

plus difficile à mener à bonne fin qu'on opère sur des tissus plus ou moins infiltrés par la néoplasie.

Il est cependant des cas où les troubles fonctionnels (ictère, douleurs, troubles infectieux concomitants, accidents de compression intestinale) sont devenus une indication formelle aux opérations palliatives.

Dans un fait publié par Czerny, où les troubles digestifs, déterminés par l'adhérence d'un cancer de la vésicule au tube intestinal, faisaient songer à un néoplasme du pylore, la *gastro-entérostomie* dut être pratiquée. C'est là une opération palliative qui, dans des cas analogues, serait parfaitement justifiée ; elle est rare, toutefois, puisque dans notre statistique nous ne relevons que ce seul fait de Czerny.

De même, la *cholécystostomie* a trouvé une indication dans l'existence d'accidents ictériques, prononcés. Normalement l'ictère survenant au cours d'une néoplasie vésiculaire, n'est pas assez intense pour créer une contre-indication à la cholécystectomie, mais dans certains cas, l'imperméabilité concomitante du cholédoque, déterminée par la tumeur vésiculaire elle-même, par une masse de ganglions dégénérés, par une greffe néoplasique, qui s'est faite secondairement sur les parois de ce canal, devient une indication à l'abouchement de la vésicule à la paroi et une contre-indication à la cholécystectomie lorsque celle-ci est praticable ; c'est la seule façon de remédier aux troubles déterminés par la rétention biliaire.

Parfois aussi les accidents infectieux qui peuvent accompagner le cancer de la vésicule, dans certains cas même, l'évolution vers la paroi abdominale d'un phlegmon à point de départ vésiculaire (cas de Czerny), ont créé une indication nette à la *fistulisation de la vésicule* ; dans cette dernière hypothèse, ce n'est même plus une cholécystostomie que le chirurgien pratique, mais une simple *cholécystotomie*, sur une vésicule adhérente à la paroi. Dans ces cas, on verra céder du même coup, après l'opération, les phénomènes douloureux et les phénomènes infectieux.

Indépendamment des observations où la cholécystostomie est justifiée par l'existence des troubles fonctionnels dont il vient d'être question, nous trouvons dans notre statistique un certain nombre de faits dans lesquels cette opération fut pratiquée sur une vésicule qu'on ne supposait pas atteinte de cancer, et qui semblait présenter simplement des accidents de cholécystite plus ou moins aigus. On a traité la cholécystite par l'abouchement de la vésicule à la paroi ; on

a extrait de sa cavité des calculs dans presque tous les cas, et souvent des débris suspects provenant de la muqueuse qui la tapissait. C'est l'examen histologique de ces débris qui, pratiqué dans les jours suivants, a révélé la valeur néoplasique des lésions, restée douteuse au moment de l'opération. Ailleurs, c'est l'évolution ultérieure de la maladie qui a permis de reconnaître la nature néoplasique des altérations de la vésicule.

Il y a même un certain nombre de cas qui, tout d'abord traités par la cholécystostomie, furent ultérieurement l'objet d'une cholécystectomie. C'est ainsi que Czerny, sur une femme de cinquante et un ans, retirait de la vésicule cinquante-huit calculs, trouvait la muqueuse vésiculaire très ulcérée, recouverte de végétations, portait le diagnostic de cholécystite chronique ulcéreuse avec cholélithiase, et se contentait de pratiquer la cholécystostomie ; secondairement, en présence d'accidents persistants, il pratiquait la cholécystectomie et enlevait une vésicule très épaisse, infiltrée de cancer.

Kehr, sur une femme de cinquante-six ans, ouvrait la vésicule biliaire, évacuait deux cent vingt-six calculs, le liquide qu'elle contenait, et terminait par la cholécystostomie. Il s'établit consécutivement une fistule, par laquelle se fit un écoulement abondant de mucus ; pour tenter la suppression de l'écoulement, on pratiqua une seconde opération ; la vésicule fut mise à nu ; sa paroi était très épaissie ; plusieurs ganglions volumineux résidaient au voisinage de la veine porte ; on pensa au carcinome et on pratiqua la cholécystectomie. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien de cancer.

En dehors des cas auxquels nous venons de faire allusion, la cholécystostomie ne saurait être pratiquée utilement, et nous répétons avec la plupart des auteurs, qu'il est préférable lorsqu'il n'y a pas d'indication formelle à cette opération de se borner à une simple laparotomie exploratrice.

Telles sont les opérations curatives et palliatives appliquées au traitement des néoplasies de la vésicule biliaire ; nous en apprécions les résultats à la fin de ce travail ; reste à discuter le traitement chirurgical des néoplasmes siégeant sur les canaux hépatique et cholédoque.

