

en résulte un travail ulcéreux qui peut aller jusqu'à la perforation et à la péritonite. Seuvre¹ et Bouchaud² avaient très bien décrit ce *processus ulcératif des alvéoles* de la muqueuse, mais, aujourd'hui, nous en connaissons mieux le mécanisme depuis les découvertes bactériologiques. C'est le coli-bacille qui est l'agent essentiel de ce travail ulcéro-perforant, et il y a même des cas, ici comme dans l'appendicite, où les agents infectieux emprisonnés dans ces alvéoles, transformés en *cavité close*, traversent les parois de la vésicule et vont répandre au loin l'infection péritonéale, sans que la perforation préalable des parois soit absolument nécessaire³.

Fistules biliaires. — Le processus qui a favorisé les adhérences entre la vésicule et les organes voisins se termine fréquemment par ulcération, par perforation, et il en résulte des *fistules* qui donnent passage au contenu de la vésicule et aux calculs. Ces *fistules* sont externes ou internes; spontanées ou consécutives à une intervention chirurgicale. Dans la statistique de Murchison, on trouve 89 fistules cutanées, 36 fistules duodénales, 9 fistules coliques, 12 fistules gastriques; il y a encore d'autres variétés⁴: fistules rénales, vaginales, pleuro-pulmonaires, hépato-bronchiques⁵.

Les fistules hépato-bronchiques et cystico-bronchiques expliquent les *vomiques biliaires* et le rejet à travers les bronches de bile, de pus et de calcul⁶. Le voisinage de la plèvre explique la *pleurésie biliaire* (Gilbert et Lereboullet).

Les fistules biliaires *cutanées* ont un trajet assez long, anfractueux et irrégulier; elles siègent principalement à

1. Seuvres. Calculs biliaires, cholécystite ulcéreuse, perforation de la vésicule, péritonite généralisée. *Société anatomique*, 1878.

2. Bouchaud, *loc. cit.*

3. Observations consignées dans la thèse de Dominici. *Angiocholites et cholécystites suppurées*, Paris, 1895.

4. Barth et Besnier, *loc. cit.*

5. Fouché. *Fistules hépato-bronchiques*. Th. de Paris, 1885. — Nermord, Th. de Paris, 1891.

la région ombilicale et à l'hypochondre droit. La formation de l'ouverture cutanée est habituellement précédée d'un phlegmon de la paroi, et l'orifice, plus ou moins fongueux, donne passage à la bile, au pus et souvent à des calculs. Ces fistules finissent presque toujours par guérir.

Les fistules *cystico-duodénales*¹ sont plus fréquentes que les *cystico-coliques*, et l'on peut dire qu'un bon nombre de gros calculs biliaires rendus par les garde-robes sont passés par des fistules intestinales. Ces calculs sont même parfois si volumineux qu'ils provoquent des symptômes d'*occlusion intestinale*, accident décrit dans le cours de ce chapitre. Les fistules *cystico-gastriques* expliquent comment des calculs biliaires peuvent être rejetés par *vomissement*²: toutefois, il n'est pas impossible qu'un calcul, au moment d'une colique hépatique, remonte jusque dans l'estomac et soit ensuite rendu dans un effort de vomissement. Dans un cas resté célèbre, et qui provoqua la mort d'ignace de Loyola, il y avait communication entre le canal cholédoque et la veine porte.

§ 21. OBLITÉRATION PERMANENTE DU CANAL CHOLÉDOQUE DIAGNOSTIC DE LA CAUSE OBLITÉRANTE

Au précédent chapitre j'ai étudié les lésions du foie et des canaux biliaires qui peuvent succéder à l'oblitération calculeuse persistante du cholédoque. Dans le présent chapitre, mon but est tout autre. Étant donnée une *oblitération permanente* du canal cholédoque, oblitération datant de

1. Denucé. *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*. Th. de Paris, 1886.

2. Gailliard. Vomissements de calculs biliaires. *La médecine moderne*, 6 juillet 1895.

plusieurs mois, nous allons rechercher comment on peut faire le diagnostic de la cause oblitérante. Pronostic et traitement y sont également engagés. Le canal cholédoque est-il oblitéré par un calcul, l'opération en aura raison, c'est la guérison en perspective. Est-il oblitéré par un cancer, c'est la mort, malgré l'amélioration passagère que peut donner l'opération. Quels sont les signes, quels sont les symptômes qui nous permettent d'arriver à ce diagnostic pathogénique; comment reconnaître la nature de la cause oblitérante? C'est ce que je vais étudier dans ce chapitre, en utilisant les deux leçons cliniques que j'ai consacrées à ce sujet¹.

Posons d'abord en principe que toute oblitération permanente du canal cholédoque se traduit par un *syndrome ictérique* qui est invariable, quelle que soit la cause de l'oblitération, qu'il s'agisse de calculs, de cancer des voies biliaires, de cancer de l'ampoule de Vater, de cancer de la tête du pancréas ou de compression par tumeur du voisinage. Ce syndrome ictérique comprend la coloration de plus en plus foncée de la peau et des muqueuses, la présence considérable de pigment biliaire dans les urines et la décoloration des matières fécales. Des démangeaisons parfois intolérables accompagnent cet ictère par rétention.

