

OPÉRATEUR	ÂGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
I. — <i>Cholécyctectomie simple pour néoplasme bénin de la vésicule.</i>				
Adler, 1891.	H. 37 ans.	Antécédents lithiasiques. Tumeurs mobiles au niveau de la vésicule biliaire.	<i>Laparotomie.</i> Incision en T. Ouverture de la vésicule; extraction de calculs; comme on sent trois nodosités de consistance ferme, cholécystectomie. La vésicule biliaire contient 3 kystes. L'un d'eux avait été ouvert pendant l'opération; le deuxième et le troisième étaient remplis de cholestérine.	Guérison en 5 semaines.
Ricard, 1893.	F. 51 ans.	Douleurs vagues dans l'abdomen; œdème des jambes; constipation. Abdomen rempli par une tumeur volumineuse, régulière et dure, remontant du petit bassin à l'appendice xiphoïde. Dans le petit bassin, on sent une tumeur dure et régulière tenant proéminer dans le cul-de-sac de Douglas et repousser l'utérus en avant. Le néoplasme ne paraît pas mobilisable. Diagnostic: volumineux corps fibreux utérin.	<i>Laparotomie.</i> La tumeur adhère de toutes parts au péritoine; impossible de la décoller; elle a l'aspect d'un fibrome. On procède à l'évidement central de la tumeur; pendant les manœuvres de morcellement, on ouvre une cavité kystique d'où sort un liquide muqueux et verdâtre; c'est la vésicule biliaire d'où on extrait 7 calculs. La vésicule faisait partie de la tumeur. Celle-ci n'avait pas de relation avec l'utérus. En dernière analyse la tumeur se réduisit à un volumineux moignon, siégeant dans l'hypocondre droit entre le foie et l'estomac, et contenant la vésicule biliaire. Pour finir, on pratique la cholécystectomie, en même temps qu'on enlevait le moignon. La vésicule biliaire a été étirée par le développement de la tumeur, car elle a plus de 25 centimètres. La tumeur est de nature conjonctive et paraît développée au-dessus de l'épiploon. C'est une tumeur conjonctive de l'épiploon gastrohépatique, ayant englobé la vésicule dans son épaisseur.	Guérison.
Routier, 1899.	»	4 opérations antérieures ont été pratiquées pour kyste hydatique du foie. En 1899, Routier constate la récurrence; la cicatrice est comme soulevée en sa partie supérieure par une tumeur qui paraît être une tumeur fibreuse comme des tumeurs spléniques grosses comme des œufs d'ortie.	On pratique l'incision au niveau de l'ancienne cicatrice, pour tâcher d'enucléer tous les nouveaux kystes, mais la vésicule biliaire est fusionnée avec la cicatrice et on l'ouvre. Sur la face antérieure de la tumeur, on trouve une tumeur conjonctive qui paraît être une tumeur fibreuse comme des tumeurs spléniques grosses comme des œufs d'ortie. La cholécystectomie est pratiquée. La vésicule est réséquée très loin au delà du col.	Guérison.

OPÉRATEUR	ÂGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
II. — <i>Cholécyctectomie simple pour tumeurs malignes de la vésicule.</i>				
D'Anlona, 1888.	H. 50 ans.	Tumeur de la vésicule, origine cancéreuse, hydropisie.	<i>Cholécyctectomie.</i>	Guérison opératoire. Les souffrances disparaissent après l'opération. Mais trois mois après, ictere et mort de cholémie par récurrence du cancer.
Bardenheuer <sup>1</sup> , 1887.	»	?	<i>Cholécyctectomie</i> pour vésicule cancéreuse. La vésicule contenait 70 calculs.	Morte de syncope.
Blumenthal, 1895.	F. 60 ans.	3 ans auparavant fortes douleurs dans le flanc droit et de l'ictère. Au moment de l'opération: ictere, sécheresse de la peau, amaigrissement; tumeur dure, pierreuse, très sensible à la pression, remplissant l'hypocondre droit. L'insensibilité de la surface et la dureté faisaient supposer une tumeur maligne.	<i>Laparotomie.</i> Pas d'adhérences. Ligature du canal cystique et de l'artère cystique. Extirpation complète de la vésicule et suture de la plate après nettoyage.	Guérison. Au bout de sept mois, il n'y avait pas encore de récurrence.
