

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 rétrodilataion 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.

Assez récemment, à la Société de Chirurgie de Paris (octobre 1899), dans une discussion sur les sténoses pyloriques, H. Hartmann admettait que le diagnostic entre la vésicule biliaire et une tumeur pylorique est possible, si on pratique l'examen de la façon suivante : on note d'abord le siège exact de la tumeur, puis on délimite la situation de l'estomac à la percussion simple et au phonendoscope ; on fait ensuite absorber au malade un mélange effervescent qui, parvenu dans l'estomac, le dilate. Si la tumeur est constituée par la vésicule, elle ne change pas de situation ; si, au contraire, elle appartient au pylore, elle remonte et se cache plus ou moins sous les fausses côtes. La percussion de l'estomac, pratiquée déjà et renouvelée, montre que la tumeur siège au niveau de la réunion de la grande et de la petite courbure.

Ce mode de diagnostic ne donnera de résultats, ainsi que le faisait remarquer Tuffier, que si le pylore est mobile ; mais le pylore peut être fixé par des adhérences, et alors on peut rester dans l'incertitude la plus grande.

Les tumeurs de l'intestin pouvant simuler des tumeurs de la vésicule biliaire sont de nature cancéreuse ou stercorale.

Il est fort difficile de distinguer le cancer du gros intestin, siégeant à la réunion du côlon ascendant et du côlon transverse, d'un néoplasme de la vésicule, étant donné que ce dernier, en se développant, peut se propager vers le côlon et déterminer des troubles fonctionnels analogues à ceux du cancer primitif de l'intestin. Cependant l'apparition précoce d'accidents d'obstruction, alors que la tumeur est encore à peine perceptible, l'existence de débâcles alternant avec la constipation, la présence de sang dans les selles, constituent des symptômes favorables à une néoplasie intestinale. En somme, le retentissement du côté de l'intestin est beaucoup plus marqué, et les symptômes sont plus précoces dans le cancer primitif de l'intestin.

Les tumeurs stercorales s'observent rarement dans la partie du côlon qui avoisine le foie ; elles siègent de préférence au niveau du cæcum ou au niveau de l'S iliaque ; elles surviennent chez des sujets dont la constipation est habituelle et devient opiniâtre avec un état général qui se conserve assez bon, ce qui exclut déjà l'idée de lésion organique de la vésicule ; la masse fécale a une consistance pâteuse, elle se laisse déformer par les pressions ; enfin l'efficacité des grands lavements et des purgatifs lève en général tous les doutes.

Lorsque le rein flottant revêt sa physionomie clinique ordinaire, le diagnostic ne saurait être douteux ; mais il n'en est pas toujours

ainsi, et il est des cas complexes où tout concourt à induire en erreur. C'est ainsi que des accidents icteriques peuvent être observés au cours d'un rein mobile. Cependant on a quelques chances d'arriver à un diagnostic vrai en se basant sur le siège différent qu'occupent en général la tumeur rénale et la tumeur cholécystique, sur les caractères de leur mobilité et surtout sur les connexions intimes de la tumeur vésiculaire avec le foie. Il faut savoir cependant que ces rapports peuvent manquer, c'est ainsi que l'interposition d'une zone sonore entre le foie et une tumeur de l'hypocondre fit éliminer à tort l'idée de tumeur vésiculaire et diagnostiquer un rein flottant ; d'autre part, par suite d'adhérences, un rein ectopie a pu présenter dans certains cas avec le foie les mêmes rapports qu'une vésicule. On pourrait se baser encore, mais avec bien moins de certitude, ainsi que le fait remarquer le professeur Tillaux, sur les renseignements fournis par l'inspection, la palpation, la percussion de la région lombaire correspondant à la tumeur dans le cas de rein mobile et sur les caractères spéciaux de la douleur provoquée par la pression au cas de rein flottant.

Le diagnostic avec les tumeurs du rein ne présente pas en général de bien sérieuses difficultés, parce que ces tumeurs s'accompagnent le plus souvent de troubles fonctionnels très spéciaux et qu'elles siègent surtout au niveau du flanc droit, cependant nous avons constaté l'existence simultanée d'une tumeur de la vésicule et d'une tumeur du rein.