L'histoire chirurgicale du canal hépatique est courte, surtout en ce qui concerne les tumeurs de ce conduit, qui du reste sont fort rares. Dans notre statistique, nous ne trouvons pas d'exemple d'un néoplasme isolé de l'hépatique traité chirurgicalement. Il est bien

évident que, si l'on était en présence d'une tumeur bien limitée au canal hépatique, sans trop d'adhérences aux parties voisines, l'opération idéale serait la résection de la portion du canal atteinte, suivie de l'hépatostomie ou de l'hépato-entérostomie, ces deux opérations rendues possibles par la dilatation des canaux biliaires en arrière de l'obstacle.

C'est ce qu'Ullmann tenta de faire en 1897, dans un cas où le canal hépatique était englobé dans un néoplasme de la vésicule propagé également au foie. Il fit la cholécystectomie avec résection du foie, puis la résection de l'hépatique avec ligature de ce canal. Il fixa la surface de résection du foie à la paroi abdominale et, en vue de pratiquer ultérieurement une hépatoduodénostomie, il attira le duodénum, ce qui ne se fit pas sans difficulté, et le fixa à la partie inférieure de la plaie. Il s'établit une fistule biliaire de la paroi abdominale. Quatre mois plus tard, comme on songeait à faire l'hépatoduodénostomie, on remarqua que le foie s'indurait et se décolorait au niveau de la plaie : il y avait récidive ; la malade mourut six semaines après, sans qu'on ait pratiqué la seconde opération. En somme, Ullmann avait réséqué l'hépatique, et en fixant la surface de résection du foie à la paroi, il avait fait l'hépatostomie.

Ullmann fait suivre son observation des quelques réflexions suivantes : « Dans les cas de tumeurs limitées, entourant le canal hépatique, je ne vois pas bien pourquoi on n'entreprendrait pas la résection, suivie immédiatement ou ultérieurement d'une hépatoduodénostomie. Comme les canaux biliaires s'élargissent rapidement sur la tranche de section, cette hépatoduodénostomie reproduirait certainement les conditions normales et rendrait possible le mélange normal de la bile avec le contenu intestinal. Mais, même si cela ne devait pas se produire, ou si le foie était tellement friable qu'on n'osât se décider à pratiquer pareille anastomose, la résection du canal hépatique n'en resterait pas moins indiquée dans les ablations du cancer. Evidemment la suppression définitive de la bile n'est pas une chose indifférente, et il ne faut pas nier son influence sur la nutrition. Je voudrais cependant attirer l'attention sur les faits observés par Körte. Cet auteur a trouvé que certains individus supportent aisément la privation de bile, alors qu'il n'est pas douteux que d'autres en sont fâcheusement influencés, s'acheminant vers la cachexie malgré une alimentation très riche. Les avis des auteurs diffèrent très notablement à ce sujet ; quelques-uns vont jusqu'à prétendre que la bile peut être remplacée par une sorte de sécrétion

venant du pancréas. En tout cas, ce qui est remarquable dans notre observation, c'est l'augmentation notable des forces de la malade dans les trois ou quatre premières semaines qui suivirent l'opération. La quantité de bile s'écoulant journellement au dehors variait considérablement ; en moyenne, elle était de 400 à 900 grammes. D'après Krause, la perte de bile peut être compensée pour l'organisme par l'institution d'un régime dans lequel les graisses sont totalement bannies et qui n'autorise que la viande et les hydrates de carbone : c'est ce que nous avons fait dans notre cas ».

L'hépatostomie ou l'hépato-entérostomie pourraient encore être employées à titre palliatif, dans les cas où l'obstruction adhérente, incurable par un autre procédé, serait très haut située sur l'hépatique.

Quoi qu'il en soit, la question est loin d'être tranchée ; l'opération idéale consisterait évidemment à pratiquer l'hépato-entérostomie, pour éviter la déperdition biliaire qui, le plus souvent, fait courir à l'organisme de réels dangers ; mais c'est un sujet encore à l'étude, et nous ne saurions nous livrer qu'à des hypothèses sur la valeur d'une opération dont la technique n'est point encore réglée et dont on ne rapporte aucun exemple.

Il en est de même des deux opérations dont il nous reste à parler : l'hépatocostomie et l'hépatico-entérostomie. Cette dernière opération n'a pas encore été pratiquée ; mais elle est considérée comme réalisable dans certaines conditions anatomo-pathologiques. La première n'a été exécutée que très exceptionnellement dans les cas de lithiase.

Ces opérations nous paraissent applicables aux cas où, en arrière d'un obstacle (quelle qu'en soit la nature : cancer ou calcul), bas situé sur le canal hépatique, il existe une dilatation considérable du canal, permettant de pratiquer son abouchement soit à la paroi, soit, de préférence, dans la cavité intestinale. En admettant, du reste, que les opérations dont il vient d'être question puissent être réalisées, elles trouveront rarement leur application, étant donnée la rareté des tumeurs du canal hépatique.

