

## CHAPITRE VI

### TUMEURS DES VOIES BILIAIRES. — CANAUX BILIAIRES, VÉSICULE.

L'histoire des tumeurs des voies biliaires est de date récente. Envisagées d'abord au point de vue clinique et anatomo-pathologique, elles n'ont pas tardé, avec les progrès de la chirurgie abdominale, à entrer dans le domaine véritablement chirurgical.

Durand-Fardel (*Arch. gén. de Méd.*, 1840, p. 167) et Villard (*Gaz. des Hôpitaux*, 1872, n° 110), nous ont donné les premiers travaux d'ensemble qui aient paru sur le cancer de la vésicule.

Depuis cette époque, des observations personnelles ont été réunies dans des mémoires publiés par Kohn (Breslau, *Diss.*, 1879), Krauss (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1884, p. 270), Stiller (*Pester. med. Chir. Presse*, n° 35-38), et surtout dans celui de Zenker (Th. d'Erlangen, 1889). Ce dernier, s'appuyant sur un assez grand nombre de faits recueillis dans la littérature médicale, a traité d'une façon très approfondie la partie anatomo-pathologique et clinique de l'affection qui nous occupe.

En 1890, Courvoisier nous donne son important travail sur la chirurgie des voies biliaires (*Cas. et Stat. Beitr. z. Path. und Chir. der Gallenwege*. Leipzig, 1890). L'auteur consacre un chapitre aux néoplasies de la vésicule, dont il a pu rassembler 103 observations. Il envisage la question d'une façon complète, s'occupe du traitement des tumeurs et rapporte les cas qu'il a pu trouver dans la littérature, où l'intervention chirurgicale a été pratiquée.

En 1894, Heddaeus, de la clinique chirurgicale de Czerny, fournit le premier travail important qui ait paru sur la question, au point de vue chirurgical (*Beitr. z. Kl. Chir.*, 1894, t. XII, f. 2, p. 439 à 500). Après avoir passé en revue les cas de cancer de la vésicule, mentionnés par les auteurs depuis la publication du travail de Courvoisier, il relate un certain nombre de faits nouveaux dus à Czerny et consacre une étude importante au traitement, discutant

avec le plus grand soin les indications opératoires, en appréciant les résultats obtenus.

Depuis lors, cette question a préoccupé davantage les chirurgiens.

En 1897, paraissent les publications de Kelynock dans le *Medical Chronicle*, p. 81, l'auteur envisage de façon très complète la pathologie des tumeurs de la vésicule et des voies biliaires; celle de Elliot, dans les *Transactions of the American surgical Association*, où se trouvent réunis à propos du traitement chirurgical des tumeurs du foie, quelques cas de cholécystectomie compliquée de résection hépatique.

Mayo Robson, au Congrès d'Édimbourg (*British. med. J.*, 1898, p. 1300), et Ullmann, la même année, dans la *Revue de Gynécologie*, p. 1061, ont repris cette étude intéressante. Le chirurgien viennois, à propos d'un article sur la résection du foie, a relaté les cas de tumeurs de la vésicule biliaire où l'ablation de cet organe avait nécessité en même temps la résection de la glande hépatique.

Enfin, tout récemment, en 1899, Petersen complétant le travail déjà cité d'Heddaeus, rapporte les cas nouvellement opérés dans la clinique chirurgicale de Czerny (*Beitrage z. Kl. Chir.*, 1899, p. 253); et Kehr, à propos d'un travail sur les opérations pratiquées pour lithiase biliaire, publie dans les *Arch. für Klin. Chirurgie*, 1899, p. 470, une série de faits nouveaux où l'on est intervenu chirurgicalement.

Des observations isolées, intéressantes au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, se trouvent disséminées dans les nombreux travaux qui ont pour but la chirurgie des voies biliaires et de la vésicule. Nous ne pouvons citer ici tous les noms des auteurs; nous les signalons, du reste, dans les tableaux statistiques annexés à ce travail, tableaux qui complètent ce court chapitre d'histoire.

Rappelons, en terminant, qu'on trouvera, dans les nouveaux traités de médecine, de récents articles où cette question est traitée d'une façon très complète, mais au point de vue purement médical.

#### Étiologie.

Les tumeurs des voies biliaires sont généralement considérées comme rares, surtout en ce qui concerne les tumeurs de nature bénigne, qui sont exceptionnelles.

C'est donc surtout le *cancer* des voies biliaires que nous aurons en vue dans ce chapitre.

Les tumeurs des voies biliaires sont *primitives* ou *secondaires*.

Rarement secondaires en ce qui concerne la vésicule, elles sont alors le résultat d'une métastase ou d'un envahissement par contiguïté. La métastase est évidente dans le cas cité par Courvoisier, d'un malade opéré déjà trois fois d'un cancer des lèvres et chez lequel l'autopsie révéla l'altération cancéreuse de la vésicule; mais le plus souvent il s'agit de la propagation d'un néoplasme du pylore, du duodénum ou du pancréas à la vésicule contiguë; tel était aussi le cas, rapporté par Ricard<sup>1</sup>, d'une néoformation conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, qui avait envahi la vésicule biliaire, tumeur que le chirurgien extirpa avec cet organe.

Lorsque le foie et la vésicule sont envahis simultanément, on admettait autrefois avec Baillie que le foie était l'organe primitivement atteint. La plupart des auteurs, étant donnée la rareté du cancer primitif du foie, admettent aujourd'hui que c'est la vésicule qui est primitivement atteinte et le foie secondairement.