De même, de l'hydronéphrose pourrait être confondue avec certaines tumeurs à contenu liquide ; mais étant donné les caractères de la tumeur hydronéphrétique, son évolution, les troubles urinaires qui l'accompagnent ou l'ont précédée, la confusion n'est guère possible.

Certaines affections du péritoine peuvent être prises aussi pour des tumeurs de la vésicule. Nous ne parlons pas ici des foyers de péritonite enkystée sous-hépatique, qui généralement s'accompagnent d'un cortège d'accidents aigus, n'ayant aucun rapport avec les accidents à marche chronique des néoplasmes de la vésicule ; nous avons en vue surtout les tumeurs proprement dites rares très formées par le péritoine péri-hépatique.

Nous tenons à rappeler cependant le cas curieux signalé par Rou-tier dans la *Revue de Chirurgie* de 1893 (p. 142). Le chirurgien avait constaté à l'examen une tumeur qu'il avait considérée comme la vésicule distendue. Au cours de la laparotomie, il constata que la tuméfaction était un lipome descendant de la faux du péritoine. En arrière du lipome, au siège normal de la vésicule, il existait une

masse blanche, fibreuse, constituée par des adhérences au milieu desquelles se trouvait la vésicule atrophiée. Ces faits très rares sont d'un diagnostic pour ainsi dire impossible.

Les *tumeurs du mésentère* ont pour siège la région ombilicale, elles sont recouvertes d'une zone sonore, sont séparées de la région hépatique par une zone également sonore et ne suivent pas les mouvements du foie dans l'acte respiratoire.

Les *tumeurs du grand épiploon* sont mates à la percussion dans toute leur étendue, et cette matité est séparée de celle du foie par une zone sonore; elles sont en général mobiles, se laissent déplacer transversalement et aussi de bas en haut, mais dans de faibles limites de haut en bas, en raison de l'insertion de l'épiploon à l'estomac qui est relativement fixe (Tillaux).

Malgré les caractères distinctifs que nous venons d'attribuer aux tumeurs du mésentère et du grand épiploon, des erreurs sont encore possibles dans le cas par exemple où une tumeur vésiculaire a conservé un certain degré de mobilité et se trouve séparée du foie par une zone de sonorité.

Les *tumeurs du petit épiploon*, exceptionnelles il est vrai, nous paraissent être d'un diagnostic impossible étant données leurs connexions intimes avec le foie et la vésicule, qu'elles peuvent englober dans leur épaisseur (observation de Ricard citée dans nos tableaux statistiques).

Les *tumeurs de la paroi abdominale* siégeant au niveau de l'hypochondre droit ne doivent pas être confondues avec les tumeurs de la vésicule biliaire. Ces tumeurs sont des fibromes, des sarcomes sous-péritonéaux, des lipomes, des kystes hydatiques. Elles ont pour caractères pathognomoniques: leur mobilité pendant le relâchement des muscles des parois abdominales, leur fixité pendant la contraction de ces muscles. Mais où surgit la difficulté, c'est lorsqu'une tumeur, partie de la vésicule, adhère à la paroi: alors elle participe aux mouvements de cette paroi et elle n'obéit plus aux mouvements physiologiques du foie. C'est la marche de la maladie, l'état général du sujet, l'existence d'accidents biliaires, qui permettront alors de formuler le diagnostic.

Lorsqu'on est arrivé au diagnostic probable de tumeur de la vésicule biliaire, il faut essayer de déterminer la *nature* de la tumeur vésiculaire. Or, dans le cas de néoplasme de la vésicule, la tumeur est le plus souvent solide, et parmi les tumeurs solides

il n'y a d'hésitation qu'entre le cancer et la tumeur calculeuse, constituée par la seule présence de calculs dans la vésicule sclérosée.