Les lésions qui provoquent l'oblitération permanente du cholédoque sont, les unes rares, les autres fréquentes. Au nombre des causes rares citons le kyste hydatique du foie, l'hypertrophie des ganglions du hile, la cicatrice d'un ulcère du duodénum, les brides et adhérences du voisinage, autant de causes de rétention biliaire, fort bien étudiées par Straus dans sa thèse d'agrégation sur les ictères chroniques. Les causes plus fréquentes sont l'ictère catarrhal prolongé; le cancer de l'ampoule de Vater; le cancer primitif des voies biliaires. De toutes les causes, les plus habituelles sont le cancer de la tête du pancréas et les calculs biliaires. Essayons de les différencier.

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Oblitération permanente du canal cholédoque, 1898. Onzième et Douzième leçons.

Dans le diagnostic pathogénique que nous allons entreprendre, éliminons d'emblée la cirrhose hypertrophique biliaire (maladie de Hanot), ictère chronique avec gros foie et grosse rate, qui se distingue du syndrome ictérique que nous étudions dans ce chapitre, par la coloration des matières fécales et par l'afflux non interrompu de la bile dans l'intestin.

Oblitération permanente du cholédoque par ictère catarrhal prolongé. — L'ictère auquel j'ai donné le nom d'*ictère catarrhal prolongé* est une variété d'ictère infectieux (avec ou sans rémissions) qui peut durer deux et trois mois. Il faut connaître cet ictère catarrhal prolongé, il faut savoir qu'outre le syndrome ictérique, propre à toute oblitération permanente des gros canaux biliaires (hépatique et cholédoque), il peut être accompagné d'anorexie, d'amaigrissement, de tuméfaction du foie, et que malgré des apparences menaçantes, il aboutit en somme à la guérison. Le diagnostic en est parfois fort difficile. Quand on est en face d'un malade qui, depuis deux mois et plus encore, présente, au complet, le *syndrome ictérique* (jaunisse, urines ictériques, décoloration des matières fécales) avec augmentation du volume du foie et 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. Je me suis plusieurs fois trouvé aux prises avec des cas de ce genre, et je déclare que je n'étais pas sans quelque appréhension sur l'issue de la maladie.

Oblitération permanente du cholédoque par cancer de l'ampoule de Vater. — Le petit cancer de l'ampoule de Vater que j'ai décrit à l'un des chapitres précédents est une des causes de l'oblitération permanente du cholédoque. Ce cancer qui reste cantonné à l'ampoule, sans tendance envahissante, trahit vite sa présence par le *syndrome ictérique*. 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 permanente; teinte jaune jusqu'à la teinte olivâtre; urines fortement ictériques, matières fécales décolorées. Par moments les matières fécales peuvent se recolorer et l'ictère pâlit; preuve que l'orifice du cholédoque recouvre momentanément sa perméabilité. Le foie est gros; même très volumineux; la vésicule biliaire, quoique fort distendue, n'est pas toujours appréciable à travers la paroi abdominale. La douleur, spontanée ou provoquée, est un symptôme rare; néanmoins, elle est signalée dans quelques observations; ainsi un malade de Rendu avait des crises très douloureuses à l'hypochondre droit et à l'épigastre; la palpation était pénible au creux épigastrique et au lobe gauche du foie, si bien qu'on supposa qu'un calcul était engagé dans le canal cholédoque. L'autopsie démontra l'absence de calculs et l'existence d'un cancer de l'ampoule de Vater.

En pareil cas, le syndrome ictérique (jaunisse permanente, urines bilieuses, décoloration des selles, avec foie volumineux) peut persister pendant des mois; comment diagnostiquer la cause de l'oblitération du cholédoque? C'est fort difficile. On dira, qu'au cas de cancer de l'ampoule de Vater, l'ictère et la décoloration des selles subissent parfois des rémissions, mais ces rémissions momentanées n'ont aucune valeur pour le diagnostic, car on les trouve dans maintes circonstances, quelle que soit la cause de l'oblitération du cholédoque. On dira d'autre part que l'élément douleur (crises douloureuses et douleur à la pression) est surtout le fait de la lithiase biliaire; 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 Rendu que je viens de citer. La diarrhée, a-t-on dit, est en faveur du cancer, mais en réalité ce symptôme n'a pas plus d'importance que les précédents; il ne permet ni d'affirmer ni 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, dans le cas actuel, le diagnostic pathogénique de

l'oblitération du cholédoque est livré à des conjectures.

Oblitération permanente du cholédoque par cancer primitif des voies biliaires. — Le cancer primitif des voies biliaires peut, lui aussi, donner naissance à l'oblitération permanente du cholédoque. Il suffit d'un petit cancer développé sur le canal hépatique ou sur le canal cholédoque pour obstruer le canal et provoquer le syndrome ictérique: ictère intense et prolongé, 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 décrit 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 rare¹. Que l'oblitération cancéreuse atteigne le canal hépatique ou le cholédoque, le syndrome ictérique est le même; néanmoins l'état de la vésicule biliaire diffère dans les deux cas: 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 (Claisse), la vésicule biliaire n'est nullement dilatée. Dans le cancer primitif des canaux biliaires, l'ictère est quelquefois précédé d'amaigrissement. L'apparition de l'ictère est tantôt brusque, tantôt progressive: une fois installé, l'ictère ne recède pas, ou du moins les rémissions sont momentanées. La peau, comme dans tous les ictères par rétention de longue durée, prend une teinte jaune foncé, verdâtre. Il n'y a généralement pas de douleurs; j'ai vu cependant un cancer primitif des voies biliaires dont les douleurs me firent croire à une

1. Claisse. Société médicale des hôpitaux, séance du 5 novembre 1897.