Comme le cancer en général, le cancer des voies biliaires est une maladie de l'âge adulte et de la vieillesse, bien qu'on puisse l'observer exceptionnellement chez des jeunes gens (vingt-six ans dans un cas de Frerichs)<sup>2</sup>.

On le rencontre presque exclusivement chez la femme; d'après les tableaux statistiques dressés par Courvoisier, le cancer de la vésicule serait cinq fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Dans notre statistique personnelle, nous trouvons que sur 50 malades opérés, dont le sexe est rapporté, il y avait 40 femmes et 10 hommes.

Or, étant données les relations que nous allons établir dans quelques instants entre la lithiase et le cancer des voies biliaires, on est conduit à penser que si ce cancer se rencontre surtout chez la femme, c'est parce que la lithiase est beaucoup plus fréquente chez elle que chez l'homme. Cette influence de la lithiase nous paraît plus certaine que celle attribuée par certains auteurs au traumatisme ou à la grossesse. Heddaeus<sup>3</sup> en effet, partageant en cela l'opinion de Körte, admet que la compression des voies biliaires par l'utérus gravide peut « donner suite à un certain engorgement des conduits biliaires, avec formation de concrétions et leurs conséquences ». Ce qui revient à dire

(1) Ricard. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1893, p. 409.

(2) Frerichs. *Klinik der Leberkrankheiten*, Braunschweig, 1861, t. II, p. 454.

(3) Heddaeus. Clinique chirurgicale de Czerny. *Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs des conduits biliaires* (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1894, t. XII, f. 2, p. 439-500).

que la grossesse n'agit qu'indirectement, en favorisant la formation des calculs; donc le rôle principal appartient toujours à la lithiase.

*La présence des calculs, en effet, semble avoir une influence considérable sur le développement du cancer de la vésicule.* Cette influence a été nettement établie par les travaux d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Klob, Klebs, Willigk, Heitler, Zenker, Courvoisier, Harley, Schüppel, Rendu, etc.

Zenker<sup>1</sup> constate dans 85 p. 100 des cas de carcinome de la vésicule, l'existence des calculs.

Courvoisier<sup>2</sup>, de l'analyse soignée d'un grand nombre de faits, conclut que dans les 7/8 des cas la vésicule cancéreuse contient des calculs.

D'une étude de 40 cas, faite par Janowski<sup>3</sup>, il résulte que chaque fois on a constaté la présence des calculs biliaires; il en est de même dans 5 cas de carcinome de la vésicule rapportés par Riedel<sup>4</sup>.

Nous ne signalons ici que les noms des auteurs dont les constatations ont porté sur un nombre suffisant de faits, car très nombreuses sont les observations isolées où l'on relate l'existence des calculs. Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* en font foi, et dans nos tableaux statistiques nous relevons la présence des calculs dans presque toutes les observations.

Des faits précédents nous pouvons donc conclure que l'influence des calculs sur la production du cancer ne paraît pas douteuse; sans doute le cancer peut se développer indépendamment de la lithiase, mais même dans les cas où l'on ne trouve aucun calcul dans les voies biliaires, on peut, en recherchant avec soin, trouver dans les antécédents des accidents de cholélithiase. Par exemple: l'expulsion de concrétions biliaires dans les selles, ainsi que cela est signalé dans quelques observations; ou encore des lésions anatomiques de l'arbre biliaire, qui témoignent de la présence antérieure des calculs, telles qu'un rétrécissement du canal cholédoque, une dilatation de toutes les voies biliaires, ou encore une cicatrice de la papille du cholédoque.

Ainsi donc c'est à l'irritation causée par la présence des calculs

(1) Zenker. *Der primäre Krebs der Gallenblase, etc.* (*Arch. f. klin. Med.*, t. XLIV, f. 2 et 3, 1891.)

(2) Courvoisier. *Cas. et Stat. — Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*. Leipzig, 1890.

(3) Janowski. *Ueber Veränderungen der Gallenblase bei Vorhandensein von Gallensteinen*, (*Ziegler's Beiträge*, t. X, p. 449).

(4) Riedel. *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin, 1892.

qu'il faut attribuer, selon toute vraisemblance, le développement du cancer ; cependant nous devons rappeler que quelques auteurs, parmi lesquels Förster, Lancereaux, Cornil et Ranvier, admettent que la lithiase biliaire succède au cancer et résulte de la rétention et des infections biliaires. Cette hypothèse n'explique pas, comme la première, pourquoi le cancer est infiniment plus fréquent chez la femme.

Quant au nombre des calculs trouvés dans la vésicule carcinomateuse, il est très variable et importe peu ; on a rencontré un calcul solitaire, mais le plus souvent les calculs étaient très nombreux. Il faut également n'attacher qu'une importance secondaire à la forme et à la grosseur des pierres.

Le processus suivant lequel les concrétions biliaires arrivent à produire le cancer, serait le suivant : le frottement des calculs sur les parois détermine des ulcérations, et consécutivement, soit pendant l'existence de ces ulcérations, soit après leur cicatrisation, il se fait une prolifération des éléments glandulaires de la muqueuse, qui peut aboutir au cancer. C'est l'opinion émise par Zenker et partagée par Courvoisier.

En somme, l'étiologie du cancer des voies biliaires se résume en quelques mots : Cancer de l'âge adulte, particulièrement fréquent chez la femme, le plus souvent primitif, et alors presque toujours consécutif à la cholélithiase.

