

oblitération calculeuse; l'erreur me fut révélée à l'autopsie. Le foie conserve son volume normal, ou peu s'en faut, le cancer secondaire ne l'atteint guère. L'anorexie est constante, les troubles digestifs sont fréquents, le malade maigrit rapidement et meurt cachectique en six, huit, dix mois. Ici encore le diagnostic pathogénique de la cause oblitérante est, pendant plusieurs mois, livré à des hypothèses.

Oblitération permanente du cholédoque par cancer de la tête du pancréas. — Le cancer de la tête du pancréas est une des causes les plus fréquentes de l'oblitération permanente du canal cholédoque. Aussi me paraît-il nécessaire d'y insister longuement. Les observations suivantes donneront une idée de son évolution.

Il y a deux ans, j'étais appelé chez une dame d'une cinquantaine d'années atteinte de jaunisse. La jaunisse, qui avait débuté quelques jours avant, était encore peu accentuée; cependant les urines étaient ictériques et les matières fécales totalement décolorées. Le diagnostic d'oblitération du cholédoque par un calcul me parut peu vraisemblable, car cette dame n'avait jamais eu la moindre ébauche de colique hépatique, l'ictère s'était installée sans douleur, et la région de la vésicule biliaire était absolument indolore. Bien que la malade ne signalât aucun trouble 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: purgatifs légers, grands lavements d'eau froide, ingestion d'huile; la malade fut mise au régime lacté. Quinze jours, trois semaines se passèrent sans la moindre atténuation des symptômes ictériques, auxquels s'adjoignirent des démanagements 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 ce côté, tout paraissait normal. D'autres médications furent essayées sans meilleur résultat, et après une quarantaine de jours, la malade, amaigrie et 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 frisson et parcourait ses trois stades, froid, chaleur et 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 soient légèrement teintées, ce qui indique qu'une petite quantité de bile arrive 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, une laparotomie exploratrice était absolument indiquée, et Routier, appelé auprès de la malade, exprima la même opinion.

L'opération fut donc pratiquée. On ne trouva pas de calcul. La vésicule biliaire, profondément située et peu apparente au premier abord, bien que fort distendue, contenait environ 500 grammes de bile qui furent retirés par aspiration; il n'y avait pas de cholécystite, le liquide biliaire n'était pas purulent. Le volume du foie était presque normal. 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. Mais l'accalmie ne fut pas de longue durée: trois mois plus tard la malade succombait à sa cachexie.

Cette observation donne une idée de l'oblitération 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, Bard et Picq résument la question dans les termes suivants¹: « 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 concordent effectivement avec la majorité des cas; mais il faut compter avec les *exceptions*, qui sont

1. *Revue de médecine*, 10 mai 1888.

loin d'être rares. 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 Legrand. Un homme, entré dans mon service pour un ictère chronique, avait un cancer à la tête du pancréas, ainsi que le démontra l'autopsie. Dès son arrivée 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. Dutil a publié un fait analogue¹: un malade entre à l'hôpital avec le syndrome ictérique 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 citer l'observation, l'ictère s'amenda à plusieurs reprises et la bile repassa momentanément dans l'intestin, assez pour teinter les déjections. Tout ceci prouve qu'au cas de compression du cholédoque par cancer de la tête du pancréas, il peut y avoir des débâcles biliaires et des rémissions momentanées.

L'observation suivante montre mieux encore 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 et auprès duquel je fus mandé plusieurs fois en consultation avec Reclus et Céttinger. L'observation en question a fait l'objet d'une très intéressante communication de Reclus, à la Société de chirurgie². J'en donne ici le résumé. La maladie de ce jeune

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

2. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, 1895.

homme avait débuté en septembre 1891 par des troubles digestifs et par des douleurs surtout vives après les repas. Ces douleurs avaient leur maximum d'intensité à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, sans rappeler toutefois au complet les caractères de la colique hépatique. Elles persistèrent pendant plusieurs mois. En février 1892, survint 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 s'accroissent en mars, en avril et en mai. A cette époque, le Dr Ferras de Macedo envoie le malade à Paris, et nous constatons l'état suivant : ictère très intense, démangeaisons continuelles, matières fécales décolorées et d'odeur infecte, urines extrêmement bilieuses avec 52 centigrammes d'albumine. *Le foie est énorme*; il mesure 25 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, d'irradiations douloureuses à l'hypochondre gauche.

Il s'agissait donc d'un ictère par oblitération du cholédoque, mais l'oblitération était-elle cancéreuse ou calculuse? Ce diagnostic pathogénique était des plus difficiles; Bouchard et Terrier penchaient vers l'hypothèse de cancer du pancréas, opinion partagée par Ferras de Macedo. Hanot et moi étions plus portés vers l'hypothèse d'un calcul. Reclus, Périer et Cöttinger arrivent à conclure, et tel est également notre avis, qu'il est nécessaire de pratiquer une laparotomie exploratrice qui ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe : cholécotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais désirant un supplément d'informations se met en route et va consulter des médecins étrangers. Après pérégrinations et consultations en Allemagne, où l'on porte des diagnostics peu vrai-

semblables, le malade revient à Paris. Reclus, avec l'aide de Chaput, pratique l'opération; on arrive sur le foie qui est énorme et d'une couleur brune très foncée. Sous son rebord mousse, apparaît la vésicule biliaire dont le volume dépasse les deux poings. La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt sont libres, mais le cholédoque vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par un corps dur, gros comme une noix, si enclavé et si profondément situé que son extraction paraît impossible. 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).

Après l'opération, l'amélioration se dessine franchement; le quinzième jour, le malade se lève. L'appétit revient 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, qui était revenu à Lisbonne, est en pleine santé. Mais quelque temps après, les douleurs et autres symptômes reparaisent, le malade revient à Paris, on l'opère de nouveau et Reclus constate que le corps dur perçu à la première opération est un cancer de la tête du pancréas. Le fait a été vérifié à l'autopsie. Cette observation prouve qu'à l'encontre des conclusions émises par quelques auteurs, le foie peut devenir très volumineux au cours de l'obstruction du cholédoque par cancer de la tête du pancréas. Elle 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 dues à l'oblitération calculuse du cholédoque, malgré les quelques signes distinctifs donnés par Lucron et par Mirallé.

Oblitération permanente du cholédoque par oblitération calculuse. — Reste à faire le diagnostic pathogénique entre les oblitérations du cholédoque par cancer de la tête du pancréas ou par calculs biliaires. Sur quels signes, sur quels symptômes se baser pour admettre l'une de ces hypothèses et pour rejeter l'autre? Ce diagnostic est singulièrement sim-