

c. Procédé de Baccelli : on retire environ 30 centimètres cubes du liquide du kyste et on injecte 20 grammes d'une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000.

d. Procédé de Debove. Il diffère du précédent en ce que le kyste est complètement vidé, puis injecté avec une quantité considérable de liqueur de Van Swieten que l'on évacue avec soin pour éviter les accidents d'intoxication.

*Méthode chirurgicale.* — 1° L'incision en deux temps telle que Récamier et Bégin l'avaient indiquée consistait dans l'incision de la paroi jusqu'au kyste, et dans l'application d'un pansement laissé en place jusqu'à ce que des adhérences permissent d'inciser sans danger la poche hépatique. Volkmann a repris ce procédé qui, entre ses mains, grâce à l'antisepsie fournit de bons résultats. Mais ses premiers imitateurs avaient enregistré de nombreux revers.

2° Pour éviter sûrement la péritonite avant ou après l'ouverture du kyste, Récamier imagina la méthode des caustiques. On arrivait sur la poche au moyen d'applications successives de pâtes caustiques. Tillaux a conservé les avantages de ce procédé en évitant les inconvénients de son extrême lenteur par la modification suivante : incision au bistouri de la paroi jusqu'au péritoine pariétal, puis pénétration dans le kyste au moyen d'une flèche de pâte de Canquoin.

3° Incision en un temps; procédé de Lindemann-Landau; on incise toute la paroi abdominale; le kyste est mis à découvert, ponctionné et vidé. Une pince à kyste étant placée sur l'orifice créé par le trocart, la poche est attirée à l'extérieur autant qu'on le peut, largement ouverte, vidée des vésicules qu'elle contient, réséquée en partie et suturée en collerette à l'incision de la paroi abdominale.

*Drainage.* — La poche diminue rapidement de volume et finit par se fermer complètement.

Cette opération s'applique très facilement : 1° aux kystes antéro-inférieurs au moyen d'une incision qui est souvent celle de la laparotomie médiane; 2° aux kystes postéro-inférieurs au moyen d'une incision lombaire (Villaret); 3° aux kystes antéro-supérieurs eux-mêmes; mais ceux-ci étant souvent inclus plus ou moins profondément dans le tissu hépatique il sera, dans quelques cas, nécessaire d'inciser une épaisseur plus ou moins considérable de ce tissu.

Les kystes postéro-supérieurs demandent une opération plus compliquée. On est obligé de les attaquer par la partie postérieure du thorax. Israël (de Berlin) a fait en 1879 la première opération de ce genre. On pratique une résection costale, on incise la plèvre pariétale, puis le diaphragme; on éverse les bords de l'incision diaphragmatique en dehors, puis on ponctionne le kyste, on l'évacue, on l'ouvre, on le fixe à la paroi, on le draine comme pour toute autre région.

On a quelquefois noté après ces incisions une fâcheuse complication : l'écoulement abondant et persistant de la bile.

### CHAPITRE III

#### LITHIASE BILIAIRE

Une des lésions les plus communes de l'organisme humain, la lithiase biliaire, est aussi une des plus méconnues, soit qu'elle existe à l'état latent sans provoquer d'accidents comme cela s'observe principalement chez les vieillards, soit que la diversité des symptômes qu'elle présente puisse donner le change au praticien.

Son étude restée longtemps médicale est entrée depuis ces dernières années dans une voie nouvelle qui a conduit le chirurgien à l'ouverture de la vésicule biliaire et même à son ablation; il doit donc connaître les conditions dans lesquelles il est appelé à intervenir. Nous ne ferons que rappeler très brièvement pour mémoire les autres particularités de son histoire.

*Anatomie pathologique.* — Les calculs biliaires sont des concrétions formées aux dépens des divers éléments entrant normalement dans la composition de la bile.

On les rencontre dans toute l'étendue des voies biliaires; leur vrai siège est la vésicule biliaire. Ils sont en général nombreux, de 5 à 50 en moyenne; on en a compté jusqu'à 2000 et 7000. Ils sont taillés à facettes par pression quand ils sont multiples, ce qui est le cas le plus fréquent. Leur couleur habituelle est brune verdâtre ou grise, blanche seulement quand ils sont formés de cholestérine pure. A la coupe on trouve le plus souvent un noyau central plus dur, quelquefois fendillé, puis une zone moyenne radiale et enfin une écorce; leur légèreté est remarquable.