#### Anatomie pathologique.

Les tumeurs des voies biliaires ont pour siège le plus fréquent la vésicule, mais elles peuvent se développer aussi en dehors d'elle, sur les conduits excréteurs de la bile. Nous allons donc avoir successivement à envisager leur étude anatomo-pathologique pour la vésicule, et pour les conduits excréteurs ; à ce propos nous parlerons du cancer de l'ampoule de Vater.

Nous ne rangerons pas dans le cadre des tumeurs les quelques observations signalées de *tuberculose* de la vésicule biliaire.

Les tumeurs de la vésicule sont de nature *bénigne* (exceptionnellement) ou de nature *maligne*.

Voici d'abord quelques exemples des *tumeurs bénignes*, signalées dans la littérature médicale :

Chez un malade de Wiedeman, il s'agissait d'une *tumeur kystique*

assez analogue à une hydatide ; elle se détachait de la face interne de la vésicule et avait pour dimensions 4 centimètres de longueur sur 1 cent. 1/2 de largeur. La nature de cette tumeur resta indéterminée. Routier a enlevé une vésicule qui renfermait des kystes hydatiques.

Albert, sur une vésicule dont la muqueuse était inégale, bosselée, trouva une *tumeur fibreuse*, siégeant au milieu de tissu sain.

Le cas de Schüppel est relatif à un *myxome papillaire* ; la cavité de la vésicule était en partie comblée par des productions villeuses, largement implantées sur la muqueuse sous forme de franges nombreuses plus ou moins ramifiées.

Riedel<sup>1</sup> mentionne l'existence d'un *papillome* développé sur le fond de la vésicule.

Enfin, nous rapportons un cas de Adler où la vésicule contenait *trois kystes remplis de cholestérine*.

Parmi les *tumeurs malignes*, il faut ranger le *sarcome* et l'*épithélioma*.

Le *sarcome* est une variété de tumeur maligne rare ; nous la trouvons signalée comme tumeur primitive par Czerny, Riedel, Griffon et Ségall au niveau de la vésicule. Dans le cas de Czerny, il s'agissait d'un angiosarcome ; dans celui de Riedel, la tumeur, très douloureuse, avait pris un développement rapide ; dans l'observation de Griffon, il est question d'un sarcome fasciculé à cellules fusiformes, qui était né dans la paroi de la vésicule au niveau de son fond, et s'était propagé au parenchyme hépatique. On rapporte également quelques rares exemples de sarcome secondaire de la vésicule.

Le cancer, à proprement parler, l'*épithélioma*, est la plus fréquente des tumeurs malignes.

Il peut atteindre la vésicule et les conduits biliaires, mais siège presque toujours au niveau de la vésicule. Le plus souvent le cancer est primitif et l'on est en présence d'un épithélioma de nature cylindrique, étant donnée la nature de l'épithélium qui tapisse la muqueuse de la vésicule. Mais le cancer peut être secondaire et dans ce cas il emprunte ses caractères histologiques à la tumeur primitive ; ce peut donc être parfois de l'épithélioma pavimenteux, dans lequel Mulot a signalé la présence de globes épidermiques.

La disposition des éléments histologiques peut revêtir dans certains cas la forme du *carcinome*.

(1) Riedel. *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin, 1892.

Enfin, macroscopiquement le cancer des voies biliaires, comme le cancer en général, peut présenter les différents aspects : encéphaloïde, colloïde, squirrhe.

Rarement observé à ses débuts, le cancer se traduit alors par le bourgeonnement de la surface muqueuse de la vésicule dans les points envahis par la néoformation. Il siège de préférence vers le fond de la vésicule, peut-être parce que le fond répond à la partie la plus déclive occupée par les calculs, ou encore au niveau du col, et s'étend de là vers les parties voisines de l'organe, qui peut être envahi en totalité ou en partie et prend un aspect très variable selon les cas. C'est le stade avancé de la maladie qu'il nous est donné d'observer le plus souvent.

La néoplasie peut se présenter sous forme de nodosités multiples ou encore sous l'aspect de tumeurs non circonscrites, largement implantées. Elle revêt ailleurs la forme de productions pédiculées comme un champignon, ou encore celle d'un véritable anneau circonscrivant la vésicule. Ce peut être enfin une simple ulcération des parois.

La vésicule cancéreuse peut atteindre dans certains cas le volume du poing, d'une tête d'enfant, d'un œuf d'autruche, selon les comparaisons adoptées par les auteurs.

Les parois, et notamment la tunique musculuse, sont hypertrophiées ; des adhérences péricystiques les unissent aux parties voisines.

La cavité est généralement accrue, parfois cloisonnée, irrégulière, présentant des diverticules.

La bile contenue dans son intérieur est tantôt décolorée, tantôt brunâtre (hémorragique) et épaisse, mélangée le plus souvent, nous l'avons déjà dit, à des calculs.

La tumeur cancéreuse, née dans la vésicule, a tendance à se propager peu à peu vers les organes voisins. Des adhérences s'établissent et l'envahissement de ces organes se fait de proche en proche. Le foie, le colon transverse, le péritoine pariétal sont les plus fréquemment atteints, grâce à leurs connexions intimes avec la vésicule. Le duodénum, l'estomac, l'épiploon sont pris également assez souvent ; le pancréas l'est plus rarement. Ces organes peuvent être perforés, d'où la production de fistules : fistules de la paroi abdominale, du colon transverse, du duodénum, de l'estomac.

Les ganglions du système porte sont atteints ; la veine porte peut être infiltrée par la néoplasie ou plus souvent comprimée.

