

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, 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 jonction 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 dont voici les dimensions; il pèse 14 grammes.

Le diagnostic était donc vérifié. Les suites de l'opération furent excellentes; plus de syndrome ictérique; les matières fécales se colorent, les urines reprennent peu à peu leur teinte normale, en quinze jours la jaunisse a totalement disparu et en vingt jours la plaie est 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 accès ont disparu aussitôt que la bile eut repris son cours normal, preuve qu'ils n'étaient pas dus à une infection hépatique. En moins de trois mois, cette femme a regagné les 15 ou 17 kilogrammes qu'elle avait perdus, elle a retrouvé l'appétit et le sommeil. Je l'ai revue un an plus tard en parfaite santé.

Analyse des symptômes.— Revenons sur quelques-uns des symptômes signalés au cours de cette observation. Notre

malade, cachectisée et œdématisée, avait considérablement maigri; elle avait perdu rapidement plus de 15 kilogrammes de son poids. Pareil amaigrissement cachectique, au cas d'oblitération permanente du cholédoque, pourrait induire en erreur et faire admettre un cancer; on vient d'avoir la preuve du contraire, l'amaigrissement, même considérable, est un symptôme qui n'a qu'une valeur insuffisante, relativement au diagnostic de la cause oblitérante du cholédoque; c'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté.

Il est un autre point sur lequel je crois utile d'insister. Pendant son séjour dans nos salles, et bien avant d'y entrer, cette malade a été prise d'une série d'accès de fièvre débutant par un violent frisson et atteignant 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 (redoutable perspective) à l'angiocholite, à la cholécystite, aux 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, 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 des accès fébriles chez les gens atteints de rétention biliaire, envisageons la question dans son ensemble.

La migration des calculs biliaires au cours des coliques hépatiques est parfois accompagnée d'accès de fièvre (fièvre hépatalgique de Charcot). J'y ai longuement insisté au chapitre précédent en décrivant les symptômes *satellites* de la colique hépatique. Je n'y reviens pas. 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 Duplay n'en avait trouvé aucune trace. Ce qui prouve, du reste, qu'il ne s'agissait pas d'infection des voies biliaires (angiocholite, hépatite, 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 toxi-infectieuse, les deux seules variétés décrites jusqu'ici; alors, comment expliquer les trente ou quarante accès de fièvre qu'elle avait eus en quelques mois?

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 adultérée, 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 appréciable des voies biliaires.

Ces mêmes accès de fièvre existaient chez une malade que j'ai vue avec Charrier le 7 juillet 1895 et qui était atteinte, elle aussi, de rétention biliaire consécutive à une oblitération calculeuse permanente du canal cholédoque. A cette date, l'obstruction calculeuse dure *depuis sept mois*. La vésicule biliaire n'est pas appréciable, mais le foie est gros et douloureux. Les différentes médications prescrites jusqu'à n'ayant pas été suivies d'amélioration, nous conseillons l'opération, bien convaincus qu'il s'agit d'une oblitération calculeuse du cholédoque. La malade est conduite à l'hôpital Necker où elle est opérée par Routier. La vésicule biliaire, de petite dimension et non infectée, contenait sept calculs, deux autres calculs étaient engagés dans le canal cholédoque et l'obstruaient complètement. Il n'y avait nulle

part de liquide purulent. L'opération fut suivie d'un succès complet.

Ici encore, comme chez notre précédente malade, les accès de fièvre violents et répétés n'étaient pas dus à une migration calculeuse, puisque le canal cholédoque était oblitéré; on ne pouvait pas davantage les mettre sur le compte d'une infection des voies biliaires, puisque l'opérateur n'en a pas trouvé trace et puisque les accès ont cédé dès que l'opération eut rétabli le cours normal de la bile. C'est donc la rétention et la résorption biliaire qui provoquaient les accidents fébriles. Du reste, ces accès de fièvre n'existent pas seulement au cas de rétention biliaire par oblitération calculeuse, je les ai constatés également au cas d'oblitération du cholédoque par cancer de la tête du pancréas. J'ai parlé il y a un instant d'une malade atteinte d'ictère datant de huit mois, consécutif à un cancer de la tête du pancréas; cette malade avait eu, elle aussi, pendant plusieurs mois, des accès de fièvre violents avec température à 39 et 40 degrés. Ici encore l'opération ne permit de découvrir aucune trace de suppuration, la vésicule n'était pas infectée, et les accès de fièvre cédèrent pour ne plus revenir aussitôt que l'obstacle à l'écoulement de la bile eut été levé.