La *tumeur calculeuse* est une tumeur circonscrite, bien limitée, arrondie ou pyriforme, de consistance dure, présentant des bosselures qui donnent la sensation de noisettes contenues dans un sac (J.-L. Petit); elle est douloureuse à la palpation; en la malaxant on peut entendre un bruit semblable à celui que feraient des noisettes enfermées dans un sac; cette sensation, bien rarement perçue, résulte de la collision des calculs entre eux. Ces caractères particuliers s'ajoutent bien entendu aux caractères communs à toutes les tumeurs de la vésicule.

Le *cancer de la vésicule* a une consistance très irrégulière, à côté de points durs existent des points ramollis; il n'est point mobile, présente une grande sensibilité à la pression et est le siège de douleurs lancinantes spontanées. Il augmente rapidement de volume et les signes de la cachexie sont précoces.

Ces caractères différentiels sont souvent insuffisants et nous avons pu constater dans les observations réunies pour ce travail, qu'il y a des cas nombreux où, le diagnostic de cholélithiase ayant été posé, on put vérifier à la laparotomie, que la vésicule renfermait bien en effet des calculs, mais qu'il existait déjà un début de néoplasme que rien n'avait pu faire prévoir. Il y a même des cas dans lesquels la vésicule fut abouchée à la paroi, et traitée comme une vésicule calculeuse; ce fut l'évolution ultérieure des lésions qui permit de constater qu'on s'était trouvé en présence d'un néoplasme, qui avait tout d'abord passé inaperçu.

Enfin nous avons relevé plusieurs observations dans lesquelles des accidents fébriles survenant chez un sujet dont la vésicule biliaire était dilatée et qui présentait des antécédents de lithiase, firent penser à une cholécystite suppurée calculeuse, alors que l'opération démontra l'existence d'accidents fébriles liés à l'évolution d'un néoplasme de la vésicule, voire même de kystes hydatiques du foie, infestés par le sang.

Ce sont là des erreurs de diagnostic difficiles à éviter; peut-être pourrait-on cependant les prévenir en se basant sur l'évolution rapide de la tumeur vésiculaire, sur la cachexie concomitante, l'âge avancé du sujet et l'existence d'accidents antérieurs de cholélithiase?

Les néoplasmes siégeant sur le trajet des canaux hépatique et cholédoque déterminent des accidents de rétention biliaire, qui sont

communs à toutes les variétés d'oblitération des canaux excréteurs de la bile.

Les calculs et les corps étrangers enclavés dans l'hépatique ou le cholédoque, les compressions par une tumeur de voisinage, telles une tumeur développée dans la tête du pancréas, une tumeur née des ganglions du hile du foie, et même le cancer du foie dans certaines conditions spéciales sur lesquelles nous allons insister, aboutissent aux mêmes troubles fonctionnels, au même tableau symptomatique.

L'oblitération par *calcul* pourrait cependant être soupçonnée par les accidents de lithiase qu'on rencontre souvent dans les antécédents du malade. L'apparition d'un ictère chronique, survenu à la suite d'une crise violente de colique hépatique, est en faveur de l'oblitération calculeuse. D'autre part l'obstruction par calcul est de beaucoup la plus fréquente; enfin lorsque l'oblitération du cholédoque est le fait d'un calcul, la vésicule est le plus souvent atrophiée; dans les oblitérations de toute autre nature, elle est dilatée et distendue. Nous savons cependant les relations qui unissent la lithiase et le cancer, et il est fort possible que l'on rattache à une oblitération calculeuse les accidents développés par un néoplasme né sur un terrain préparé par la lithiase.

Des diverses *tumeurs* qui peuvent comprimer le cholédoque, celles qui ont pour point de départ la tête du pancréas sont les plus fréquentes; elles sont d'un diagnostic bien difficile avec les néoplasmes primitifs des canaux biliaires, car en dehors des symptômes d'ictère chronique toujours progressif, avec dilatation notable de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapides, les quelques symptômes spéciaux qu'on attribue au cancer du pancréas n'ont qu'une importance secondaire (Bard et Pic¹). Cependant le professeur Jaccoud² insiste sur l'amaigrissement rapide du malade, la présence du sucre dans l'urine, les selles graisseuses, la pigmentation bronzée de la peau, la sécheresse de la bouche, la sensation de sable dans l'arrière-gorge. Ajoutons que les renseignements fournis par l'examen physique du malade sont bien incertains: de même que nous l'avons signalé pour le cancer des voies biliaires, la perception par la palpation d'une tumeur pancréatique est chose rare (Bard et Pic, Da Costa, Quénu).