L'envahissement des conduits biliaires est fréquent ; les lésions peuvent se propager de proche en proche, des parois de la vésicule à celles du canal cystique ou par contiguïté, aux canaux hépatique et cholédoque ; une greffe peut se faire sur les parois des canaux par lesquels s'écoule une bile chargée de produits cancéreux ; enfin, des végétations parties du néoplasme peuvent s'insinuer dans les voies biliaires, et formant bouchon, en amener l'oblitération. Quel que soit le mode d'oblitération des cancers biliaires, celle-ci aura pour résultat la dilatation des voies biliaires avec toutes ses conséquences.

Le cancer de la vésicule ne procède pas seulement par envahissement sur place des organes contigus, il procède aussi par envahissement à distance, par métastase. Ces métastases ont été observées dans le foie, le péritoine et l'épiploon, dans l'estomac, l'iléon, le cæcum, le rectum, dans le poumon et la plèvre, l'utérus et ses annexes, le rein, dans les ganglions voisins ou éloignés.

*Les néoplasies siégeant sur l'un ou l'autre des canaux biliaires, cystique, hépatique ou cholédoque sont beaucoup plus rares.*

Des trois canaux, le plus souvent atteint est le cholédoque ; la variété de tumeur la plus fréquente est évidemment le *cancer*, qui peut être primitif ou secondaire ; on a également signalé quelques variétés rares de néoplasme : un polype, une tumeur fibreuse, des tumeurs graisseuses, que Courvoisier ne considère pas comme des lipomes, mais plutôt comme des tumeurs ayant subi la dégénérescence graisseuse ?

Le néoplasme peut siéger en un point quelconque du cholédoque ; cependant il semble plus fréquent soit à l'origine, soit à la terminaison de ce canal. Il se présente sous des aspects différents : tantôt c'est une tumeur arrondie, tantôt une ulcération ; dans un cas signalé à la Société anatomique de Paris, en 1873, Bourceret trouve un champignon cancéreux long de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, qui obstruait le canal ; le tronc de la veine porte était aussi oblitéré par une thrombose. D'autres fois (cas de Claisse, *Soc. anatomique de Paris*, 1894), le cancer forme un véritable manchon autour du canal avec lequel il fait corps ; à la coupe, on voit qu'il est constitué par un tissu blanchâtre plus ou moins dur ; la muqueuse est fongueuse par places, ulcérée sur d'autres points.

Le canal hépatique peut être atteint par le cancer primitivement ou secondairement ; mais les observations en sont très rares.

Le rétrécissement et l'oblitération de ces conduits biliaires princi-

paux auront pour résultat la dilatation des canaux intra et extra-hépatiques en amont de l'obstacle, avec toutes ses conséquences. Comme pour le cancer de la vésicule, la propagation est fréquente aux organes voisins ; nous n'y insistons pas.

Comme le canal hépatique, le canal cystique est très rarement le siège d'une néoplasie soit primitive, soit secondaire. L'oblitération du canal peut avoir pour conséquence la dilatation de la vésicule en arrière de l'obstacle, par l'accumulation d'un exsudat séromuqueux, et par conséquent, la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse. Suivant la nature du liquide, on se trouvera en présence d'une hydropisie ou d'un empyème de la vésicule. Mais parfois la vésicule, en arrière de l'obstacle, est ratatinée et même calcifiée.

Lorsque la tumeur siège au niveau de l'extrémité duodénale du cholédoque, elle prend un aspect particulier. Nous sommes alors en présence du *cancer de l'ampoule de Vater*, qui a fait l'objet de plusieurs publications dans ces dernières années. Busson<sup>1</sup>, en 1890, en avait réuni une dizaine d'observations. Hanot<sup>2</sup>, Rendu<sup>3</sup>, Durand-Fardel<sup>4</sup>, Dominici<sup>5</sup>, ont publié depuis de nouveaux cas, et Dieulafoy<sup>6</sup> lui consacre un chapitre spécial dans son *Manuel de Pathologie*.

La nature même de ce cancer est discutée ; car l'ampoule de Vater, ainsi que le dit Dieulafoy, est une sorte de carrefour à la fois intestinal, biliaire et pancréatique ; or, la question est de savoir si le cancer de l'ampoule est un cancer intestinal, biliaire ou pancréatique. Les avis sont partagés : il serait intestinal pour Rendu, pancréatico-biliaire pour Hanot, pancréatique pour Bard, biliaire pour Durand-Fardel, qui admet que le cancer débute par l'origine du cholédoque pour envahir ensuite l'ampoule de Vater. C'est à ce titre qu'il pourrait être rapproché ici du cancer des voies biliaires.

« Le cancer primitif de l'ampoule de Vater se présente sous forme d'une plaque cancéreuse, ou plus souvent sous forme d'une masse végétante, d'un champignon du volume d'une noisette à une noix. Cette tumeur fait saillie dans la cavité du duodénum ; elle est blanchâtre, assez molle et rarement ulcérée. Les orifices des canaux

(1) Busson. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Thèse de Paris, 1890.

(2) Hanot. *Société médicale des Hôpitaux*, 24 avril 1896, t. XIII, p. 381.

(3) Rendu. *Société médicale des Hôpitaux*, 1<sup>er</sup> mai 1896, t. XIII, p. 405.

(4) Durand-Fardel. *Presse médicale*. Paris, juin 1896, p. 285.

(5) Dominici. *Presse médicale*. Paris, juillet 1899, t. II, p. 40.