Leur composition chimique donne par ordre de fréquence : cholestérine 70 à 80 pour 100, une certaine quantité de pigment biliaire, très peu de sels biliaires, beaucoup de sels de chaux. La présence de calculs dans l'appareil excréteur de la bile expose singulièrement celui-ci à l'invasion des bactéries qui habitent l'intestin. La plupart des accidents que nous allons signaler résultent pour le moins autant de cette infection ascendante des voies biliaires que de l'action mécanique des calculs.

Dans bien des cas, du reste, le calcul est le résultat de l'infection (Mignot).

*Lésions résultant de la lithiase biliaire.* — Lorsque la lithiase biliaire ne se traduit par aucun symptôme, comme cela s'observe, surtout chez le vieillard, les lésions sont en général bornées à la vésicule biliaire.

Mais lorsque les calculs évoluent, on peut observer des lésions multiples et diverses.

a. *Vésicule biliaire.* — Au début les calculs baignent dans la bile plus ou moins normale; ils sont parfois enchatonnés dans les parois épaissies de la vésicule. Dans le cas d'*oblitération du canal cystique*, la bile se résorbe; tantôt le catarrhe de la vésicule sécrète abondamment, jusqu'à plusieurs litres, un liquide souvent brunâtre qui dilate la vésicule au point de lui faire acquérir des dimensions énormes : volume d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte et même davantage; tantôt les parois s'amincissent, se rétractent sur les calculs, se crétent à leur surface interne et constituent ce qu'on appelle la *tumeur calculeuse*.

Le liquide fourni par le *catarrhe* de la vésicule subit, dans certains cas par suite de l'infection qui l'atteint, la transformation purulente : *empyème*, qui nécessite une intervention chirurgicale rapide.

b. *Foie.* — *Canaux biliaires.* — Les canaux excréteurs de la bile sont épaissis, dilatés, et peuvent renfermer des calculs biliaires aussi bien hors du foie que dans son parenchyme. L'oblitération du canal cholédoque peut se produire; la dilatation des voies biliaires devient alors considérable; elle est suivie la plupart du temps d'inflammation : *angiocholite*, *périangiocholite*. Ces inflammations suppurent : *abcès du foie* d'origine hiliaire ou, au contraire, se terminent par sclérose : *cirrhose biliaire*, *cirrhose hypertrophique*; la veine porte peut s'enflammer à leur voisinage : *pyléphlébite*,

*oblitérante* ou *suppurative*; enfin cette série de lésions aboutit parfois à la *dégénérescence aiguë* des cellules hépatiques, caractéristique de l'*ictère grave*, atrophie jaune aiguë du foie.

Les calculs peuvent s'ouvrir une voie anormale dans l'intestin, provoquer des perforations, des fistules principalement duodénales 36, coliques 9, gastriques 12 et quelques autres plus rares (statistique de Mossé). — Le calcul peut amener l'obstruction de l'intestin; — Mossé en rapporte 38 observations.

Enfin plus souvent encore l'évolution anormale du calcul s'effectue vers la peau par le mécanisme du phlegmon. Denucé a rassemblé, dans sa thèse d'agrégation, 144 cas de fistules cutanées biliaires. Ce chiffre ne donne pas une idée de la fréquence de l'affection, quoi qu'il soit déjà assez élevé.

*Étiologie.* — Les causes de la lithiase biliaire échappent le plus souvent; on a invoqué l'influence des passions tristes, de la vie sédentaire. — Au-dessus de tout cela, il y a surtout la prédisposition particulière qui se traduit par l'hérédité, la coexistence d'autres affections arthritiques : migraines, eczémas, accidents goutteux, rhumatismaux, et surtout lithiase urinaire. La lithiase biliaire s'observe plus fréquemment chez les femmes, surtout chez celles qui ont eu des enfants; on la voit encore chez les gros mangeurs, chez les sujets obèses qui font peu d'exercice.

*Symptomatologie et complications.* — Certains calculs ne trahissent leur existence par aucun symptôme.

D'autres sont expulsés par les voies naturelles, dans une évolution très douloureuse; lorsqu'un calcul vient à s'engager dans un des canaux excréteurs de la bile, canal cystique, canal cholédoque, son contact détermine un accès douloureux des plus violents : la *colique hépatique*. Ces accès surviennent sans fièvre, brusquement, après le repas en général; une douleur extrêmement vive partant du foie (point cystique) s'irradie vers le creux de l'estomac (point épigastrique), vers le membre supérieur droit (point scapulaire de Budd); la douleur est lancinante, ponctive, continue; bien que plus marquée par instants, elle peut présenter des irradiations anormales, s'accompagner de phénomènes nerveux, même de convulsions épileptiformes du côté droit (Duparcque). En même temps surviennent des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux, puis bilieux. L'accès cesse en général brusquement; sa terminaison est

souvent marquée par l'émission d'urines nerveuses. — On a encore observé de la congestion pulmonaire du côté droit, de l'insuffisance tricuspide passagère (Potain).

