

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 Pic<sup>1</sup>). Cependant le professeur Jaccoud<sup>2</sup> 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

Cependant les limites de l'intervention ont été reculées depuis que la résection du foie est entrée dans le domaine chirurgical, et aujourd'hui on n'hésite pas à pratiquer la résection des portions de parenchyme hépatique attenantes à la vésicule et envahies par le néoplasme (fig. 43 et 44). Mais il est évident que la résection complique singulièrement l'acte opératoire, malgré les procédés perfectionnés qui sont

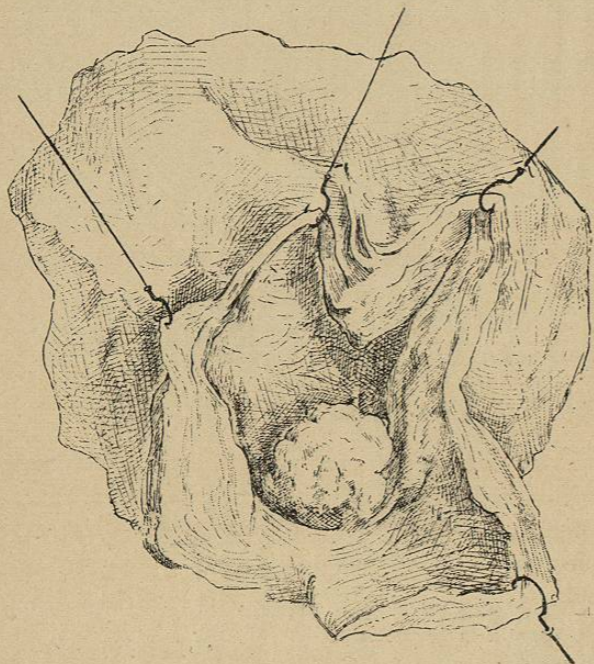


Fig. 44. — Tumeur de la vésicule propagée au foie. Cholécystectomie et résection d'une portion volumineuse du foie. (Duret, Congrès français de Chirurgie, 1898.)

à notre disposition, aussi les interventions sanglantes de ce genre sont-elles contre-indiquées chez des sujets débilités, affaiblis par la maladie. Ces opérations ne doivent être pratiquées que dans les cas où la lésion locale n'est pas trop étendue, quand on peut en dépasser largement les limites, et qu'il n'y a pas de foyers de dissémination dans le reste du foie. Et encore dès que le tissu du foie est touché, le pronostic devient d'une extrême gravité.

En résumé, la cholécystectomie partielle doit être rejetée, parce que toute opération incomplète dans le cancer, devient une opération inutile. Tandis que la cholécystectomie totale est l'opération de choix,

applicable aux cas où la néoplasie n'a pas dépassé les limites de la vésicule, et où les adhérences aux organes voisins ne rendent pas l'opération impraticable; plus elle sera précoce, meilleurs seront les résultats au point de vue de l'avenir.

Enfin la cholécystectomie avec résection du foie a reculé les limites de l'intervention chirurgicale; mais elle ne saurait être applicable qu'aux cas où l'envahissement du foie est bien circonscrit au pourtour de la vésicule.

La cholécystectomie avec ou sans résection du foie ne doit être pratiquée que lorsque les viscères sont indemnes de toute généralisation et quand la perméabilité du cholédoque est assurée.

Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les divers procédés de résection du foie, applicables aux cas auxquels nous venons de faire allusion; ils ont été décrits très longuement dans une étude précédente sur les tumeurs du foie, et nous ne pourrions que répéter sans y rien ajouter ce que nous avons déjà dit <sup>1</sup>.

Nous n'insisterons pas non plus sur le manuel opératoire de la cholécystectomie, nous réservant de décrire ultérieurement cette opération d'une façon complète, dans un chapitre d'ensemble sur les diverses opérations pratiquées sur les voies biliaires.

Nous parlerons seulement de quelques points spéciaux relatifs à l'ablation des tumeurs de la vésicule; dans notre statistique, on constate que souvent la cholécystectomie fut précédée de la ponction de la vésicule avec évacuation de son contenu, quelquefois purulent; puis de l'incision de l'organe avec extraction des calculs qu'il renfermait dans presque tous les cas; c'est alors seulement que reconnaissant l'existence d'un néoplasme, on se décida à pratiquer la cholécystectomie.

D'autres fois la nature des lésions est tellement évidente, que la cholécystectomie peut être pratiquée d'emblée sans ouverture préalable de la vésicule, ce qui est toujours préférable. Le premier soin du chirurgien sera d'isoler la vésicule, de la séparer d'avec les organes voisins, ce qui n'est pas toujours aisé. La vésicule une fois détachée ne tient plus que par un pédicule plus ou moins long, représenté par le canal cystique, qui parfois est lui-même cancéreux sur une assez grande étendue; la ligature sera donc portée sur le cystique le plus loin possible au delà des parties atteintes.