Cette digression a pour but de mettre en relief quelques-unes des modalités de la fièvre chez les ictériques. Première variété: fièvre dite hépatalgique (fièvre satellite), associée à la migration des calculs et aux coliques hépatiques. Deuxième variété: fièvre dite bilio-septique, résultat de l'infection des voies biliaires (angiocholite, cholécystite, abcès du foie). Troisième variété: fièvre dépendant de la rétention permanente de la bile. Dans ces trois variétés, la fièvre procède par accès, avec cette différence, toutefois, que les accès sont distincts et séparés par des périodes apyrétiques plus ou moins longues, dans la première et dans la troisième variété, tandis qu'ils font partie d'un état fébrile plus continu quand il s'agit d'infection ou de suppuration des voies biliaires.

Diagnostic. — Reprenons maintenant le diagnostic de la cause oblitérante du canal cholédoque : calcul ou cancer. D'une façon générale (Courvoisier et Terrier), l'obstruction cancéreuse du cholédoque provoque la dilatation de la vésicule biliaire, tandis que l'obstruction calculeuse en provoque l'atrophie. Cela est vrai dans bien des cas, mais à cette règle on peut opposer les faits de Cruveilhier, Sabourin, Billroth, Jalaguier, Hanot, Griffon, etc., où la vésicule biliaire avait subi une énorme dilatation consécutive à l'oblitération calculeuse de la partie terminale du cholédoque, en l'absence de tout cancer. J'admets donc avec Reclus que « la dilatation de la vésicule constitue une présomption en faveur du cancer, car, dans la lithiase, l'atrophie de la vésicule est beaucoup plus fréquente que son augmentation de volume. » Mais ce signe n'est pas absolu, il ne peut à lui seul trancher la difficulté; sans compter qu'il n'est pas toujours aisé, il s'en faut, de percevoir la dilatation de la vésicule, car il est des cas où, toute dilatée qu'elle est, elle est profondément située et se dérobe à notre investigation.

L'augmentation du volume du foie qu'on regardait comme incompatible avec l'oblitération cancéreuse du cholédoque et qui paraissait être réservée à l'oblitération calculeuse, cette augmentation du volume du foie peut exister au cas d'oblitération cancéreuse, témoin l'énorme volume du foie chez le malade que nous avons vu avec Reclus.

L'amaigrissement rapide et l'apparence cachectique plaident en faveur du cancer; cela est vrai, mais il est également vrai que l'oblitération calculeuse du canal cholédoque peut être suivie d'amaigrissement considérable et de cachexie, témoin notre malade qui avait perdu 15 kilos en quelques mois.

On avait supposé que l'examen des matières grasses des déjections pourrait donner quelques indications utiles relativement à la suppression du suc pancréatique au cas de cancer, mais on a démontré (Muller) qu'on ne peut baser sur l'étude de la stéarrhée aucun signe certain de diagnostic, et du reste, le canal pancréatique

peut être comprimé par un calcul comme par un cancer.

D'après Salhi, le salol, qui est une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, est décomposé dans l'intestin en ses deux éléments, par le suc pancréatique¹; si donc on donne deux grammes de salol à un malade qui n'a pas de lésions du pancréas, l'acide salicylique et l'acide phénique, résultat de la décomposition du salol, vont apparaître dans l'urine; si on ne les y retrouve pas, c'est que le salol n'a pas été décomposé parce qu'il n'y a pas de suc pancréatique dans l'intestin. Ce procédé, à supposer qu'il soit exact, serait insuffisant pour permettre d'affirmer le diagnostic, puisque le canal de Wirsung est parfois oblitéré en même temps que le canal cholédoque, que l'oblitération soit calculeuse ou cancéreuse.

La glycosurie² a été donnée comme signe de cancer du pancréas; mais on ne peut accorder à ce signe qu'une médiocre valeur. En principe, on trouve la glycosurie dans un tiers des cas environ, et encore même cette glycosurie, d'après Bard et Pic, est-elle un symptôme secondaire dû, non pas au cancer, mais à la sclérose concomitante du pancréas³.

En somme, c'est la douleur qui fournit l'appoint le plus important au diagnostic de la cause oblitérante du canal cholédoque, et encore est-il nécessaire de préciser nettement les caractères de cette douleur. Le cancer de l'ampoule de Vater peut être douloureux et simuler la colique hépatique, témoin l'observation de Rendu; le cancer de la tête du pancréas est encore plus douloureux et ce sont ces douleurs qui induisent en erreur et font croire que l'oblitération est calculeuse alors qu'elle ne l'est pas. Il n'y a qu'un cas où l'élément douleur est un signe précieux, c'est quand elle éclate sous forme de *coliques hépatiques classiques* qui, à des

1. Salhi. *Semaine médicale*, 1896, p. 135.

2. Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, 1884-1885.

3. Bard et Pic. *Revue de médecine*, 10 décembre 1897. — *Lereboullet. Gazette hebdomadaire*, 4 septembre 1898.