Nous avons dit que le cancer du foie pouvait dans certaines conditions simuler un néoplasme primitif des canaux biliaires. Voici le

(1) Bard et Pic. *Revue de médecine*, Paris, 1888, t. VIII, p. 257.

(2) Jaccoud. *Cliniques de la Pitié*, Paris, 1886, p. 449.

cas auquel nous faisons allusion; il est cité par Gilbert dans les *Archives de Médecine*, Paris, 1895. Il s'agit d'une malade qui présentait des douleurs, de l'ictère, des hémorragies, phénomènes exceptionnels dans un cancer primitif du foie. Cet organe était lisse et volumineux. A l'autopsie, on trouva un volumineux bourgeon cancéreux, parti d'une masse intra-hépatique, qui descendait dans les canaux hépatique et cholédoque jusque près du duodénum. On était en présence de cette variété que Gilbert désigne sous le nom de cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie. Le bourgeon avait probablement imprimé à la maladie sa physionomie spéciale. Des fragments détachés pouvaient irriter les parois du canal et déterminer des accidents douloureux qui furent pris pour de la lithiase biliaire; l'ictère était déterminé par l'obstruction des voies biliaires.

En somme, il est presque impossible, étant données les diverses causes d'erreur que nous venons d'analyser, d'affirmer l'existence d'un néoplasme primitif des voies biliaires; la laparotomie exploratrice seule permettra dans la plupart des cas de lever des doutes.

Nous ne dirons qu'un mot du diagnostic des oblitérations du canal cystique, qui peuvent être déterminées par un calcul, par des adhérences péritonéales et par un néoplasme. Le néoplasme primitif de ce conduit est exceptionnel, aussi n'y songe-t-on pas généralement, et l'on porte le diagnostic de calcul, qui est de beaucoup plus probable, surtout chez un sujet qui, dans ses antécédents, présente les accidents de la lithiase biliaire.

Traitement.

Il n'existe pas de traitement médical du cancer des voies biliaires. Le traitement chirurgical, quelquefois *curatif*, trop souvent *palliatif*, est le seul auquel nous puissions avoir recours, bien que les résultats obtenus, ainsi que nous le verrons plus loin, soient assez peu encourageants.

Conservant la division que nous avons adoptée dans les chapitres précédents, nous allons étudier les indications opératoires et les opérations variables selon que la tumeur occupe la vésicule, le canal cystique, ou les gros troncs biliaires hépatique et cholédoque.

Mais avant d'aller plus loin, il est indispensable de signaler qu'il existe de très nombreux cas où le chirurgien s'est contenté de faire

1° Il existe une tumeur de l'hypocondre droit : est-elle formée par la vésicule ?

2° La tumeur étant développée aux dépens de la vésicule, quelle en est la nature ?

Le diagnostic d'une tumeur de la vésicule présente dans certains cas de très sérieuses difficultés, et bien souvent il faut reconnaître avec Racle, Straus et Fernet, que les caractères indiqués pour diagnostiquer les tumeurs vésiculaires « sont plus théoriques que pratiques », et que leurs symptômes sont parfois tellement identiques avec ceux des autres tumeurs de l'hypocondre droit qu'il est alors impossible de trancher le diagnostic autrement que par l'incision exploratrice. Ces réserves faites, les tumeurs de l'hypocondre droit, qui peuvent être confondues avec des tumeurs de la vésicule, ont pour origine le foie, l'intestin, l'estomac, le pancréas, le rein, le péritoine, la paroi abdominale.

Les tumeurs du foie sont : les kystes hydatiques, les abcès, le cancer et certaines anomalies de l'organe.