(6) Dieulafoy. *Manuel de Pathologie interne*, 12<sup>e</sup> édition, 1900, t. III.

cholédoque et pancréatique sont plus ou moins complètement oblitérés. Quand l'ouverture du canal cholédoque est oblitérée, le conduit, ainsi que les canaux cystique, hépatique, et la vésicule, peuvent être fort dilatés (Dieulafoy). »

« Le cancer de l'ampoule est presque toujours un épithélioma à cellules cylindriques ; il reste nettement cantonné à l'ampoule ; il n'a aucune tendance à se généraliser, il n'envahit ni le pancréas, ni le foie, c'est à peine s'il détermine de l'adénite de quelques ganglions pancréatiques et mésentériques. »

Rendu nous fait remarquer qu'il se comporte « comme les plaques d'épithélioma intestinal que l'on rencontre au niveau de la valvule iléo-cæcale ou sur la flexion de l'S iliaque. C'est la même disposition superficielle, la même marche lente, avec peu de tendance à s'ulcérer, à se généraliser, et même à se propager aux ganglions adjacents ».

### Symptômes.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la symptomatologie du cancer de la vésicule est très obscure.

Le début est presque toujours latent : tantôt le malade éprouve de vagues douleurs dans l'abdomen, ou bien une sensation de pesanteur, de gêne dans l'hypocondre droit ; tantôt ce sont des troubles digestifs qui annoncent le début de la maladie, alternatives de diarrhée et de constipation, quelquefois des crises répétées de coliques hépatiques. L'ictère est signalé dans quelques observations, parmi les accidents primitifs. Le foie est ou n'est pas douloureux. Ces accidents durent plus ou moins longtemps, sans que rien de bien précis attire l'attention du côté de la vésicule.

Malheureusement la même incertitude persiste à une période plus avancée de la maladie, car si les symptômes deviennent plus nets, ils n'ont cependant rien de pathognomonique et sont communs à d'autres affections des voies biliaires, la cholélithiase par exemple.

A la période d'état, le cancer de la vésicule revêt deux formes cliniques très différentes.

Dans une première, il a les allures du carcinome primitif du foie avec lequel on le confond souvent.

« Il n'existe ni ascite, ni ictère, au début du moins. Le foie est volumineux, plus ou moins régulier. Parfois on trouve une tuméfaction plus ou moins résistante dans la région de la vésicule, mais

qu'il faut attribuer, selon toute vraisemblance, le développement du cancer ; cependant nous devons rappeler que quelques auteurs, parmi lesquels Förster, Lancereaux, Cornil et Ranvier, admettent que la lithiase biliaire succède au cancer et résulte de la rétention et des infections biliaires. Cette hypothèse n'explique pas, comme la première, pourquoi le cancer est infiniment plus fréquent chez la femme.

Quant au nombre des calculs trouvés dans la vésicule carcinomateuse, il est très variable et importe peu ; on a rencontré un calcul solitaire, mais le plus souvent les calculs étaient très nombreux. Il faut également n'attacher qu'une importance secondaire à la forme et à la grosseur des pierres.

Le processus suivant lequel les concrétions biliaires arrivent à produire le cancer, serait le suivant : le frottement des calculs sur les parois détermine des ulcérations, et consécutivement, soit pendant l'existence de ces ulcérations, soit après leur cicatrisation, il se fait une prolifération des éléments glandulaires de la muqueuse, qui peut aboutir au cancer. C'est l'opinion émise par Zenker et partagée par Courvoisier.

En somme, l'étiologie du cancer des voies biliaires se résume en quelques mots : Cancer de l'âge adulte, particulièrement fréquent chez la femme, le plus souvent primitif, et alors presque toujours consécutif à la cholélithiase.

#### Anatomie pathologique.

Les tumeurs des voies biliaires ont pour siège le plus fréquent la vésicule, mais elles peuvent se développer aussi en dehors d'elle, sur les conduits excréteurs de la bile. Nous allons donc avoir successivement à envisager leur étude anatomo-pathologique pour la vésicule, et pour les conduits excréteurs ; à ce propos nous parlerons du cancer de l'ampoule de Vater.

Nous ne rangerons pas dans le cadre des tumeurs les quelques observations signalées de *tuberculose* de la vésicule biliaire.

Les tumeurs de la vésicule sont de nature *bénigne* (exceptionnellement) ou de nature *maligne*.

Voici d'abord quelques exemples des *tumeurs bénignes*, signalées dans la littérature médicale :

Chez un malade de Wiedeman, il s'agissait d'une *tumeur kystique*

assez analogue à une hydatide ; elle se détachait de la face interne de la vésicule et avait pour dimensions 4 centimètres de longueur sur 1 cent. 1/2 de largeur. La nature de cette tumeur resta indéterminée. Routier a enlevé une vésicule qui renfermait des kystes hydatiques.

Albert, sur une vésicule dont la muqueuse était inégale, bosselée, trouva une *tumeur fibreuse*, siégeant au milieu de tissu sain.

Le cas de Schüppel est relatif à un *myxome papillaire* ; la cavité de la vésicule était en partie comblée par des productions villeuses, largement implantées sur la muqueuse sous forme de franges nombreuses plus ou moins ramifiées.

Riedel<sup>1</sup> mentionne l'existence d'un *papillome* développé sur le fond de la vésicule.

Enfin, nous rapportons un cas de Adler où la vésicule contenait *trois kystes remplis de cholestérine*.

Parmi les *tumeurs malignes*, il faut ranger le *sarcome* et l'*épithélioma*.

