

plifié si l'oblitération du cholédoque a été précédée de coliques hépatiques classiques. En pareil cas le diagnostic de la cause oblitérante s'impose. Mais il n'en est pas toujours ainsi; les douleurs de l'enclavement calculeux sont bien difficiles à distinguer des douleurs du pancréas cancéreux. De plus, l'oblitération permanente calculeuse peut provoquer un amaigrissement considérable qui rappelle l'amaigrissement et la cachexie cancéreuse, et le diagnostic reste hésitant. L'observation suivante montre les difficultés de ce diagnostic.

Le 25 août 1897, entrant dans nos salles une femme de soixante-trois ans, atteinte d'ictère chronique. L'ictère était 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 gardes-robes indiquait déjà sans plus ample informé que nous avions 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 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. Avec l'apparition de la jaunisse, les déjections avaient perdu leur coloration normale, elles étaient devenues blanchâtres et analogues à du mastic. Malgré cet état fort pénible, notre malade continua à travailler.

Depuis septembre 1896 jusqu'en août 1897, c'est-à-dire pendant un an, cette femme a toujours été malade, elle n'a plus eu les crises douloureuses qui avaient signalé le début

de sa maladie, mais les douleurs sont devenues 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, la tourmente jour et nuit. Elle n'a plus d'appétit, 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 oedématisées, on ne peut se défendre d'abord de l'idée de cancer.

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 trois travers de doigt le rebord costal; la palpation en est fort douloureuse. Toutefois, la vésicule biliaire n'est pas volumineuse, et à supposer qu'elle le soit, elle est profondément cachée, elle n'est 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, renseignement qui n'est pas à dédaigner.

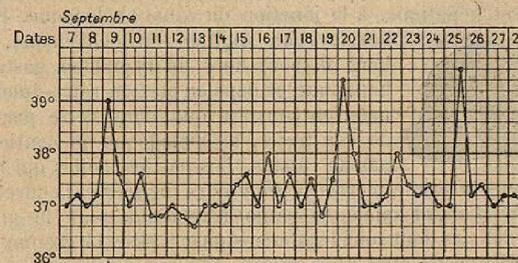
Tel était l'état de la malade à son entrée. Il s'agissait maintenant de faire un diagnostic; il fallait savoir quelle était, chez cette vieille femme cachectique, la lésion qui s'opposait au passage de la bile dans l'intestin; était-ce un calcul, était-ce un cancer? Bien que cette femme fût âgée, et, je le répète, très amaigrie, conditions favorables à l'hypothèse du cancer, je crus devoir tenir compte, pour orienter notre diagnostic, de la nature des douleurs qui avaient marqué le début de la maladie. Ces douleurs me paraiss-

saient plus applicables à la colique hépatique qu'au cancer pancréatique. En conséquence, je m'arrêtai au diagnostic d'oblitération *calculuse* du cholédoque.

Restait la question du traitement. L'oblitération calculuse du cholédoque étant admise, et cette oblitération d'autant d'un an environ, je pensai aussitôt à l'intervention chirurgicale. Néanmoins, je voulus étudier un peu l'état de la malade et je prescrivis, en attendant mieux, la série des médicaments usités en pareil cas : cure lactée additionnée de bicarbonate de soude, perles d'éther et de térébenthine (remède de Durande), purgatifs salins; j'essayai de calmer les démangeaisons par des 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 moins décolorées, la teinte des urines était moins foncée et la coloration des téguments perdait 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 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 oblitérant n'était pas délogé.

Le foie était gros et débordait fortement les côtes. L'appétit était nul et la malade ne prenait que quelques cuillerées de soupe ou de lait. 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 arri-

vait 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 le témoigne la courbe ci-dessous.



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, cholécystite, abcès hépatiques; j'éloignai néanmoins l'idée de fièvre infectieuse, et je dirai pourquoi dans un instant. Cette femme continuait à maigrir, les douleurs ne cédaient pas, les démangeaisons étaient insupportables, l'état nauséux était permanent, il était temps d'agir. L'intervention chirurgicale, fut acceptée sans difficulté par la malade.

Après examen, Duplay s'arrêta également au diagnostic d'oblitération calculuse du canal cholédoque et il pratiqua l'opération. Le ventre 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