

OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
		qu'on délimite aisément. Sa matité se continue avec celle du foie. Son pôle inférieur s'étend jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse. La tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires. Diagnostic : tumeur de la vésicule biliaire.	on racle avec une curette la paroi vésiculaire, et on tamponne à la gaze pour arrêter l'hémorragie; on termine par la cholécystostomie. Examen histologique des parties provenant du radage de la vésicule : caillots sanguins et tissu de granulation, quelques couches épithéliales de la muqueuse. Rien de malin.	ainsi que du canal cystique. Métastases dans le foie et dans le péritoine.
Czerny, 1895.	F. 51 ans.	ictère insignifiant. A droite, dans l'abdomen, une tumeur dure, bosselée, qui est rattachée à la face inférieure du foie.	<i>Laparotomie.</i> Cancer de la vésicule propagé au foie et au canal cystique. On renonce à l'extirpation du cancer qui est diffus. Incision de la vésicule, écoulement de 225 centimètres de liquide épais, couleur café, 4 caillots, matière grumelleuse noirâtre. La vésicule fut abouchée à la paroi. Cholécystostomie de malin.	Mort d'accidents infectieux, le 6 <sup>e</sup> jour après l'opération.
Czerny, 1895.	F. 61 ans.	Vingt ans auparavant, affection hépatique sans ictère. Vue une première fois, on porta le diagnostic de péritonite aiguë circonscrite à droite, vraisemblablement due à une tumeur de l'hypocondre droit (colon ou vésicule biliaire). Par un traitement purement médical, la maladie se résolut complètement; il persiste seulement de la sensibilité correspondant à la vésicule biliaire et une résistance profonde. Dix-huit mois plus tard, elle est reprise de nouveaux accidents; ou diagnostique : cholélithiase; cholécystite avec empyème. Soupçon de tumeur maligne de la vésicule.	<i>Laparotomie.</i> Vésicule distendue; on l'incise, il en sort du pus clair en même temps que des fragments de tumeur. Pas de calcul; curetage des fongosités. Le bord inférieur du foie est infiltré, dur; l'excision d'un fragment montre qu'il s'agit d'un carcinome. On se contenta de fixer la vésicule à la paroi.	<i>Guérison opératoire.</i> On n'indique pas les résultats ultérieurs.
Czerny, 1897.	F. 53 ans.	Autrefois, douleurs dans la région hépatique et ictère. Tumeur qui descend à 41 centimètres du rebord costal, douloureuse, se continuant en haut avec le foie, non augmentée de volume. Elle fait saillie avec la paroi abdominale. Pas d'ictère.	<i>1<sup>re</sup> opération :</i> Incision d'un abcès; un calcul se trouve dans le contenu de l'abcès. Lavage, pansement humide; la douleur et l'infiltration diminuent; puis bientôt, forte élévation de température à plus de 39°. Ictère. Vomissements, selles acholiques, douleur locale météorisme. <i>2<sup>e</sup> opération :</i> On retire une grande quantité de pus jaunâtre. On retire 20 calculs. Lavage et curetage, on retire alors des débris de tumeur, que l'examen montra être du carcinome. Tamponnement, puis chute de température. Issue abondante de bile par la plaie. Faiblesse croissante.	Mort 47 jours après l'opération. Nombreuses métastases dans le cystique, l'hépatique, le péritoine, le diaphragme.
Czerny.	F. 49 ans.	Douleurs de la région hépatique. Ictère intense, tumeur dans la région vésiculaire, mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse, dure, grosse comme une orange. Le foie débordé les côtes de 3 travers de doigt. Diagnostic : cholélithiase, calcul du cholédoque.	<i>Laparotomie.</i> Incision de la vésicule, dont on retire 4 calculs. La muqueuse de la vésicule est par places végétante. Il semble qu'il y ait un calcul dans le cholédoque. On incise ce canal; ce qui a été pris pour un calcul est une tumeur. On suture le cholédoque et on tamponne la plaie, puis on fait une cholécystostomie.	<i>Guérison opératoire.</i> Mort six semaines après l'opération. L'ictère avait augmenté.
Fütterer, 1897.	F. 47 ans.	Début par des crises intermittentes douloureuses dans la région hépatique. Ictère. Tumeur formée par la vésicule.	<i>Laparotomie.</i> Incision de la vésicule très augmentée de volume, d'apparence laiteuse et renfermant un noyau carcinomateux. La surface du foie est inégale, bosselée. 3 calculs à facettes sont extraits de la vésicule. Cholécystostomie.	Mort 3 jours après l'opération. Autopsie : tumeur si-tuée au niveau du col de la vésicule, qui s'étend en remplissant l'espace compris entre le canal hépatique, la vésicule et le canal cystique. Les canaux biliaires intra-hépatiques sont dilatés. La tumeur est un carcinome.
Jones et Kelynock, 1897.	H. 46 ans.	Dans les antécédents : coliques hépatiques. Douleurs, ictère depuis 3 mois. Tumeur dans la région de la vésicule	<i>Laparotomie.</i> Vésicule distendue, incisée et 387 calculs retirés. Cholécystostomie.	Mort une semaine après l'opération. Cancer du col de la vésicule et du cystique.
Kehr, Eilers et Lücke, 1897.	F. 57 ans.	Douleurs depuis un an dans la région du foie. Dans la région de la vésicule biliaire on sent une tumeur dure, douloureuse. Soupçon de carcinome de la vésicule.	<i>Laparotomie.</i> Ouverture de la vésicule. Elle contient 10 calculs. Les parois sont épaissies. Carcinome du col de la vésicule et du foie. Extirpation radicale impossible. Cholécystostomie.	<i>Guérison opératoire.</i> Amélioration, disparition des douleurs. Mort de cachexie cancéreuse cinq mois après.



OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Polailton et Darignies, 1896.	H. 58 ans.	Ictère, ascite; pertes des forces et amaigrissement. Décoloration des matières; urines acajou. Après une paracentèse, on trouve dans le flanc droit une tumeur ovalaire, résistante, non bosselée, descendant dans l'abdomen jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette tumeur est mobilisable, elle suit les mouvements respiratoires. Elle semble formée par la vésicule biliaire. Quelques jours plus tard, on ponctionne cette tumeur elle-même; on en retire 400 grammes d'un liquide transparent et incolore. Plusieurs ponctions de l'ascite sont à nouveau pratiquées.	<i>Laparotomie latérale</i> On arrive sur la vésicule dilatée; on la ponctionne; on obtient un liquide clair comme de l'eau de roche. On pratique la cholécystostomie, et l'on draine la cavité de la vésicule suturée à la paroi. Les matières ont repris leur couleur normale le surlendemain de l'opération, il faut donc qu'après la cholécystostomie la bile ait pu franchir l'obstacle cancéreux.	Mort 9 jours après l'opération par affaiblissement progressif. Autopsie: Cancer du canal cholédoque un peu au-dessus du point où il se jette dans l'ampoule de Vater.

VII. — *Cholécystentérostomies pour oblitération cancéreuse du cholédoque.*

Boot et Peck, 1897.	H. 66 ans.	Depuis dix mois, souffre de douleurs épigastriques, avec amaigrissement progressif, mais bon appétit. Depuis six mois icctère, puis tumeur dans l'hypocondre droit. On sent une tumeur proéminente s'étendant depuis l'hypocondre droit jusqu'au point de Marc Burney, mobile à son extrémité inférieure, adhérente au foie en haut. Diagnostic: cancer développé dans les conduits biliaires probablement compliqué de lithiase.	Incision sur la tumeur, des côtes au point de Mac Burney. Les tissus de l'épiploon sont jaunes. Ponction de la tumeur donnant un liquide bilieux, noirâtre. Les parois de la vésicule sont saines et le fond est solidement adhérent à la face inférieure du foie. Le foie est de consistance cartilagineuse. La région entourant les conduits biliaires est transformée en une masse cancéreuse et une tumeur grosse comme un œuf de dinde est sentie dans le mésentère. Incision de la vésicule qui contient des calculs. Cholécystentérostomie à l'aide du bouton de Murphy.	Guérison très rapide. Disparition des douleurs et de l'ictère. Matières colorées, bon état général. L'amélioration s'est maintenue. Il a opéré la malade le 27 octobre et il publie l'observation le 10 avril suivant.
Czerny, 1896.	F. 58 ans.	Depuis cinq ans, pesanteur d'estomac; parfois douleurs dans la région de la vésicule biliaire. En octobre 1896, icctère accompagné de violentes douleurs. Foie augmenté de volume. Sur la ligne médiane, on sent une tumeur grosse à son pôle inférieur.	<i>Laparotomie.</i> Le cholédoque et l'hépatique sont remplis par des masses dures dont l'une paraît être un calcul tandis que les autres paraissent être des masses cancéreuses. Masse cancéreuse dans le ligament hépato-duodénal, à la surface du foie plus élevée que l'ampoule de Vater.	Mort le 5 <sup>e</sup> jour. Autopsie: carcinome du ligament hépato-duodénal, point de départ d'un cholédoque. Métastases hépatiques.