Le *sarcome* est une variété de tumeur maligne rare ; nous la trouvons signalée comme tumeur primitive par Czerny, Riedel, Griffon et Ségall au niveau de la vésicule. Dans le cas de Czerny, il s'agissait d'un angiosarcome ; dans celui de Riedel, la tumeur, très douloureuse, avait pris un développement rapide ; dans l'observation de Griffon, il est question d'un sarcome fasciculé à cellules fusiformes, qui était né dans la paroi de la vésicule au niveau de son fond, et s'était propagé au parenchyme hépatique. On rapporte également quelques rares exemples de sarcome secondaire de la vésicule.

Le cancer, à proprement parler, l'*épithélioma*, est la plus fréquente des tumeurs malignes.

Il peut atteindre la vésicule et les conduits biliaires, mais siège presque toujours au niveau de la vésicule. Le plus souvent le cancer est primitif et l'on est en présence d'un épithélioma de nature cylindrique, étant donnée la nature de l'épithélium qui tapisse la muqueuse de la vésicule. Mais le cancer peut être secondaire et dans ce cas il emprunte ses caractères histologiques à la tumeur primitive ; ce peut donc être parfois de l'épithélioma pavimenteux, dans lequel Mulot a signalé la présence de globes épidermiques.

La disposition des éléments histologiques peut revêtir dans certains cas la forme du *carcinome*.

(1) Riedel. *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin, 1892.

Enfin, macroscopiquement le cancer des voies biliaires, comme le cancer en général, peut présenter les différents aspects : encéphaloïde, colloïde, squirrhe.

Rarement observé à ses débuts, le cancer se traduit alors par le bourgeonnement de la surface muqueuse de la vésicule dans les points envahis par la néoformation. Il siège de préférence vers le fond de la vésicule, peut-être parce que le fond répond à la partie la plus déclive occupée par les calculs, ou encore au niveau du col, et s'étend de là vers les parties voisines de l'organe, qui peut être envahi en totalité ou en partie et prend un aspect très variable selon les cas. C'est le stade avancé de la maladie qu'il nous est donné d'observer le plus souvent.

La néoplasie peut se présenter sous forme de nodosités multiples ou encore sous l'aspect de tumeurs non circonscrites, largement implantées. Elle revêt ailleurs la forme de productions pédiculées comme un champignon, ou encore celle d'un véritable anneau circonscrivant la vésicule. Ce peut être enfin une simple ulcération des parois.

La vésicule cancéreuse peut atteindre dans certains cas le volume du poing, d'une tête d'enfant, d'un œuf d'autruche, selon les comparaisons adoptées par les auteurs.

Les parois, et notamment la tunique musculuse, sont hypertrophiées ; des adhérences péricystiques les unissent aux parties voisines.

La cavité est généralement accrue, parfois cloisonnée, irrégulière, présentant des diverticules.

La bile contenue dans son intérieur est tantôt décolorée, tantôt brunâtre (hémorragique) et épaisse, mélangée le plus souvent, nous l'avons déjà dit, à des calculs.

La tumeur cancéreuse, née dans la vésicule, a tendance à se propager peu à peu vers les organes voisins. Des adhérences s'établissent et l'envahissement de ces organes se fait de proche en proche. Le foie, le colon transverse, le péritoine pariétal sont les plus fréquemment atteints, grâce à leurs connexions intimes avec la vésicule. Le duodénum, l'estomac, l'épiploon sont pris également assez souvent ; le pancréas l'est plus rarement. Ces organes peuvent être perforés, d'où la production de fistules : fistules de la paroi abdominale, du colon transverse, du duodénum, de l'estomac.

Les ganglions du système porte sont atteints ; la veine porte peut être infiltrée par la néoplasie ou plus souvent comprimée.

L'envahissement des conduits biliaires est fréquent ; les lésions peuvent se propager de proche en proche, des parois de la vésicule à celles du canal cystique ou par contiguïté, aux canaux hépatique et cholédoque ; une greffe peut se faire sur les parois des canaux par lesquels s'écoule une bile chargée de produits cancéreux ; enfin, des végétations parties du néoplasme peuvent s'insinuer dans les voies biliaires, et formant bouchon, en amener l'oblitération. Quel que soit le mode d'oblitération des cancers biliaires, celle-ci aura pour résultat la dilatation des voies biliaires avec toutes ses conséquences.

Le cancer de la vésicule ne procède pas seulement par envahissement sur place des organes contigus, il procède aussi par envahissement à distance, par métastase. Ces métastases ont été observées dans le foie, le péritoine et l'épiploon, dans l'estomac, l'iléon, le cæcum, le rectum, dans le poumon et la plèvre, l'utérus et ses annexes, le rein, dans les ganglions voisins ou éloignés.

*Les néoplasies siégeant sur l'un ou l'autre des canaux biliaires, cystique, hépatique ou cholédoque sont beaucoup plus rares.*

Des trois canaux, le plus souvent atteint est le cholédoque ; la variété de tumeur la plus fréquente est évidemment le *cancer*, qui peut être primitif ou secondaire ; on a également signalé quelques variétés rares de néoplasme : un polype, une tumeur fibreuse, des tumeurs graisseuses, que Courvoisier ne considère pas comme des lipomes, mais plutôt comme des tumeurs ayant subi la dégénérescence graisseuse ?