Czerny, 1884.	H. 66 ans.	Douleurs de la région hépatique irradiées vers les parties voisines. Immédiatement au-dessus de l'ombilic on sent une tumeur dure, lisse, du volume d'un œuf de pigeon; au voisinage de l'ombilic la peau adhère intimement à la tumeur, qui fait corps avec la paroi. La tumeur s'est développée au niveau d'une ancienne hernie para-ombilicale. Elle est douloureuse à la pression.	On fait une incision elliptique autour de la cicatrice ombilicale, la peau au-dessus de la tumeur est disséquée. La tumeur solidement adhérente au péritoine, est circonscrite une petite portion des deux muscles droits qui doit être réséquée; on enlève en même temps la base péritonéale de la tumeur dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. L'examen de la cavité péritonéale ne relève rien d'anormal. On ferme la plate abdominale avec cinq sutures profondes et cinq superficielles. On a fait, en somme, une résection partielle d'une tumeur de la vésicule reconnue à l'autopsie.	Mort 9 jours après l'opération, de septicémie. Diagnostic anatomique: carcinome primitif de la vésicule biliaire, propagé au ligament hépatoduodénalet au foie. Métastases dans le foie.

<sup>1</sup> Ce cas de Bardenheuer est signalé dans plusieurs auteurs (Langenbuch, Heddaeus), mais sans détails. L'auteur lui-même se contente de le mentionner dans une communication où il parle de la lithiase biliaire.

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Czerny, 1893.	F. 54 ans.	Antécédents et coliques hépatiques. Actuellement pas d'ictère, pas de fièvre, douleurs dans la région hépatique. Le foie dépasse le rebord costal, au-dessous du rebord du foie, existe une tumeur du volume d'un œuf, lisse, ferme, de forme ovoïde. Elle suit les mouvements respiratoires. Diagnostic clinique : cholécystite chronique d'origine calculeuse, avec adhérences au duodénum ou au pyllore. Peut-être tumeur maligne de la vésicule biliaire.	<i>Laparotomie.</i> Libération des adhérences de la vésicule. Une ponction donne issue à 30 centimètres cubes de liquide séro-purulent. Par l'incision, on retire de nombreux calculs. Cholécystectomie. Il y avait infiltration du parenchyme hépatique sur une certaine étendue. Le parenchyme fut enlevé avec la vésicule sur une épaisseur de un demi-centimètre. La surface cruentée du foie fut tamponnée avec de la gaze iodofornée. La vésicule extirpée mesure 10 centimètres sur 5 centimètres et demi de largeur. Etablissement d'une fistule biliaire qui se tarit à la longue.	auraient pu en l'espèce contre-indiquer l'opération.  <i>Guérison opératoire.</i> Mort six jours après sa sortie de l'hôpital, deux mois après l'opération. Pas de renseignements.
Czerny, 1898.	F. 54 ans.	Antécédents de coliques hépatiques. Actuellement pas d'ictère; foie augmenté de volume, sensible à la pression. Sensibilité à la pression de la vésicule.	<i>Laparotomie.</i> Carcinome de la vésicule. Infiltration des ganglions voisins. Incision de la vésicule, extraction d'un grand nombre de calculs mélangés à du mucus, puis cholécystectomie. Un noyau dans le foie fut également enlevé. Les ganglions trouvés près du cystique et du cholédoque sont enlevés.	<i>Guérison opératoire.</i> Récidive 7 mois après l'opération. Métastases hépatiques. Mort 10 mois après l'opération.