Il en est autrement pour les néoplasmes siégeant sur le canal cholédoque ou à son point d'abouchement dans l'intestin au niveau de l'ampoule de Vater. Ils sont plus fréquents, et justiciables d'un certain nombre d'opérations plusieurs fois pratiquées, que nous allons passer en revue. Nous réunissons dans un même chapitre le traite-

ment chirurgical des tumeurs siégeant sur le tronc du canal cholédoque ou au niveau de l'ampoule de Vater, car les indications opératoires sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

Évidemment l'opération idéale, dans le cas de tumeur du cholédoque bien limitée, non adhérente ou peu adhérente aux organes voisins, siégeant vers la partie moyenne, toutes conditions malheureusement très rares, serait la *résection* de la portion atteinte : la *cholédochectomie*. Nous n'en relevons aucun exemple pour tumeur dans la littérature médicale ; toutefois cette opération a été pratiquée par Doyen dans un cas de calcul enclavé du cholédoque ; M. Baudouin nous rapporte l'observation dans son travail sur les *Opérations nouvelles sur les vois biliaires*<sup>1</sup>.

Cet auteur consacre les quelques lignes suivantes aux indications de la cholédochectomie pour tumeur localisée à la partie moyenne du cholédoque : « Il existe, on le sait désormais, de petites tumeurs qui se développent sur le canal cholédoque, à une distance plus ou moins grande de son embouchure dans le duodénum. Si on avait l'occasion d'intervenir rapidement dans les cas, d'ailleurs très exceptionnels, où le néoplasme est limité à la partie moyenne du cholédoque (il siège ordinairement près de la papille), on pourrait peut-être proposer pour ces faits la cholédochectomie typique ou atypique. Malheureusement, bien exceptionnellement, dans les cas favorables à l'intervention et surtout susceptibles de guérison, on se trouvera en présence d'un conduit suffisamment dilaté ».

La *cholédochectomie typique* est la résection d'une portion du canal cholédoque, suivie de la réunion à plein calibre des deux extrémités du conduit sectionné. C'est une opération comparable à l'uretérectomie suivie d'uretérorraphie.

La *cholédochectomie atypique* consisterait en la résection du cholédoque, suivie d'un abouchement du bout central du canal à la peau ; ce serait une variété de cholédochostomie.

Il nous paraît préférable, lorsque les deux bouts du canal sectionné ne peuvent être mis au contact, plutôt que d'aboucher le bout central à la peau, de l'oblitérer par une ligature, et de pratiquer, si l'état de la vésicule le permet, la cholécystentérostomie, ou la cystico-entérostomie. Malheureusement le volume de la tumeur, son siège, son adhérence intime avec les organes voisins, rendent

(1) M. Baudouin. *Institut international de Bibliographie scientifique*, Paris, 1897.

d'ordinaire impossible toute opération radicale, et le chirurgien doit se contenter d'une opération palliative, destinée à remédier aux accidents déterminés par la rétention biliaire ; il faut qu'il donne issue au dehors à la bile, ou que de préférence il l'amène par un chemin détourné dans l'intestin. Un certain nombre d'opérations permettent d'atteindre le résultat désiré ; plusieurs d'entre elles ont été pratiquées et figurent dans nos tableaux statistiques.

Le plus souvent on a eu recours à la vésicule biliaire, ce qui s'explique aisément étant données les dimensions de ce réservoir, qui rendent faciles les manipulations opératoires. Lennander, Polaillon, ont amené la bile au dehors en pratiquant la *cholécystostomie* ; chez le malade de Polaillon, les matières intestinales ont repris à la suite de l'opération leur coloration normale, alors qu'elles étaient complètement décolorées avant l'intervention ; il faut donc qu'après la cholécystostomie la bile ait pu franchir l'obstacle cancéreux. Ce phénomène de la perméabilité rendue aux canaux sténosés, par une opération qui les met au repos fonctionnel, est parfois observé. Ainsi la gastrostomie peut rendre franchissable un cancer de l'œsophage : il y aurait décongestion au niveau du néoplasme.

Dans les cas où la cholécystostomie ne pourrait être réalisée du fait de l'absence ou de l'atrophie concomitantes de la vésicule, on pourrait, selon que la lésion néoplasique siégerait plus ou moins haut sur le cholédoque, faire la *cholédochostomie* ou l'*hépatocostomie* c'est-à-dire l'abouchement du cholédoque ou de l'hépatique à la paroi abdominale.

