

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 sujet<sup>1</sup>.

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 subsistent 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 rare<sup>1</sup>. 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.

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 suivants<sup>1</sup>: « 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 analogue<sup>1</sup>: 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 Éttinger. L'observation en question a fait l'objet d'une très intéressante communication de Reclus, à la Société de chirurgie<sup>2</sup>. 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 D<sup>r</sup> 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 moussé 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 calculeuse? 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 moussé, 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 reparissent, 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 calculeuse du cholédoque, malgré les quelques signes distinctifs donnés par Lucron et par Mirailhé.

*Oblitération permanente du cholédoque par oblitération calculeuse.* — 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-

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 œdématisées, 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.

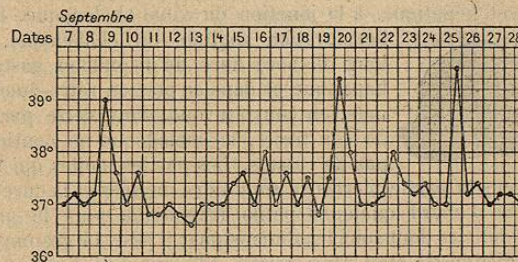
Tel était l'état de la malade à son entrée. Il s'agissait maintenant de faire un diagnostic; il fallait savoir quelle était, chez cette vieille femme cachectique, la lésion qui s'opposait au passage de la bile dans l'intestin; était-ce un calcul, était-ce un cancer? Bien que cette femme fût âgée, et, 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 parais-

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

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