Durét, 1898.	F. 40 ans.	Apparition il y a six mois, dans le flanc droit, d'une tumeur : sensation de pesanteur, gêne respiratoire. La tumeur est arrondie, dure, mobile. Lorsque la malade contracte ses plans abdominaux, elle paraît fixe. Sa matité ne se continue pas avec celle du foie. Diagnostic: tumeur de l'épiploon, adhérente à la paroi abdominale.	<i>Laparotomie.</i> Volumineux cancer de la vésicule, très adhérent avec l'estomac et l'intestin. Le foie est infiltré par le cancer. La tumeur est arrondie, dure, mobile. On abaisse celle-ci, de même que la vésicule, qui fait corps avec elle. On place seulement 3 ligatures sur des vaisseaux qui saignent sur la surface de section du foie, puis on réunit par une suture continue au catgut fort. La tumeur ne tient plus que par le col de la vésicule et le cystique élargi; on place une pince sur ce pédicule, et la tumeur est enlevée. Le poids de la tumeur = 400 grammes; la vésicule renfermait 14 calculs. Il s'agissait d'un épithéliome présentant l'aspect du carcinome alvéolaire.	<i>Guérison opératoire.</i> La malade ne revyut plus de la tumeur. Elle se sentit mieux, mais le sang s'écoula abondamment. Suites éloignées inconnues.
David Greig, 1897.	F. 39 ans.		<i>Laparotomie.</i> On trouve la vésicule reconverte en partie par une lame de substance hépatique qui descendait très bas; ce tissu hépatique était dense, blanchâtre, cicatriciel. Cholécystectomie, avec excision d'un fragment de foie de 0.05 sur 0.08. L'hémorragie put être arrêtée à l'aide de sutures au catgut pratiquées dans la portion saine du foie et distantes l'une de l'autre de 2 centimètres et demi environ. La capsule de Glisson empêcha les sutures de couper la substance hépatique.	<i>Guérison.</i> Pas de renseignements ultérieurs.
Heidenhain, 1896.	F. 61 ans.	Antécédents de coliques hépatiques. La vésicule biliaire a le volume d'un œuf d'oie; son pôle inférieur est sphérique et présente quelques irrégularités respiratoires, et est peu douloureuse à la pression.	<i>Laparotomie.</i> On libère la vésicule de ses adhérences, on l'attire au dehors et la partie avoisinante du foie. Le tissu hépatique qui entoure la vésicule a subi la dégénérescence fibreuse. On ouvre la vésicule, elle renferme des calculs et on tombe sur une tumeur en voie de désagrégation. Cholécystectomie et résection cunéiforme du foie. Le coin excisé a 10 à 12 centimètres de long. L'excision du foie se fait sans la moindre perte de sang.	<i>Guérison opératoire.</i> Mort; la récidive se fait 3 mois après l'opération.
Hoehenegg, 1890.	F. 58 ans.	Douleur d'abord diffuse, qui plus tard se localisa au-dessous du rebord costal. Amalgissement considérable; vomissements. Tumeur dure, bosselée, se déplaçant avec les mouvements respiratoires, mobile. Diagnostic hésitant		<i>Guérison.</i> La malade quitta l'hôpital 44 jours après l'opération. L'auteur, au Congrès de Berlin, en 1898, nous donne des renseigne-

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Hollander, 1896.	F. 59 ans.	Symptômes de sténose intestinale chronique; dans la région sous-costale droite, on sent une tumeur peu distincte. Diagnostic: carcinome du coude du colon droit.	Les fils des sutures déchirant les tissus, on fixa sur la plaie hépatique une mèche de gaze iodiformée, maintenue par des points en capiton, puis les bords de cette plaie furent attirés hors de la cavité péritonéale et fixés dans l'incision cutanée. Le morceau de foie excisé = 4 centimètres et demi en longueur et 3 centimètres et demi en largeur. 52 calculs dans la vésicule biliaire; les parois épaissies de 6 millimètres avaient subi une induration fibro-carcinomatuse.	ments ultérieurs forts intéressants: la malade survécut 3 années complètes. Après avoir été en bonne santé pendant deux ans, elle fut prise de douleurs gastriques et mourut finalement de cachexie.
Krause, 1898.	"	Dans la séance du 14 avril, au Congrès de Berlin, il signale: 2 cas de cholécystectomie avec résection du foie pour cancer de la vésicule. L'auteur ne donne pas d'autres renseignements.	?	Guérison. Restée bien portante de mars à juin 1898; depuis les renseignements manquent sur son état.