Ces opérations n'ont point encore été pratiquées, que nous sachions, pour des obstructions néoplasiques du cholédoque ; mais on y a eu recours dans des cas d'oblitération calculeuse de ce conduit ; par conséquent elles seraient justifiées. Cependant les opérations qui ont pour but d'amener la bile au dehors, en abouchant une portion quelconque des voies biliaires à la paroi abdominale (les *stomies cutanées*, comme on les appelle), ne constituent qu'un pis-aller, auxquelles on devra préférer, toutes les fois que la chose sera possible, les *stomies viscérales*, c'est-à-dire les anastomoses des canaux biliaires dilatés avec l'intestin, opérations qui permettent de détourner le cours de la bile sans en priver l'organisme.

C'est dans ce but qu'on a eu recours parfois à la cholécysto-entérostomie et qu'on pourrait également pratiquer la *cystico-entérostomie*, la *cholédocho-entérostomie* ou l'*hépatico-entérostomie*. Ces anastomoses entre les canaux biliaires et l'intestin constituent

des opérations très délicates et d'une exécution toujours longue ; aussi, chez des sujets présentant une faible résistance au traumatisme opératoire, l'abouchement de ces canaux à la paroi serait justifié, comme constituant une opération simple et d'une exécution rapide qui, tout en privant l'organisme de la bile, le mettrait à l'abri des accidents dus à la rétention biliaire.

Nécessairement, pour que la cholécystentérostomie puisse être réalisée, il faut que la vésicule existe, et de plus, que le canal cystique soit perméable.

La cystico-entérostomie, la cholédocho-entérostomie et l'hépatico-entérostomie trouveront leur indication dans les contre-indications de la cholécysto-entérostomie. La cystico-entérostomie sera utilisée si l'état de dilatation du canal cystique rend possibles les manœuvres d'anastomose ; elle serait même préférable à la cholédocho-entérostomie, qui est d'une exécution bien difficile.

La cholédocho-entérostomie sera réservée aux cas où le néoplasme étant bas situé sur le canal cholédoque et la cystico-entérostomie impossible, il existera au-dessus de l'obstacle une dilatation du canal rendant réalisable son abouchement dans l'intestin. Si la néoplasie siège, au contraire, en un point élevé du cholédoque, près de l'origine de l'hépatique, c'est sur ce dernier canal dilaté au-dessus de l'obstacle, qu'on devra faire porter l'anastomose entre les voies biliaires et l'intestin.

Nous rapportons seulement dans notre statistique trois cas où la *cholécysto-entérostomie* a été pratiquée. Dans l'observation de Booth et Pech et dans celle de Czerny, l'anastomose fut établie entre la vésicule et une anse de l'intestin grêle, à l'aide du bouton de Murphy ; tandis que Kehr abouchait la vésicule dans le côlon. Évidemment il est préférable d'amener la bile dans l'intestin en un point aussi rapproché que possible de celui où elle est normalement déversée, et l'anastomose avec l'intestin grêle sera toujours recherchée.

La *cholédocho-entérostomie* a été pratiquée une seule fois par Kehr, en 1898. Le chirurgien aboucha le cholédoque dans le duodénum, et compléta son opération par l'ablation de la vésicule contenant du mucus, en arrière du canal cystique oblitéré. Le malade survécut quatorze jours après l'opération, avec persistance des accidents ictériques. L'autopsie n'a malheureusement pas été pratiquée, et l'état des parties après l'opération n'a pu être vérifié.

Nous ne connaissons aucun exemple de *cystico-entérostomie* appliquée au traitement palliatif des néoplasies du cholédoque.

De même, l'*hépatico-entérostomie* n'a point encore été pratiquée ; toutefois nous pouvons répéter ici ce que nous disions de cette opération, à propos des tumeurs siégeant sur le conduit hépatique ; Bezançon a démontré sur des pièces anatomiques, qu'elle était réalisable, la dilatation de l'hépatique pouvant atteindre parfois des dimensions considérables, aussi importantes que pour le cholédoque.

Telles sont les opérations auxquelles le chirurgien peut avoir recours dans le traitement des tumeurs siégeant sur les canaux hépatique ou cholédoque. Plusieurs d'entre elles, nous le répétons, n'ont jamais été pratiquées, ou ne l'ont été que très exceptionnellement pour des accidents de lithiase, et s'il est admissible, *a priori*, qu'elles puissent être appliquées aux néoplasies déterminant des accidents semblables à ceux des calculs, nous sommes actuellement dans l'impossibilité de porter un jugement autorisé sur la valeur de ces opérations, en somme théoriques.

Le plus souvent, ici comme pour tous les cancers, l'opération radicale est impossible, l'opération palliative seule est réalisable ; nous verrons que l'une et l'autre ne donnent que des résultats bien peu durables.

Nous avons insisté tout particulièrement dans ce chapitre sur les indications de ces opérations ; il nous resterait à décrire leur technique opératoire. Nous rejetons à dessein cette étude dans un travail d'ensemble, sur la technique des diverses opérations pratiquées sur les voies biliaires.