L'examen attentif des selles, quelquefois des vomissements, permettra de reconnaître le corps du délit.

Si le calcul oblitère momentanément le canal cholédoque, un *ictère* passager se produit. Le chirurgien n'a point à intervenir ici. Toutefois les accès sont parfois si douloureux et si répétés, que l'on est en droit de craindre la rupture des canaux par un calcul très volumineux, ou bien encore des accidents graves : lipothymie et syncope pouvant aller jusqu'à la mort subite. Dans ces cas particuliers, l'intervention chirurgicale peut être discutée.

Mais à côté de ces faits à évolution naturelle, il en est d'autres où la présence des calculs s'accompagne de phénomènes décrits sous le nom d'*accidents et complications de la lithiase biliaire*. Ce sont ceux-là qui nécessitent l'intervention du chirurgien; ils sont presque tous liés à l'infection des voies biliaires.

Les complications vraiment chirurgicales s'appellent :

- 1° Phlegmon et fistules biliaires cutanées;
- 2° Accidents du côté de la vésicule;
- 3° Accidents d'oblitération du canal cholédoque;
- 4° Quelquefois encore, accidents intestinaux.

1° *Phlegmon et fistules biliaires cutanées*. — La présence de calculs dans la vésicule biliaire donne lieu souvent à une inflammation de voisinage, qui après et même avant la perforation du réservoir aboutit à la formation d'un phlegmon : *phlegmon biliaire*. L'ouverture du *phlegmon biliaire* se fait quelquefois directement à la peau; mais souvent il existe une cavité intermédiaire, péritonéale, limitée par des adhérences. — L'ouverture spontanée se rapproche d'autant plus de l'ombilic que la vésicule était plus distendue. — On a vu d'ailleurs des phlegmons biliaires ouverts dans des régions très éloignées, aine, fosse iliaque, épigastre, région lombaire.

Les phénomènes locaux de tout phlegmon s'accompagnent ici des troubles de péritonite localisée aboutissant à la formation des adhérences. — Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que l'issue des calculs et de la bile suive immédiatement l'ouverture spontanée ou chirurgicale. Ce phénomène ne se produit souvent que plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'ouverture.

Il en résulte alors une *fistule biliaire cutanée* qui ne se fermera définitivement que lorsque tous les calculs auront été expulsés. L'exploration de ces trajets fistuleux doit toujours être faite avec une prudence extrême; des accidents mortels ont été la conséquence même d'explorations délicates faites par des mains habiles.

2° *Accidents du côté de la vésicule*. — Le canal cholédoque étant perméable, des accidents limités à la vésicule peuvent être observés; le canal cystique est alors oblitéré dans le plus grand nombre de faits. — Les symptômes sont d'ailleurs plus redoutables encore lorsque la bile continue d'arriver dans la vésicule.

À côté des tumeurs dures formées par le dépôt de couches calcaires à la surface des parois d'une vésicule rétractée sur des calculs, *tumeur calculeuse*, on voit dans d'autres circonstances la vésicule prendre des dimensions énormes, se distendre par hypersécrétion catarrhale de ses glandes : c'est l'*hydropisie de la vésicule biliaire*. — Les *Archives de Wirchow* ne mentionnent-elles pas un cas d'Erdmann dans lequel la vésicule contenait 60 à 80 livres de liquide?

La tumeur formée par la vésicule ainsi distendue est mobile avec le foie et son point culminant fait saillie sous le dernier cartilage costal; elle se déplace suivant une ligne diagonale très importante pour les auteurs anglais, obliquement tirée de l'ombilic à l'extrémité du dernier cartilage costal.

La sérosité qu'elle renferme est au début fluide ou d'un vert pâle; mais ses caractères se modifient à la longue sous l'influence de l'infection dont elle a pu être atteinte, et la transformation purulente, annoncée extérieurement par des phénomènes généraux et locaux graves, s'observe dans un certain nombre de cas : *empyème de la vésicule*.

La *rupture* de la vésicule biliaire infectée dans le péritoine a été observée; plus rarement ce sont les canaux qui se déchirent, soit dans un choc, soit dans un effort, soit enfin au moment d'une colique hépatique. La conséquence immédiate de cet accident est le développement d'une *péritonite* suraiguë.