Küster, 22 <sup>e</sup> Congrès de Ch. alle- mand.	F.	?	<i>Laparotomie.</i> Cancer de la vésicule qui avait empiété sur le bord tranchant du foie, constituant une tumeur circonscrite. Küster l'extirpa selon la méthode préconisée par Terrillon. Au niveau du pôle supérieur de la tumeur, on enfonça un trocart dans le parenchyme hépatique; la canule servit à faire passer une ligature élastique formée de gros drains, qui une fois liés compriment de chaque côté le tissu de l'organe. On avait auparavant fermé au cautère le canal cystique qui restait ouvert.	Guérison. Sans hémorragie secondaire.
Mayo-Rob- son, 1895.	F. 54 ans.	La malade a commencé à souffrir, il y a trois ans, de crises hépatiques suivies de subictère et vomissements, sans avoir jamais eu d'ictère vrai. Sa santé s'est altérée, et elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur il y a six semaines. On sent nettement la tumeur se détacher du rebord du foie. Diagnostic: dilatation de la vésicule biliaire d'origine calculueuse.	<i>Laparotomie.</i> Vésicule adhérente au péritoine pariétal, au foie, à l'estomac, au duodénum, au colon. Aspiration par ponction d'un liquide jaune boueux; puis incision; on retira à la curette une sorte de mastic qu'elle renferme, et un calcul. Parois vésiculaires épaissies, infiltrées. La tumeur est libérée de ses adhérences. Cholécystectomie et résection de la portion du foie attenante à la vésicule, qui est enlevée secondairement. La tumeur enlevée était du cancer.	Mort de septicémie.
Mayo-Rob- son, 1897.	F. 52 ans.	Douleurs dans la région droite de l'abdomen depuis douze mois. Les crises furent suivies de jaunisse. Tumeur dans l'hypocondre droit. Diagnostic: cholélithiase, carcinome possible.	<i>Laparotomie.</i> Vésicule distendue, remplie d'une masse caseuse et de 4 calculs. Immédiatement contre la vésicule biliaire, on voyait un nodule cancéreux dans le foie, infiltration probable du canal cystique. Cholécystectomie avec résection de la portion du foie attenante à la vésicule. Carcinome de la vésicule. La portion de foie enlevée pesait 7 onces.	Guérison opératoire. Morte de rectivie dans le foie, 8 mois de survie.
Mayo-Rob- son, 1898.	F. 52 ans.	Très amaigrie, très faible, subictérique. Crises légères depuis six mois. Au-dessous du foie, tumeur irrégulière, dure, fixée, douloureuse à la pression.	<i>Laparotomie.</i> La vésicule biliaire, le canal cystique sont remplis de pus, de débris épithéliaux, de 250 calculs. Les parois de la vésicule étaient infiltrées par une tumeur qui s'étendait au foie. Le pyle, le coude du colon et le duodénum étaient adhérents. Cholécystectomie et résection partielle du foie.	Guérison opératoire. Survie de 6 mois.
F. Terrier, 1895.	F. 67 ans.	Début des accidents, il y a trois ans, par une crise de coliques hépatiques, avec ictère et évacuation dans les selles d'un calcul. Depuis cette époque, 9 crises se sont produites avec expulsion de calculs dans les selles. Depuis sa dernière crise les digestions sont très pénibles, la malade souffre dans l'hypocondre droit et la santé est de plus en plus ébranlée. L'opération est conseillée.	Incision médiane sus-ombilicale de 10 à 12 centimètres; on dissocie successivement le colon transverse adhérent au foie à droite; le lobe droit du foie, qui a un aspect fibroïde, et adhère à la paroi abdominale; l'épiploon adhérent en haut au foie, en bas au colon et en avant à la paroi abdominale. La partie d'aspect fibroïde du foie, correspondant à son bord antérieur, a peu près au niveau de la vésicule, est réséquée à deux reprises et isolée des parties voisines. Peu à peu cet	Guérison opératoire. Mort six semaines après l'opération, de cachexie.