(1) F. Terrier et M. Auvray. *Les tumeurs du foie* (Revue de chirurgie, Paris, 1898, p. 403-706 et 831). — M. Auvray. *Étude sur les divers procédés de résection du foie, avec la description d'un procédé nouveau*, Paris, 1897.

Comme dans tout cancer, l'envahissement des ganglions voisins existe à une époque plus ou moins avancée de la maladie; l'opération pour être aussi radicale que possible doit donc être accompagnée de l'extirpation des ganglions, si ceux-ci sont envahis. Le fait est signalé dans une des observations que nous rapportons de Czerny; mais il n'est pas toujours possible d'enlever la totalité des ganglions dégénérés; ce qui arriva chez un autre opéré du même chirurgien. C'est qu'en effet les ganglions sont situés sur le trajet des gros

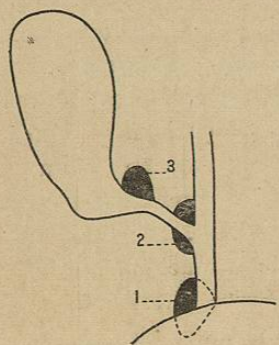


Fig. 45. — Schéma des trois principales masses de ganglions lymphatiques peribiliaires (d'après Quénu). — 1, masse rétro-duodénale; 2, ganglions du carrefour biliaire; 3, ganglions du col de la vésicule.

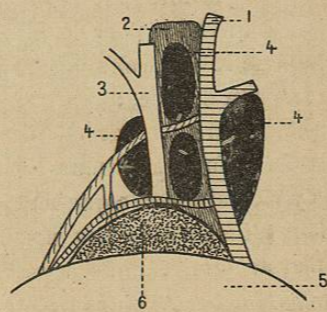


Fig. 46. — Ganglions pericholédochiens (d'après Quénu). — 1, artère hépatique; 2, veine porte; 3, canal cholédoque; 4, ganglions lymphatiques pericholédochiens; 5, première portion du duodénum; 6, pancréas.

canaux du système porte et du système biliaire, et leur adhérence aux parois de ces canaux est fréquente.

Nous reproduisons dans les figures 45 et 46, empruntées à Quénu<sup>1</sup>, la disposition des masses ganglionnaires péri-biliaires. On comprendra mieux combien est périlleuse l'énucléation de ces ganglions qui affectent les rapports absolument intimes avec les gros canaux vasculaires et biliaires du hile du foie et de l'épiploon gastro-hépatique.

Dans une des rares observations où cette extirpation de ganglions ait été tentée (il s'agissait de tuberculose ganglionnaire), E. Rochard<sup>2</sup> perdit sa malade d'une hémorragie post-opératoire, conséquence d'une lésion de la veine porte.

Il est bon de signaler l'accident qui arriva à Czerny au cours d'une

(1) Quénu. *Revue de Chirurgie*. Paris, n° 7, juillet 1895, p. 568-576.

(2) Florand. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*. Paris, janvier 1899, p. 30.

cholécystectomie pour cancer: c'est l'ouverture du canal hépatique au moment de la section du canal cystique. Le chirurgien se décida à suturer la double plaie faite au canal avec des fils de catgut, ce qui ne fut pas facile en raison de la minceur des parois; on ne parvint pas à empêcher un léger suintement de la bile. Il s'établit consécutivement une fistule, qui fut bientôt fermée et au point de vue opératoire les suites furent bonnes.

Après l'ablation de la vésicule, un drainage soigné devra être établi au niveau du moignon formé par le canal cystique et il sera bon de se servir de l'épiploon pour isoler la région vésiculaire du reste de la cavité péritonéale.

La lecture des observations nous a prouvé qu'il était fréquent de voir s'établir une fistule à la suite de l'opération; cette fistule peut s'oblitérer dans un délai plus ou moins rapproché, mais elle peut aussi persister indéfiniment.

L'histoire thérapeutique des néoplasies du canal cystique ne saurait être séparée de celle des néoplasies de la vésicule; elles sont le plus souvent, en effet, le résultat d'une propagation du néoplasme vésiculaire au canal cystique; c'est alors le traitement du cancer de la vésicule qui est applicable, c'est-à-dire la cholécystectomie avec ligature du cystique placée le plus loin possible au delà des lésions. Lorsqu'on est en présence d'un néoplasme isolé du canal cystique, indépendant de la vésicule, ce qui est très exceptionnel (nous n'en trouvons en effet dans nos observations aucun exemple traité chirurgicalement), le mieux serait de laisser de côté les opérations partielles, incomplètes, et de recourir à l'opération qui est ici encore l'opération de choix, la cholécystectomie avec résection étendue du cystique ou *cysticectomy secondaire*.