Le néoplasme peut siéger en un point quelconque du cholédoque ; cependant il semble plus fréquent soit à l'origine, soit à la terminaison de ce canal. Il se présente sous des aspects différents : tantôt c'est une tumeur arrondie, tantôt une ulcération ; dans un cas signalé à la Société anatomique de Paris, en 1873, Bourceret trouve un champignon cancéreux long de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, qui obstruait le canal ; le tronc de la veine porte était aussi oblitéré par une thrombose. D'autres fois (cas de Claisse, *Soc. anatomique de Paris*, 1894), le cancer forme un véritable manchon autour du canal avec lequel il fait corps ; à la coupe, on voit qu'il est constitué par un tissu blanchâtre plus ou moins dur ; la muqueuse est fongueuse par places, ulcérée sur d'autres points.

Le canal hépatique peut être atteint par le cancer primitivement ou secondairement ; mais les observations en sont très rares.

Le rétrécissement et l'oblitération de ces conduits biliaires princi-

paux auront pour résultat la dilatation des canaux intra et extra-hépatiques en amont de l'obstacle, avec toutes ses conséquences. Comme pour le cancer de la vésicule, la propagation est fréquente aux organes voisins ; nous n'y insistons pas.

Comme le canal hépatique, le canal cystique est très rarement le siège d'une néoplasie soit primitive, soit secondaire. L'oblitération du canal peut avoir pour conséquence la dilatation de la vésicule en arrière de l'obstacle, par l'accumulation d'un exsudat séromuqueux, et par conséquent, la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse. Suivant la nature du liquide, on se trouvera en présence d'une hydropisie ou d'un empyème de la vésicule. Mais parfois la vésicule, en arrière de l'obstacle, est ratatinée et même calcifiée.

Lorsque la tumeur siège au niveau de l'extrémité duodénale du cholédoque, elle prend un aspect particulier. Nous sommes alors en présence du *cancer de l'ampoule de Vater*, qui a fait l'objet de plusieurs publications dans ces dernières années. Busson<sup>1</sup>, en 1890, en avait réuni une dizaine d'observations. Hanot<sup>2</sup>, Rendu<sup>3</sup>, Durand-Fardel<sup>4</sup>, Dominici<sup>5</sup>, ont publié depuis de nouveaux cas, et Dieulafoy<sup>6</sup> lui consacre un chapitre spécial dans son *Manuel de Pathologie*.

La nature même de ce cancer est discutée ; car l'ampoule de Vater, ainsi que le dit Dieulafoy, est une sorte de carrefour à la fois intestinal, biliaire et pancréatique ; or, la question est de savoir si le cancer de l'ampoule est un cancer intestinal, biliaire ou pancréatique. Les avis sont partagés : il serait intestinal pour Rendu, pancréatico-biliaire pour Hanot, pancréatique pour Bard, biliaire pour Durand-Fardel, qui admet que le cancer débute par l'origine du cholédoque pour envahir ensuite l'ampoule de Vater. C'est à ce titre qu'il pourrait être rapproché ici du cancer des voies biliaires.

« Le cancer primitif de l'ampoule de Vater se présente sous forme d'une plaque cancéreuse, ou plus souvent sous forme d'une masse végétante, d'un champignon du volume d'une noisette à une noix. Cette tumeur fait saillie dans la cavité du duodénum ; elle est blancheâtre, assez molle et rarement ulcérée. Les orifices des canaux

(1) Busson. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Thèse de Paris, 1890.

(2) Hanot. *Société médicale des Hôpitaux*, 24 avril 1896, t. XIII, p. 381.

(3) Rendu. *Société médicale des Hôpitaux*, 1<sup>er</sup> mai 1896, t. XIII, p. 405.

(4) Durand-Fardel. *Presse médicale*. Paris, juin 1896, p. 285.

(5) Dominici. *Presse médicale*. Paris, juillet 1899, t. II, p. 40.

(6) Dieulafoy. *Manuel de Pathologie interne*, 12<sup>e</sup> édition, 1900, t. III.

cholédoque et pancréatique sont plus ou moins complètement oblitérés. Quand l'ouverture du canal cholédoque est oblitérée, le conduit, ainsi que les canaux cystique, hépatique, et la vésicule, peuvent être fort dilatés (Dieulafoy). »

« Le cancer de l'ampoule est presque toujours un épithélioma à cellules cylindriques ; il reste nettement cantonné à l'ampoule ; il n'a aucune tendance à se généraliser, il n'envahit ni le pancréas, ni le foie, c'est à peine s'il détermine de l'adénite de quelques ganglions pancréatiques et mésentériques. »

Rendu nous fait remarquer qu'il se comporte « comme les plaques d'épithélioma intestinal que l'on rencontre au niveau de la valvule iléo-cæcale ou sur la flexion de l'S iliaque. C'est la même disposition superficielle, la même marche lente, avec peu de tendance à s'ulcérer, à se généraliser, et même à se propager aux ganglions adjacents ».

### Symptômes.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la symptomatologie du cancer de la vésicule est très obscure.

Le début est presque toujours latent : tantôt le malade éprouve de vagues douleurs dans l'abdomen, ou bien une sensation de pesanteur, de gêne dans l'hypocondre droit ; tantôt ce sont des troubles digestifs qui annoncent le début de la maladie, alternatives de diarrhée et de constipation, quelquefois des crises répétées de coliques hépatiques. L'ictère est signalé dans quelques observations, parmi les accidents primitifs. Le foie est ou n'est pas douloureux. Ces accidents durent plus ou moins longtemps, sans que rien de bien précis attire l'attention du côté de la vésicule.

Malheureusement la même incertitude persiste à une période plus avancée de la maladie, car si les symptômes deviennent plus nets, ils n'ont cependant rien de pathognomonique et sont communs à d'autres affections des voies biliaires, la cholélithiase par exemple.