Kehr, Eilers et Lücke, 1898.	F. 53 ans.	Antécédents de coliques hépatiques. Foie augmenté de volume; on ne sent pas la vésicule pourtant douloureuse à la pression. Sensibilité dans la région gastrique. Ictère.	<i>Laparotomie.</i> On trouve une grosse vésicule non adhérente; on n'y sent pas de calcul. Au niveau de l'embouchure du cholédoque dans le cystique, on sent un point dur que l'on prend d'abord pour un calcul; mais l'exploration avec la seringue de Pravaz montre qu'il s'agit d'une tumeur. Impossibilité de l'enlever. On ne peut que faire la cholécysto-colostomie. L'ictère diminue, mais l'état de la malade ne s'améliore pas au point de vue général.	Mort quelques jours après l'opération.
Kerr, Eilers et Lücke, 1898.	F. 59 ans.	Depuis trois mois, douleurs dans la région stomacale, vomissements, inappétence, icctère, selles décolorées. Examen négatif; on sent seulement que le foie est augmenté de volume.	<i>Laparotomie.</i> La vésicule non augmentée de volume contient du mucus, pas de calculs; incision du cholédoque, il s'écoule un peu de bile; la sonde introduite heurte un rétrécissement serré devant lequel se trouve un calcul qui est enlevé. On pense que le rétrécissement est cancéreux en raison de ganglions durs et volumineux. Cholécysto-colostomie et cholécystostomie. Tamponnement.	Mort 14 jours après l'opération. L'ictère a persisté; pas d'autopsie.
F. Terrier, 1894.	F. 54 ans.	Ictère intense, décoloration des selles, urines très colorées par la bile, température: 39°, douleurs du creux épigastrique; amaigrissement. A 7 centimètres de l'ombilic, existe la vésicule distendue qui dépasse le foie de 2 travers de doigt. Le foie est notablement augmenté de volume. Diagnostic: icctère chronique, dû probablement à la lithiase biliaire avec une poussée d'endocholécystite.	<i>Laparotomie</i> (7 juillet 1894). Ouverture de la vésicule; on retire 4 ou 5 calculs du volume d'un gros pois oblitérant le canal cystique. On ne trouve pas d'obstacle sur l'hépatique, le cholédoque, la tête du pancréas. Résection du fond de la vésicule, puis cholécystostomie. A la suite état général excellent, mais les selles restent absolument décolorées; maltré la perte de bile par la fistule, le poids de la malade augmente (7 kilos gagnés depuis l'opération). Pour remédier aux épuisés de la fistule, le 10 novembre 1894, cholécystentérostomie. On fait l'ouverture intestinale tout près du pyllore.	Cholécystostomie: guérison opératoire. Cholécystentérostomie: guérison opératoire. Mort le 21 septembre 1895 (14 mois après la première opération). Autopsie: Enorme dilatation d'estomac. Pratiquant le cathétérisme du cholédoque dans le sens du cours de la bile, on est conduit au centre d'un

VIII. — *Cholécystentérostomies pour cancer du cholédoque.*IX. — *Cholécystentérostomies pour cancer de l'ampoule de Vater.*



OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Weir, 1893.	II. 35 ans.	Foie énorme, vésicule indistincte, rate grosse, abdomen tympanique. Ictère intense; selles décolorées. Diagnostic : obstruction du canal cholédoque.	A la suite de l'opération, les selles sont colorées normalement; bon état général, bon appétit, digestions faciles, selles quotidiennes normales. En août 1893, la malade revient, se plaignant de vomir tout ce qu'elle ingère; elle s'affaiblit de plus en plus et meurt le 21 septembre 1893.  <i>Laparotomie.</i> Incision parallèle au rebord costal droit. Ponction de la vésicule dont on retire 150 à 200 grammes de bile. Le pancréas est triplé de volume et au niveau de sa tête existe une tuméfaction fluctuante qui, ponctionnée avec une aiguille hypodermique, laisse échapper un liquide clair comme du suc pancréatique, puis incisée, donne 60 à 90 grammes de liquide opaalescent. Drainage de ce kyste ou plutôt du conduit dilaté du pancréas avec un tube de verre garni de gaze iodoformée. La fistule biliaire suturée à la paroi abdominale (cholécystostomie) est drainée. Ictère disparaît; les selles restent peu colorées. Six jours après la première opération, Weir tente d'aboucher la fistule pancréatique dans l'intestin et de faire la cholécystentérostomie. La fistule pancréatico-intestinale est jugée impossible à faire; on ferme la plaie pancréatique; la vésicule est fixée dans une incision de la partie supérieure du jéjunum.	petit épithéliome annulaire au niveau de l'ampoule de Vater. Cet anneau épithélioma-teux semble être la cause de la dilatation de l'estomac et de la 1 <sup>re</sup> portion du duodénum, et aussi de l'obstruction chronique du cholédoque.  Mort au bout de 2 heures. A l'autopsie, on trouve une petite tumeur allongée dans la papille duodénale.

### Résultats.

Il nous reste à discuter les résultats de notre statistique portant sur un ensemble de 63 cas de tumeurs de la vésicule et des voies biliaires recueillis dans toute la littérature médicale.

Nous envisagerons :

- 1° Les résultats des opérations pratiquées pour des tumeurs de la vésicule;
- 2° Ceux des interventions faites pour des néoplasmes situés sur les canaux d'excrétion de la bile.

### Néoplasies vésiculaires.

Dans nos tableaux statistiques figurent 55 opérations pratiquées pour des tumeurs de la vésicule.

Elles se décomposent en 39 opérations radicales (cholécystectomie simple et cholécystectomie avec résection du foie), et 16 opérations palliatives (cholécystostomie et gastro-entérostomie).

### OPÉRATIONS RADICALES

Sur 21 cas de cholécystectomie simple, il en est deux dont les suites immédiates et éloignées sont inconnues; nous les laisserons de côté.

Trois fois, la cholécystectomie a été pratiquée avec succès pour des tumeurs bénignes de la vésicule (Adler, Ricard, Routier). Malheureusement ces tumeurs sont exceptionnelles.

C'est sur les 16 cas restants que nous devons baser nos appréciations touchant le résultat de la cholécystectomie simple pour cancer de la vésicule.

Sur 16 cas, cinq fois la mort est survenue rapidement et peut être considérée comme la conséquence de l'opération; dans ces différents cas, c'est la septicémie qu'il faut incriminer. La mortalité opératoire est, en somme, de 31,25 p. 100, après la cholécystectomie simple pour cancer de la vésicule. C'est donc encore une opération meurtrière, dont le pronostic sera très variable du reste, selon qu'il y aura ou non infection concomitante des voies biliaires, et suivant le degré de cette infection.



