

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. Busson¹, en 1890, en avait réuni une dizaine d'observations. Hanot², Rendu³, Durand-Fardel⁴, Dominici⁵, ont publié depuis de nouveaux cas, et Dieulafoy⁶ 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^{er} 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^e 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

souvent aussi on ne constate qu'une hypertrophie totale du foie, sans dilatation de veines sous-cutanées abdominales. Le malade succombe, présentant tous les signes d'une cachexie à marche progressive, ceux de l'insuffisance hépatique ou d'une péritonite suppurée.

« Dans la seconde variété, la scène morbide est tout entière occupée par un ictère par rétention, auquel viennent s'ajouter l'ascite, les phénomènes cachectiques et les troubles urinaires.

« Les troubles digestifs sont en général précoces. Peu marqués au début, ils s'accroissent peu à peu et prennent une importance très grande, lorsque survient un ictère désormais permanent¹. »

Les troubles digestifs sont caractérisés par de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation, cette dernière déterminée souvent par la compression du côlon par la tumeur.

La douleur est un symptôme fréquemment observé ; c'est une douleur parfois assez vive, localisée à la région hépatique, continue, mais non paroxystique.

L'ictère, l'ascite sont le résultat probable de la compression exercée par la tumeur en se développant sur les canaux biliaires et la veine porte.

Courvoisier, dans un certain nombre de cas, signale l'existence d'hémorragies se manifestant sous forme d'hémorragies intestinales, d'hématémèses, d'épistaxis, de métrorragies et de pétéchies. Ce sont là des hémorragies cholémiques survenues dans le cas d'ictère très prononcé.

On note quelquefois de la fièvre, due soit à une angiocholite suppurée, soit à la résorption de produits de dégénérescence cancéreuse au niveau du néoplasme.

Dans un cas récemment observé par l'un de nous, les accidents fébriles étaient en rapport avec une cholécystite suppurée concomitante du néoplasme vésiculaire.

A l'examen de la région hépatique et dans les cas où la tumeur formée par la vésicule a atteint un volume assez considérable, on peut constater une déformation plus ou moins notable, parfois même l'existence de ces trajets fistuleux ouverts à la paroi, dont il a été question à propos de l'anatomie pathologique et par lesquels s'écoule de la bile mélangée à du pus et à des concrétions biliaires.

(1) Le Lionnais. *Considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit, formées par la vésicule biliaire*. Th. de doctorat, Paris, 1896.

L'exploration de l'hypocondre droit y décele souvent la présence d'une tumeur qu'on localise nettement à la vésicule. Mais cette tumeur vésiculaire peut manquer, ou bien la vésicule n'est point accessible au palper, parce qu'elle est dissimulée sous le foie envahi secondairement, hypertrophié et avec lequel elle ne forme qu'une même masse.

En général, la tumeur de la vésicule se trouve au bord externe du muscle droit antérieur, c'est-à-dire au point où siège normalement la vésicule. Cependant, elle peut occuper la région épigastrique ou encore s'abaisser au niveau de la crête iliaque, jusqu'à la fosse iliaque même. Elle se mobilise avec le foie dans les mouvements respiratoires et aussi dans le sens latéral, à moins que des adhérences ne la fixent à la paroi abdominale.

La tumeur limitée au début, est cylindrique, ovoïde, rappelant par sa forme celle de la vésicule, plus tard elle devient bosselée, irrégulière, diffuse.

Son volume varie depuis celui d'un œuf jusqu'aux dimensions d'une tête de fœtus et davantage. Le plus souvent sa consistance est ferme ; rarement on y perçoit une sensation de fluctuation comme dans les tumeurs liquides de la vésicule. Deux fois, Courvoisier constata un changement de volume et de consistance, modifications dues à un état de réplétion plus ou moins complet de la vésicule.

Les pressions exercées sur la tumeur réveillent une sensibilité très vive. Enfin, par les procédés d'exploration ordinaires, on constate assez fréquemment la présence de liquide ascitique dans la cavité abdominale.

En somme, dans tout cet appareil symptomatique, il n'y a rien qui puisse permettre d'affirmer d'une façon positive l'existence d'une néoplasie de la vésicule. Toutefois, lorsque la tumeur présente nettement les caractères des tumeurs vésiculaires (abaissement avec le foie dans les mouvements respiratoires, un certain degré de mobilité latérale) ; lorsqu'elle est irrégulière, de consistance ferme, qu'elle s'accompagne d'ictère ou d'ascite ; lorsque le foie est hypertrophié ou qu'il présente des inégalités à sa surface ; lorsque la tumeur évolue avec rapidité, et qu'elle coexiste avec une cachexie progressive, il y a alors de grandes probabilités pour que la tumeur soit de nature maligne.