Nous arrivons maintenant à l'étude des opérations *palliatives* pratiquées dans les cas de cancer de la vésicule biliaire.

Avec la plupart des auteurs, nous considérons qu'il ne faut avoir recours à ces opérations palliatives, ou pour mieux dire, à la *cholécystostomie*, qui est pour ainsi dire la seule praticable, que tout à fait exceptionnellement. Lorsque, au cours d'une laparotomie exploratrice, on découvre un néoplasme de la vésicule trop étendu pour permettre la cholécystectomie, qui est la seule opération vraiment applicable au cancer, le mieux est de s'abstenir de toute intervention, car il y a avantage, chez des sujets déjà cachectiques, à éviter le choc résultant d'une opération toujours délicate, d'autant

la laparotomie exploratrice, parce que les lésions trop étendues ne permettraient pas l'opération radicale. Nous n'insisterons pas sur ces faits qui nous entraîneraient, bien au delà des limites de ce travail.

Occupons-nous d'abord des cas où la tumeur a pour siège la *vésicule biliaire* ou le *canal cystique*.

Les opérations pratiquées en pareille circonstance peuvent être groupées en : *Opérations curatrices* ayant pour but l'extirpation totale du néoplasme et la guérison radicale des lésions; et *opérations palliatives*, qui, d'un avis général, sont déplorables, mais peuvent être rendues nécessaires par certaines conditions spéciales que nous étudierons ultérieurement.

Les opérations curatrices sont : la *cholécystectomie partielle*, la *cholécystectomie totale*, et la *cholécystectomie avec résection du foie*.

Ces opérations ont une contre-indication formelle ; c'est, comme pour tout cancer, la généralisation du néoplasme, l'envahissement des viscères voisins ou éloignés.

La *cholécystectomie partielle* est une opération mauvaise, inutile. Lorsqu'il s'agit de néoplasie maligne, et c'est cette variété qu'on observe le plus souvent dans la vésicule, à quoi bon user des opérations parcimonieuses, incomplètes, qui fatalement seront suivies de récurrence ; ce qu'il faut, c'est recourir aux opérations qui dépassent largement les limites du mal, et encore nous verrons combien sont fréquentes les récurrences. Du reste la cholécystectomie partielle n'a point été souvent employée car, dans notre statistique, nous n'en relevons qu'un cas de Czerny.

La *cholécystectomie totale* est ici l'opération de choix ; plus tôt elle sera pratiquée, plus grandes seront les chances de succès ; malheureusement, il est souvent difficile de dépister la maladie à ses débuts ; il est parfois même impossible de se prononcer sur la nature des lésions, pièces en mains, et la cholécystectomie est le plus souvent pratiquée trop tardivement, lorsque l'infiltration néoplasique a déjà dépassé les parois de la vésicule.

Nous pensons qu'en présence d'accidents douteux du côté de cet organe, lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé, présentant dans ses antécédents des manifestations de la lithiase biliaire, l'idée de

cancer doit se présenter ; or, mieux vaut enlever une vésicule atteinte de cholécystite chronique, que de méconnaître un cancer à son début.

Il y a toutefois une condition nécessaire à la réalisation de cette opération, c'est la perméabilité du canal cholédoque ; sans quoi on s'exposerait à l'apparition des plus sérieuses complications. En cas d'oblitération du cholédoque, mieux vaudrait s'abstenir de toute intervention, ou avoir recours à l'une quelconque des interventions



Fig. 43. — Cholécystectomie avec résection du foie, pour néoplasme de la vésicule propagé à la glande hépatique, d'après Ullmann (Revue de gynécologie. Paris, 1897).

palliatives, dont il sera bientôt question. Il en sera de même lorsque la cholécystectomie ne pourra pas être pratiquée du fait des adhérences unissant la vésicule aux viscères voisins, à l'estomac, à l'intestin, et que son extirpation exposerait à la déchirure étendue de ces organes, ou à des complications opératoires graves.

L'un de nous cherchant à extirper une vésicule intimement soudée aux parties voisines s'est trouvé aux prises avec de très sérieuses difficultés, et a été dans l'impossibilité absolue de faire une opération complète.

En somme nous trouvons dans la généralisation des lésions, dans l'étendue des désordres locaux, dans l'oblitération du cholédoque, des contre-indications très nettes à la cholécystectomie.