A la période d'état, le cancer de la vésicule revêt deux formes cliniques très différentes.

Dans une première, il a les allures du carcinome primitif du foie avec lequel on le confond souvent.

« Il n'existe ni ascite, ni ictère, au début du moins. Le foie est volumineux, plus ou moins régulier. Parfois on trouve une tuméfaction plus ou moins résistante dans la région de la vésicule, mais

Les tumeurs des voies biliaires sont *primitives* ou *secondaires*.

Rarement secondaires en ce qui concerne la vésicule, elles sont alors le résultat d'une métastase ou d'un envahissement par contiguïté. La métastase est évidente dans le cas cité par Courvoisier, d'un malade opéré déjà trois fois d'un cancer des lèvres et chez lequel l'autopsie révéla l'altération cancéreuse de la vésicule; mais le plus souvent il s'agit de la propagation d'un néoplasme du pylore, du duodénum ou du pancréas à la vésicule contiguë; tel était aussi le cas, rapporté par Ricard<sup>1</sup>, d'une néoformation conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, qui avait envahi la vésicule biliaire, tumeur que le chirurgien extirpa avec cet organe.

Lorsque le foie et la vésicule sont envahis simultanément, on admettait autrefois avec Baillie que le foie était l'organe primitivement atteint. La plupart des auteurs, étant donnée la rareté du cancer primitif du foie, admettent aujourd'hui que c'est la vésicule qui est primitivement atteinte et le foie secondairement.

Comme le cancer en général, le cancer des voies biliaires est une maladie de l'âge adulte et de la vieillesse, bien qu'on puisse l'observer exceptionnellement chez des jeunes gens (vingt-six ans dans un cas de Frerichs)<sup>2</sup>.

On le rencontre presque exclusivement chez la femme; d'après les tableaux statistiques dressés par Courvoisier, le cancer de la vésicule serait cinq fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Dans notre statistique personnelle, nous trouvons que sur 50 malades opérés, dont le sexe est rapporté, il y avait 40 femmes et 10 hommes.

Or, étant données les relations que nous allons établir dans quelques instants entre la lithiase et le cancer des voies biliaires, on est conduit à penser que si ce cancer se rencontre surtout chez la femme, c'est parce que la lithiase est beaucoup plus fréquente chez elle que chez l'homme. Cette influence de la lithiase nous paraît plus certaine que celle attribuée par certains auteurs au traumatisme ou à la grossesse. Heddaeus<sup>3</sup> en effet, partageant en cela l'opinion de Körte, admet que la compression des voies biliaires par l'utérus gravide peut « donner suite à un certain engorgement des conduits biliaires, avec formation de concrétions et leurs conséquences ». Ce qui revient à dire

(1) Ricard. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1893, p. 409.

(2) Frerichs. *Klinik der Leberkrankheiten*, Braunschweig, 1861, t. II, p. 454.

(3) Heddaeus. Clinique chirurgicale de Czerny. *Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs des conduits biliaires* (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1894, t. XII, f. 2, p. 439-500).

que la grossesse n'agit qu'indirectement, en favorisant la formation des calculs; donc le rôle principal appartient toujours à la lithiase.

*La présence des calculs, en effet, semble avoir une influence considérable sur le développement du cancer de la vésicule.* Cette influence a été nettement établie par les travaux d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Klob, Klebs, Willigk, Heitler, Zenker, Courvoisier, Harley, Schüppel, Rendu, etc.

Zenker<sup>1</sup> constate dans 85 p. 100 des cas de carcinome de la vésicule, l'existence des calculs.

Courvoisier<sup>2</sup>, de l'analyse soignée d'un grand nombre de faits, conclut que dans les 7/8 des cas la vésicule cancéreuse contient des calculs.

D'une étude de 40 cas, faite par Janowski<sup>3</sup>, il résulte que chaque fois on a constaté la présence des calculs biliaires; il en est de même dans 5 cas de carcinome de la vésicule rapportés par Riedel<sup>4</sup>.

Nous ne signalons ici que les noms des auteurs dont les constatations ont porté sur un nombre suffisant de faits, car très nombreuses sont les observations isolées où l'on relate l'existence des calculs. Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* en font foi, et dans nos tableaux statistiques nous relevons la présence des calculs dans presque toutes les observations.

Des faits précédents nous pouvons donc conclure que l'influence des calculs sur la production du cancer ne paraît pas douteuse; sans doute le cancer peut se développer indépendamment de la lithiase, mais même dans les cas où l'on ne trouve aucun calcul dans les voies biliaires, on peut, en recherchant avec soin, trouver dans les antécédents des accidents de cholélithiase. Par exemple: l'expulsion de concrétions biliaires dans les selles, ainsi que cela est signalé dans quelques observations; ou encore des lésions anatomiques de l'arbre biliaire, qui témoignent de la présence antérieure des calculs, telles qu'un rétrécissement du canal cholédoque, une dilatation de toutes les voies biliaires, ou encore une cicatrice de la papille du cholédoque.

Ainsi donc c'est à l'irritation causée par la présence des calculs

(1) Zenker. *Der primäre Krebs der Gallenblase, etc.* (*Arch. f. klin. Med.*, t. XLIV, f. 2 et 3, 1891.)

(2) Courvoisier. *Cas. et Stat. — Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*. Leipzig, 1890.

(3) Janowski. *Ueber Veränderungen der Gallenblase bei Vorhandensein von Gallensteinen*, (*Ziegler's Beiträge*, t. X, p. 449).

(4) Riedel. *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin, 1892.