Dans les cas difficiles la ponction exploratrice a pu rendre des services et écarter les doutes ; au lieu de bile normale on ramène des débris cancéreux, mélangés à du pus ou à du liquide hémorra-

gique ; mais souvent elle ne donne que des résultats négatifs ; de plus, n'oublions pas que c'est là un moyen aveugle, dangereux, dont il ne faut user qu'avec prudence, et auquel on doit préférer la laparotomie exploratrice.

Le pronostic de l'affection est très sombre, étant donné surtout que la maladie reste longtemps latente, ce qui est une condition fâcheuse au point de vue chirurgical, et qu'à partir du moment où les premières manifestations permettent de porter le diagnostic de tumeur de la vésicule, jusqu'à la mort, il s'écoule en moyenne un délai de trois à quatre mois seulement, pendant lequel il est souvent trop tard pour intervenir utilement.

Le malade s'éteint peu à peu dans le marasme, par suite des progrès incessants de la néoplasie, qui souvent se généralise. La terminaison fatale peut être précipitée par l'apparition de quelques complications : la péritonite, l'hémorragie intestinale, les accidents d'obstruction intestinale, les troubles infectieux qui sont le fait de l'angiocholite suppurée. La mort dans le coma, comme cela arrive dans le cas de cholémie intense, est signalée dans quelques observations.

Il nous reste à étudier la symptomatologie propre aux tumeurs des voies biliaires et de l'ampoule de Vater. Elle est la même dans les deux cas, et présente de grandes analogies avec les manifestations cliniques du cancer de la vésicule.

Le symptôme dominant est l'ictère déterminé par l'oblitération des canaux biliaires, que la coarctation siège sur le canal hépatique, sur le trajet ou à l'embouchure du cholédoque. L'ictère est le premier symptôme apparent ; c'est un ictère progressif, avec urines fortement teintées et matières fécales décolorées. Parfois l'ictère est intermittent, la teinte ictérique est moins accusée ; les matières fécales se colorent de nouveau ; ce qui prouve que la lumière du canal envahi a retrouvé pour un temps sa perméabilité. L'ictère s'accompagne de démangeaisons, de taches pigmentaires, de xanthélasma. La douleur spontanée peut exister sous forme de crises douloureuses siégeant dans l'hypocondre droit et à l'épigastre ; la palpation est douloureuse dans ces mêmes régions ; les vomissements, la diarrhée alternant avec la constipation sont également observés.

A l'examen direct, on constate que le foie est parfois très volumineux, la vésicule biliaire souvent très distendue et appréciable à tra-

vers la paroi abdominale. Mais il est bien difficile, au début du moins, à cause de ses faibles dimensions, de découvrir le néoplasme profondément situé. Ce n'est qu'à une période avancée, lorsque la néoplasie s'étend vers les organes voisins, que le palper révèle l'existence d'une tumeur bosselée, irrégulière, de consistance ferme.

Dès le début des accidents, le malade présente des troubles digestifs, une perte des forces, un amaigrissement, tels qu'on a coutume de l'observer dans l'ictère chronique.

Des accès de fièvre surviennent, comme dans le cancer de la vésicule, lorsque l'infection des voies biliaires complique le néoplasme ; des hémorragies intestinales sont signalées en particulier dans le cancer de l'ampoule de Vater ; les œdèmes, l'ascite sont fréquents.

La durée de l'affection varie de six à dix-huit mois, mais elle ne dépasse guère en moyenne une année.

Le malade meurt dans la cachexie, ou emporté par quelque une des complications signalées à propos des néoplasies de la vésicule.

Il en est une cependant assez spéciale, que Coats et Finlayson¹ ont constatée dans un cas de cancer de la portion terminale du cholédoque, avec ictère et rétrodilataction des canaux sécréteurs de la bile : c'est la rupture de la vésicule, suivie de péritonite biliaire, avec mort.

En somme, l'analogie est grande entre l'histoire clinique des néoplasmes de la vésicule et ceux des voies biliaires ; mais dans l'un et l'autre cas, l'absence d'un signe caractéristique empêche d'affirmer d'une façon positive l'existence du néoplasme. L'ictère, qui est le principal symptôme, se présente avec des caractères analogues dans plusieurs autres affections.

Diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit.

Nous compléterons l'étude clinique des tumeurs des voies biliaires en consacrant un chapitre au diagnostic, toujours difficile, des tumeurs de l'hypocondre droit.

Nous nous occuperons : 1° du diagnostic des tumeurs de la vésicule, et 2° de celui des tumeurs développées sur les canaux biliaires, en particulier le cholédoque.

Nous avons à répondre d'abord aux deux questions suivantes :

(1) Coats et Finlayson. *Trans. of Glasgow Path. a. Clin. Society*, 1885-86, t. III, p. 244-246.