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Ullmann, 1897.	F. 54 ans.	Amalgissement. Dans l'hypocondre droit; tumeur de consistance dure, bosselée, mobile, suivant les mouvements respiratoires; sa malité se continue avec la malité hépatique. Diagnostic: cancer du foie, ayant probablement débuté dans l'épiploon.	isolement se prolonge sous le foie et une incision faite à cette masse fibreuse permet de donner issue à un liquide d'aspect purulent, épais. On a alors la conviction que la partie profonde de cette masse d'aspect suspect n'est autre que la vésicule biliaire à parois très épaisses. On continue à l'isoler des parties voisines jusqu'au niveau du col. De la bile apparaît par l'ouverture de la vésicule; le cystique est donc perméable. On fait la cholécystectomie; la vésicule enlevée offre le volume d'un œuf un peu allongé, elle renferme une bouillie d'aspect puriforme, sans calculs, et avec des parois très épaisses et friables. On se sert de l'épiploon et d'une lame de gaze iodofornée, pour fermer la grande cavité abdominale et la séparer du champ de l'opération. La cavité occupée par la vésicule est drainée avec un gros tube. Durée de l'opération: une heure un quart.	Guérison opératoire. Mort 6 mois après l'opération, de récurrence.
F. Watson, 1896.	F. 56 ans.	Toujours bien portante jusqu'il y a seize mois. A ce moment coliques hépatiques avec ictère se produisant à plusieurs reprises. Amalgissement. Anémie. Ictère. Tumeur sous le rebord costal droit.	<i>Laparotomie.</i> La tumeur est formée par la vésicule augmentée de volume; elle renferme du liquide et des calculs; sa paroi est indurée. Le foie au contact de la vésicule est épais et très induré; l'infiltration du parenchyme hépatique englobe le canal hépatique. Section du canal cystique et cholécystectomie. La vésicule renferme 51 calculs. Résection de l'hépatique envahi et ligature du canal. Résection du foie suivie d'une hémorragie abondante. En vue de pratiquer ultérieurement une hépato-duodénoentérostomie, on attrape le duodénum, ce qui ne se fit pas sans difficulté, et on le fixe à la partie inférieure de la plaie. Le foie réséqué fut fixé à la paroi. Par la suite, écoulement de bile par la plaie, et selles décolorées. La maladie se rétablit. Quatre mois plus tard, le malade se réopéra. On remarqua que le foie s'indurait, avait récidivé, et mourut six semaines après.	<i>Guérison opératoire.</i> Dès le 4 <sup>e</sup> jour l'appétit revenait; pendant six semaines état satisfaisant, pas de douleurs. Mort par récurrence et métastases, deux mois après.
Winiwarter, 1891.	F. 50 ans.	Antécédents de coliques hépatiques. Amalgissement; ventre ballonné; il n'existe pas de tumeur appréciable; le foie ne semble pas augmenté de volume; la pression sur toute cette région est à peine douloureuse. Diagnostic probable: carcinome de la vésicule biliaire.	<i>Laparotomie.</i> On trouve que la tumeur est constituée par la vésicule biliaire distendue, siège d'une infiltration cancéreuse se prolongeant le long du rebord hépatique, adhérente à sa face inférieure et à l'intestin. La masse cancéreuse s'étend jusque dans le foie et transforme en tumeur la vésicule tout entière. Dissection des adhérences intestinales. Ablation de la vésicule biliaire et de la portion du foie envahie, après ligature élastique. Pas d'hémorragie; tamponnement de la cavité ainsi créée. La vésicule contenait 64 calculs.	Au bout de 15 jours était apparue dans le fond de la plaie une tumeur arrondie, du volume d'une noisette. La récurrence s'étendit si rapidement que la malade mourut six semaines après l'opération. A l'autopsie: nombreux noyaux cancéreux dans le foie.