Le *kyste hydatique* est presque indolore, résistant, élastique, plus ou moins régulièrement arrondi, relié au foie par une large base, et suivant cet organe dans les mouvements de la respiration. La tumeur se développe lentement sans altération notable de la santé et peut s'accompagner de symptômes assez particuliers, qu'il importe de rechercher : la douleur de l'épaule droite, les troubles digestifs, le dégoût des aliments gras, les éruptions d'urticaire, la pleurésie droite. Il est enfin un signe, qui en l'espèce est pathognomonique et dont la recherche ne doit jamais être négligée : c'est le frémissement hydatique ; malheureusement sa constatation est tout à fait exceptionnelle.

Le plus souvent, le diagnostic est facile entre un kyste hydatique et un néoplasme de la vésicule ; toutefois il est des cas exceptionnels avec lesquels il faut toujours compter en clinique et qui peuvent rendre le diagnostic très hésitant. Ainsi les variations de volume que nous avons signalées dans quelques cas de tumeurs de la vésicule, peuvent s'observer dans le kyste hydatique ; il peut déterminer des phénomènes douloureux et inflammatoires ; les troubles digestifs existent dans les deux affections ; enfin l'ictère peut reconnaître pour cause une oblitération hydatique des voies biliaires ; ce sont là, en somme, autant de causes d'erreur. De plus, il n'est pas rare qu'un certain nombre de signes énumérés précédemment, et non des moins importants, fassent défaut.

L'*abcès du foie* ne saurait être confondu qu'avec les cas où des accidents fébriles viennent compliquer une néoplasie vésiculaire. Le diagnostic d'abcès est fort probable lorsqu'il existe une douleur fixe dans la région du foie, avec augmentation de volume de l'organe, et fièvre rémittente à exaspérations vespérales. Au surplus, dans les antécédents du malade, on retrouve des accidents d'hépatite consécutive à la dysenterie, et l'affection frappe presque toujours un sujet ayant vécu dans les pays chauds.

Lorsque le *cancer du foie* a la physionomie clinique ordinaire, il est difficile qu'on le confonde avec les tumeurs de la vésicule biliaire ; cependant le cancer nodulaire peut, dans certains cas, prêter à confusion. On se rappellera que le cancer de la vésicule donne naissance à une tumeur dure, inégale, bosselée, située dans l'hypocondre droit à la partie moyenne du rebord costal et en somme assez nettement limitée, tandis que dans le cancer nodulaire il est rare que la lésion soit représentée par un noyau cancéreux unique, occupant le siège exact de la vésicule ; le plus souvent ce sont des bosselures multiples réparties sur une large surface. Il est cependant des cas où le diagnostic est impossible entre les tumeurs de la vésicule et les néoplasmes malins du foie, et nous trouvons dans la littérature médicale un certain nombre d'observations où l'autopsie seule permit d'éluider le diagnostic.

Les *lobes flottants du foie* sont d'un diagnostic très difficile avec les tumeurs de la vésicule, d'autant plus qu'ils sont assez rares, que ce sont des tumeurs siégeant le plus souvent au contact de la vésicule, et rappelant par leur forme la vésicule augmentée de volume. Leur marche lente, leur surface le plus souvent lisse, régulière, la conservation d'un état général relativement satisfaisant, la coexistence d'accidents de cholélithiase, sont des caractères favorables à l'hypothèse d'un lobe flottant. Toutefois, dans la plupart des observations rapportées, le diagnostic ne put être fait qu'après l'ouverture de la cavité abdominale.

Les troubles de compression pylorique qui accompagnent certaines tumeurs de la vésicule peuvent rendre le diagnostic fort difficile entre ces tumeurs et les *néoplasies du pylore*. Dans un cas de Czerny que nous rapportons, la tumeur ne pouvait pas être délimitée nettement vers l'estomac ; il y avait dilatation stomacale, bruit de clapotement ; le chirurgien porta le diagnostic de cancer du pylore : il s'agissait d'une tumeur vésiculaire, pour laquelle il pratiqua la gastro-entérostomie dans le but de remédier aux troubles fonctionnels.