractères de la fièvre hépatalgique peuvent aboutir à la fièvre infectieuse et à une issue fatale par angiocholite et abcès du foie: témoin l'observation, exceptionnnele il est vrai, rapportée par M. Besnier³, concernant un malade qui rendit en quelques jours 148 calculs biliaires et qui finit par succomber avec des accidents fébriles évidemment d'ordre infectieux. Par contre, on voit d'autres

1. Charcot. *Maladies du foie et du rein*, p. 148 et 178.

2. Magnin. De quelques accidents de la lithiase biliaire, etc. *Thèse de Paris*, 1869.

3. Besnier. *Archives générales de médecine*, avril et mai 1880.

malades, comme celui de Bobowicz¹, qui eut 53 accès satellites, par séries de 6 à 8 accès, franchement intermittents, avec colique hépatique et ictère, ce qui n'empêcha pas que la guérison survint sans autres accidents.

Le diagnostic entre la fièvre satellite de la migration calculuse et la fièvre due à l'infection des voies biliaires est souvent difficile; néanmoins on peut dire que les accès satellites coïncident avec les symptômes de la colique hépatique, douleurs, vomissements, tandis que les accès bilio-septiques en sont indépendants; les accès satellites sont presque toujours suivis de l'expulsion de calculs biliaires qu'on trouve dans les déjections, il n'en est pas de même pour les accès bilio-septiques qui, eux, sont tributaires de lésions infectieuses (cholécystite, abcès du foie) et nullement de migration calculuse; enfin, la fièvre, qui a les allures d'une fièvre continue avec paroxysmes au cas d'infection, procède par accès intermittents avec périodes apyrétiques plus ou moins longues, au cas de migration calculuse.

Quelle que soit l'interprétation que vous donniez à cette fièvre hépatalgique, quelle que soit la théorie adoptée, il n'en est pas moins vrai qu'elle coïncide avec la migration de calculs dans les voies biliaires. Mais, chez notre malade, les accès de fièvre ne pouvaient pas être mis sur le compte d'une migration de calculs, puisqu'il y avait au cholédoque un énorme calcul oblitérant qui s'opposait à toute migration; d'autre part, on ne pouvait les attribuer à une infection des voies biliaires, car M. Duplay n'en avait pas trouvé trace, et du reste, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas d'infection des voies biliaires (angiocholite hépatique, ou cholécystite), c'est qu'il avait suffi de rendre à la bile son cours normal pour enrayer aussitôt les accès de fièvre. Notre malade n'était donc atteinte ni de fièvre hépatalgique ni de fièvre d'infection biliaire, les deux seules variétés décrites jusqu'ici; alors, comment expliquer les trente ou quarante accès de fièvre qu'elle avait eus en quelques mois?

1. Bobowicz. Fièvre intermittente symptomatique de la lithiase biliaire, Thèse de Paris, 1878.

Loin de moi l'idée de faire une théorie, mais, puisque chez cette femme, les accès ont persisté tant qu'a duré la rétention biliaire, et puisqu'ils ont cédé dès que la rétention biliaire a cessé, il ne me paraît pas illogique de les mettre sur le compte de la rétention et de la résorption de la bile. La bile, à la suite d'une longue rétention, est-elle modifiée ou adu-térée, je l'ignore; mais le fait clinique, important à connaître pour le médecin autant que pour le chirurgien, c'est que, chez les gens atteints d'oblitération permanente du canal cholédoque, on peut observer des accès de fièvre intenses et répétés sans qu'il y ait infection des voies biliaires.

Ces mêmes accès de fièvre existaient chez une malade que j'ai vue en consultation avec M. Charrier et qui était atteinte, elle aussi, de rétention biliaire consécutive à une oblitération calculuse permanente du canal cholédoque. Cette femme, sujette aux coliques hépatiques, fut prise, en décembre 1897, de l'oblitération permanente du cholédoque avec syndrome ictérique au complet (ictère foncé de la peau et des muqueuses, urines bilieuses, matières fécales décolorées). A dater de cette époque, les douleurs n'eurent plus le caractère paroxystique de la colique hépatique; elles s'atténuèrent, mais elles devinrent persistantes. De plus, pendant trois mois, jusqu'à la fin de mars 1898, la malade fut prise tous les jours, ou presque tous les jours, de violents accès de fièvre débutant par un grand frisson et atteignant plus de 39 degrés. L'appétit était presque nul, la malade avait maigri de plusieurs kilos et les démangeaisons étaient intolérables. Par moments, les matières fécales se recoloraient légèrement, preuve que la bile pouvait encore se frayer un chemin à travers le canal oblitéré. Le 7 juillet, je vois la malade avec M. Charrier; à cette date, l'obstruction calculuse durait depuis sept mois. La vésicule biliaire n'est pas appréciable, mais le foie est gros et douloureux. Les différentes médications conseillées jusque-là, y compris la cure de Vichy, n'ayant pas été suivies d'amélioration, nous conseillons l'opération, bien convaincus qu'il s'agit d'une oblitération calculuse du cholédoque.

La malade est conduite à l'hôpital Necker où elle est