Czerny, 1890.	F. 46 ans.	Tumeur de l'hypocondre droit augmentant de volume, sans ictère, sans fièvre. Amalgissement. Dans la région vésiculaire, tumeur coniforme, plus volumineuse que le poing.	<i>Laparotomie latérale.</i> La vésicule biliaire a les dimensions d'une poire de gros calibre moyenne; elle adhère de toutes parts à l'intestin; sa consistance est cartilagineuse. La vésicule est dégagée de ses adhérences. Les parois sont envahies par un infiltrat diffus, très dur, qui se prolonge jusque dans le canal cystique. Le sommet de la vésicule a subi la dégénérescence cancéreuse. La portion carcinomateuse de la vésicule est intimement fusionnée avec le foie; celui-ci est envahi. Tout le paquet formé par la vésicule dégénérée, le canal cystique et le fragment de foie fut extirpé. Le pédicule fut attiré au dehors, et réuni par suture au péritoine pariétal de la plaie abdominale. Tamponnement à la gaz iodofornée.	<i>Guérison opératoire.</i> Mort un an après l'opération. Autopsie: dégénérescence cancéreuse de la paroi vésiculaire

## IV. — Cholécystostomies pour tumeurs de la vésicule biliaire.

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Czerny, 1893.	F. 33 ans.	Douleurs épigastriques et dans la région du foie. Ictère. Le bord du foie dépasse le rebord costal. On sent une tumeur qui répond à la vésicule biliaire. Diagnostic : cholécystite, cholélithiase.	Laparotomie. La vésicule forme une tumeur dure, bosselée. Extraction de calculs. Cholécystectomie. On ne peut enlever tous les ganglions dégénérés. Tamponnement. Durée de l'opération : une heure et demie. Diagnostic anatomique à première vue : cholécystite chronique, due à la présence de calculs, accompagnée probablement d'une altération tuberculeuse des parois. A la suite de l'opération, persistance d'une fistule biliaire. Diagnostic histologique : infiltration carcinomateuse de la paroi de la vésicule et des ganglions.	Guérison opératoire. Manquent les résultats éloignés.
Czerny, 1895.	F. 51 ans.	Douleurs de la région hépatique avec irradiations. Le foie débordé notablement les fausses côtes; on sent une tumeur douloureuse à la pression, mobile avec la respiration. Pas d'ictère, pas de vomissements. Amaigrissement. Diagnostic : cholélithiase, cholécystite chronique; peut-être empyème de la vésicule.	1 <sup>re</sup> opération. Cholécystostomie. On retire 58 calculs; muqueuse vésiculaire très ulcérée, recouverte de végétations. Diagnostic : cholélithiase, cholécystite chronique ulcéreuse. Empyème. Fièvre à la suite de l'opération; sensibilité de la région opérée. 2 <sup>e</sup> opération. Cholécystectomie. Un abcès rétrovésical est lavé et vidé. Vésicule très épaisse, infiltrée de cancer.	Morte de péritonite 6 jours après l'opération, métastases hépatiques; hémorragie sécondaire; péritonite suppurée.
Czerny, 1895.	F. 32 ans.	Douleurs anciennes dans l'hypochondre droit; vomissements bilieux; adoulescence, amaigrissement; pas d'ictère. Tumeur dans la région de la vésicule. assez dure, large de 7 à 8 centimètres. Diagnostic : cholélithiase, cholécystite, calcul cystique.	Incision de la vésicule. On retire 25 calculs et de nombreux débris de tumeur maligne. Cholécystectomie et résection du canal cystique. A l'examen microscopique : carcinome ayant débuté par la muqueuse.	Morte de péritonite le 6 <sup>e</sup> jour.
Czerny, 1897.	F. 61 ans.	Vingt ans auparavant, affection du foie sans ictère.	Cholécystectomie. Carcinome de la vésicule et empyème.	