OPÉRATEUR	AGE, SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Lawson Tait <sup>1</sup> , 1886.	H. 44 ans.	?	<i>Cholécyctostomie.</i>	Mort.
Lawson Tait, 1889.	F. 40 ans.	Cancer des voies biliaires.	<i>Cholécyctostomie.</i>	<i>Guérison.</i>
Le Dentu, 1890.	F. 41 ans.	Crises antérieures de coliques hépatiques. Douleurs, vomissements, ictere. Tumeur volumineuse de l'hypocondre droit, formée de 2 parties, l'une superficielle, l'autre profonde; cette dernière est mobile et douloureuse. Diagnostic hésitant.	<i>Laparotomie latérale.</i> La portion supérieure de la tumeur est formée par le foie, la portion inférieure, par la vésicule biliaire très dure, enveloppée d'adhérences. Ponction de la vésicule, issue d'un liquide puriforme; puis incision de l'organe, et issue d'un nombre énorme de calculs. Les parois de la vésicule sont très épaisses; les canaux biliaires ont une consistance très ferme. Extraction d'un ganglion situé dans l'épiploon. <i>Cholécyctostomie.</i>	Mort de collapsus. Autopsie: Sarcome fasciculé de la vésicule. Nodules cancéreux dans le foie.
Riedel, 1888.	F. 56 ans.	Depuis 2 mois, inappétence, pas de douleurs. Il y a six semaines, violente entérite. Depuis, grande faiblesse; pas d'ictère. Foie débordant les côtes et atteignant le nombril. Vésicule biliaire faisant une saillie très nette.	<i>Cholécyctostomie.</i> La vésicule ne contient pas de calcul. La malade opérée fin mai, quitte l'hôpital 4 mois après.	<i>Guérison opératoire.</i> Mort cinq mois après. L'autopsie a montré l'existence d'un carcinome dans une vésicule remplie de calculs.
Riedel, 1890.	F. 58 ans.	Crises gastriques depuis longtemps; ictere depuis 1889; vomissements et amaigrissement. Dans l'épigastre, on a une sensation de résistance qui ne correspond pas à la vésicule biliaire; celle-ci n'est pas sentie.	<i>Cholécyctostomie.</i> Le foie est rouge foncé, ictérique; son bord antérieur dans la région de la vésicule est profondément envahi par des masses néoplasiques, qui partent de la vésicule remplie de calculs. Noyaux isolés dans le péritoine.	<i>Guérison opératoire.</i> Mort peu après.
Riedel, 1891.	F. 56 ans.	Depuis des années, pesantueur dans la région stomacale. Il y a six semaines chute sur le côté; depuis, douleurs; cachexie; pas d'ictère.	<i>Laparotomie.</i> Foie convert de bosselures; la vésicule est adhérente au mésentère et contient des calculs. Un morceau de foie qui recouvre la vésicule est réséqué. <i>Cholécyctostomie.</i> Les parois de la vésicule étaient très épaisses; celle-ci renfermait quelques fragments de tissu sphacélé. Une tentative de cathétérisme échoua. 2 drains furent mis à demeure. On s'abstint de toute autre intervention. <i>Cholécyctostomie.</i> Le malade supporta bien l'opération, les douleurs cessèrent, la sécrétion s'établit.	<i>Guérison opératoire.</i> Mais, au moment où elle quittait l'hôpital, ment progressif. Autopsie: vésicule cancéreuse; nombreux noyaux cancéreux dans le foie et le pancréas. Le canal cystique était oblitéré par les noyaux cancéreux.

V. — *Gastro-entérostomie pour cancer de la vésicule.*

Czerny, 1891.	F. 54 ans.	Le début des accidents remonte à deux ans. Douleurs épigastriques, douleurs irradiant vers le dos, amaigrissement notable. Dégout des aliments, constipation et décoloration des matières. Au palper, on sent à droite de la ligne médiane, au-dessous du rebord costal, une tumeur bosselée, inégale, dure, du volume d'une pomme, se continuant avec le foie. Elle s'abaisse dans les mouvements respiratoires; on ne la délimite pas nettement vers l'estomac; dilatation stomacale, bruit de clapotement. Diagnostic clinique: carcinome pylorique, propagé à la vésicule biliaire, adhérences de voisinage.	<i>Laparotomie et gastro-entérostomie</i> par le procédé de Ilacker. Dans les onze jours qui suivent l'opération l'état local du côté de la plaie est bon; mais la tumeur augmente, le malade s'affaiblit. Le douzième jour apparaissent des signes de pleurésie droite.	Mort 25 jours après l'opération. Autopsie: pleurésie purulente; perforation du diaphragme, qui fait communiquer la plèvre avec une cavité purulente enkystée pési-hépatique. Carcinome de la vésicule biliaire, propagé au foie; ulcérations de la vésicule, perforation du diaphragme, pleurésie purulente, métastases ganglionnaires. Compression de voisinage du pylore.
------------------	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VI. — *Cholécyctostomies pour cancer du cholédoque.*

Lennander, 1893.	H.	Atteint pendant quarante-cinq jours d'une acholie intestinale complète. Carcinome primitif du cholédoque de la grosseur d'une noisette.	<i>Cholécyctostomie.</i>	Mort 3 jours après par cholémie avec hémorragie du péritoine et de la plaie opératoire.
---------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

<sup>1</sup> Lawson Tait ne fournit aucun détail sur ces deux cas, qui figurent dans le tableau de ses opérations in *Edinburg med. Journ.*, 1889-90.