Czerny, 1897.	F. 58 ans.	Douleurs dans l'hypochondre droit. Pas d'ictère. Selles et urines normales. Amaigrissement. Dans la région de la vésicule, tumeur dure, large de 3 à 4 centimètres, convexe en bas. Diagnostic clinique: tumeur (carcinome) de la vésicule biliaire.	Laparotomie. On rompt des adhérences péritonéales; incision de la vésicule. Diagnostic : carcinome; libération de la vésicule. Le canal hépatique est ouvert, situés dans la paroi du canal hépatique au caillot; on ne peut empêcher un léger suintement de la bile. Drainage et tamponnement de la plaie. La vésicule réséquée égale 8 centimètres en longueur, 3 centimètres et demi en largeur. Dans son intérieur, on trouve 12 calculs. Dans les premiers jours, issue abondante de bile par la plaie, puis cessation.	Guérison opératoire. Mort 3 mois après l'opération, de résultats éloignés.
Czerny, 1897.	F. 47 ans.	Crises douloureuses dans l'hypochondre droit; douleurs irradiées. Pas d'ictère. Tumeur dans la région vésiculaire, dure, noueuse, sensible à la pression, mobile dans les mouvements respiratoires.	Laparotomie latérale. Ponction de la vésicule qui donna 200 grammes de liquide hémorragique. Incision de vésicule; calculs et masses néoplasiques. Cholécystectomie. Sutures placées sur le parenchyme hépatique qui saigne, et tamponnement de la surface saignante. L'examen microscopique démontre l'existence du carcinome.	Guérison opératoire. Pendant 6 mois, la maladie est restée bien portante. Puis amaigrissement; le foie devient gros, bosselé. Morte 7 mois après l'opération. Cependant la maladie semblait bien limitée, et il y a métastase hépatique.
Heidenhain, 1898.	?	?	L'auteur présente au Congrès de Berlin une vésicule biliaire qu'il a enlevée par la cholécystectomie. Le foie paraissait sain. La vésicule est petite, rétractée, avec une sorte de proéminence grosse comme un noyau au niveau de son col. Extraction de 6 calculs.	Guérison opératoire. Mort 3 mois après l'opération, de carcinome du foie, bien qu'il ait paru sain au moment de l'opération.
Kehr, Eilers et Lücke, 1897.	F. 56 ans.	Crises antérieures de coliques hépatiques. Douleur et résistance dans la région de la vésicule biliaire. Pas d'ictère.	Laparotomie. Séparation des adhérences; ponction de la vésicule, évacuation de 50 centimètres cubes de sérosité. Incision de la vésicule et évacuation de 226 calculs. Cholécystectomie. Drain à demeure. La maladie guérit avec une fistule biliaire. Fort écoulement de mucus. Pour tenter la suppression de l'écoulement on pratique une 2 <sup>e</sup> opération: mise à nu de la vésicule; sa paroi est très épaisse; plusieurs ganglions volumineux au voisinage de la veine-porte. On pense au carcinome: cholécystectomie.	Mort le lendemain de l'opération. Examen de la vésicule: carcinome de la vésicule biliaire.

<sup>1</sup> Il nous semble, malgré le peu de détails donnés par l'auteur au Congrès de Berlin en 1898, que ce cas est différent de celui publié par Heidenhain en 1897, dans la *Deutsche medic. Wochenschrift*, où la cholécystectomie était accompagnée de résection du foie; or, dans cette seconde observation de Heidenhain, il n'est pas question de résection hépatique.

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Kerh, Eilers et Lücke, 1897.	F. 54 ans.	Crises antérieures de coliques hépatiques. Actuellement : ictère, amaigrissement. Le foie est palpable. On sent sur le bord du muscle droit un cordon épais comme le doigt, se prolongeant en bas.	<i>Laparotomie</i> , vésicule adhérente à l'estomac et au duodénum. Il existe une fistule gastrobiliaire; on suture l'estomac et on fait la cholécystectomie. Examen : carcinome de la vésicule biliaire.	<i>Guérison</i> . Mais l'ictère persiste et des renseignements éloignés font défaut.
Gérard-Marchantet Rabé, 1897.	F. 47 ans.	Depuis un an crises douloureuses dans le côté droit, irradiant à la région rénale. Il y a trois semaines, brusquement une crise douloureuse éclate, au niveau de l'hypocondre droit, très violente. Ictère, décoloration des matières, fièvre. Au niveau de la vésicule biliaire, tumeur de petite dimension, de consistance ligneuse, sans bosselures. Diagnostic : lithiase vésiculaire, calcul oblitérant partiellement le cholédoque. On soupçonne l'hypothèse de cancer de la vésicule biliaire.	<i>Laparotomie latérale</i> . On détache les adhérences qui unissent la vésicule aux parties voisines. Par la palpation on constate que le fond de la vésicule est occupé par une tumeur, de la grosseur d'une noix, de consistance fibreuse; sur le trajet du cholédoque, le doigt rencontre une autre petite masse indurée. On admet un cancer de la vésicule avec noyau secondaire, greffé sur le cholédoque. Cholécystectomie. Drain laissé à demeure. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'épithéliome cylindrique primitif de la vésicule.	<i>Guérison</i> . Mais qu'est-il advenu, par la suite, de la greffe du cholédoque ?
Mikulicz, 1896.	II.	Signes cliniques de la cholélithiase. (C'est dans une société savante, en juin 1896, dont la <i>Deut. med. Wochenschr.</i> , 1897, nous donne le compte rendu : <i>Ver. Berl.</i> , p. 38, n° 8, que le cas est relaté au cours de plusieurs communications sans détails.)	Cholécystectomie. Présentation de la vésicule biliaire cancéreuse à la Société.	?
Frank Paul, 1899.	?		Cholécystectomie pour calculs biliaires et cancer. La tumeur était un petit carcinome villositéux du fond de la vésicule biliaire; celle-ci fut enlevée avec 13 calculs.	<i>Guérison opératoire</i> . Mort. 2 mois 1/2 après l'opération, avec un foie hypertrophié, que l'auteur ne considère pas comme le résultat d'une généralisation cancéreuse, mais comme le résultat d'une inflammation du foie. Hépatite. Augmentation de poids de 8 kilogrammes.

F. Terrier, 1899.	F. 56 ans.	Le malade a présenté antérieurement des douleurs épigastriques et de sub-ictère. Les accidents se produisent sous forme de crises. Au niveau de l'hypocondre droit, on sent une tumeur régulière du volume d'une mandarine, peu douloureuse à la pression. Elle se continue avec le foie, qui dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt. Urée éliminée en 24 heures = 17,50 gr. Diagnostic : cholécystite calculeuse. Réserve à propos d'un néoplasme.	<i>Laparotomie</i> . Vésicule un peu rétractée, renfermant des calculs. Ses parois sont épaissies et vascularisées, très indurées près du canal cystique. Ponction de la vésicule. Ouverture : elle renferme 37 calculs. Isolation de la vésicule aussi loin que possible. <i>Cholécystectomie</i> . Résection de la muqueuse qui reste au fond de la vésicule à son union avec le cystique. Suture en bourse et à la sote du moignon de la vésicule. Drainage. Durée de l'opération : une heure vingt-cinq. Il n'y eut jamais le plus léger écoulement de bile par le drain. De l'ictère survint après l'opération, avec de l'affaiblissement et de l'amaigrissement?	<i>Guérison opératoire</i> . 3 mois après l'opération réapparition de douleurs sourdes. L'état général devient de plus en plus mauvais. Des signes de généralisation au foie apparaissent. Le malade meurt 6 mois après l'intervention.
M. Auvray, 1900.	F. 60 ans.	A son entrée à l'hôpital la malade présente des accidents aigus de cholécystite. Antécédents de coliques hépatiques. On sent nettement une tumeur formée par la vésicule biliaire. Ictère. Amaigrissement dans les derniers temps.	<i>Laparotomie latérale</i> . Tumeur formée par la vésicule qui adhère intimement à tous les organes voisins et a envahi le bord du foie. L'isolement de la vésicule des parties voisines est très pénible. Une déchirure limitée de la vésicule est faite pendant les manœuvres d'isolement, et il s'écoule un pus	<i>Mort</i> . 24 heures après l'opération. La malade n'a pu se relever de l'opération qui avait été très laborieuse du fait des adhérences, qui

## III. — Cholécystectomie avec résection du foie.