Les *perforations* spontanées de la vésicule sont surtout des accidents observés par le médecin; lorsqu'elles font communiquer la vésicule avec une partie quelconque du tube digestif, *fistules internes*, ces perforations rétablissent fort heureusement par une voie détournée le cours de la bile parfois interrompu.

C'est une indication précieuse que le chirurgien a déjà su réaliser artificiellement.

3° *Accidents tenant à l'oblitération du canal cholédoque.* — La bile sans cesse produite par le foie ne pouvant plus s'écouler dans l'intestin, dilate les canaux biliaires, et cette rétrodilatacion a pour conséquence le développement d'une cirrhose hypertrophique caractérisée comme toujours par l'ictère chronique, le développement du foie, la splénomégalie. Des accidents fébriles irréguliers, l'aggravation de l'état général, des phénomènes locaux douloureux indiquent l'infection et l'inflammation des canaux biliaires, *angiocholite, périangiocholite*, et l'affection se termine par le tableau symptomatique de l'ictère grave.

La vésicule distendue par la bile prend un développement plus considérable et l'exploration soignée de l'abdomen permet d'en délimiter les contours. Terrier a montré, par de nombreux exemples, que l'oblitération du canal cholédoque par les calculs ne déterminait cependant qu'un développement insignifiant de la vésicule biliaire. Celle-ci devient au contraire très volumineuse lorsque c'est une tumeur maligne qui comprime et bouche la terminaison du cholédoque.

4° *Accidents intestinaux.* — Lorsqu'un calcul a franchi les voies biliaires tout n'est pas terminé, et on voit encore quelquefois survenir des accidents d'occlusion intestinale pour lesquels le chirurgien peut être appelé. Le commémoratif d'une crise récente de colique hépatique est le seul indice qui permette le diagnostic de cette cause d'obstruction. Avant d'intervenir chirurgicalement, on doit toujours recourir au traitement médical : la cessation spontanée des accidents a été notée dans le tiers des cas (Mossé).

**Diagnostic.** — Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic médical de la lithiase biliaire ; nous nous bornerons à indiquer les tumeurs abdominales qu'on a pu confondre avec les tumeurs de la vésicule biliaire. Rappelons d'abord qu'il est souvent utile d'ajouter, aux procédés d'exploration extérieure que nous avons indiqués, la laparotomie exploratrice.

L'*incision exploratrice*, journellement pratiquée par Lawson Tait, par Langenbuch, nous paraît une excellente opération fort recommandable et qui, du reste, entre de plus en plus dans les mœurs chirurgicales françaises. Son innocuité habituelle la justifie pleinement.

Lorsque la tumeur est petite, la confusion est possible avec l'abcès, le kyste hydatique, le cancer du foie, le cancer des voies biliaires.

Lorsqu'elle atteint les dimensions moyennes et s'étend jusqu'à la région ombilicale, on a pu prendre la vésicule biliaire dilatée pour les mêmes tumeurs du foie plus développées, pour des tumeurs de la paroi, de l'épiploon, de l'intestin, des reins.

Lorsque la tumeur occupe tout l'abdomen, le diagnostic différentiel se pose avec les kystes ovariens, avec certaines tumeurs utérines et pelviennes.

Il est rare qu'un examen attentif révélant, d'une part, tous les caractères des tumeurs de la vésicule, et d'autre part, l'absence des signes des autres tumeurs, il est rare, croyons-nous, qu'un examen de ce genre ne permette pas le diagnostic. Mais le fait est possible, et c'est dans ces cas que l'incision exploratrice rend réellement de grands services.

Les commémoratifs, la ponction exploratrice serviront ensuite à reconnaître quelle est la nature de cette tumeur de la vésicule. C'est un renseignement que l'exploration directe elle-même n'est pas toujours capable de fournir.

**Traitement.** — Nous avons indiqué dans la symptomatologie les principaux accidents de la lithiase biliaire ; voyons dans quelle mesure ils sont justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans les cas de phlegmon biliaire, cette intervention est souvent fort simple et se borne à la simple ouverture de la cavité purulente, complétée par l'extraction des calculs si celle-ci peut être faite sans dangers. — L'occlusion intestinale sera traitée par la laparotomie afin d'inciser l'intestin et de pratiquer l'ablation du calcul oblitérateur. Les trajets fistuleux seront traités avec précaution, dilatés à l'aide des tiges de laminaire de façon à permettre l'extraction des calculs et le nettoyage de la vésicule ; l'ouverture de cette dernière pourrait être recherchée, cautérisée ou même fermée par suture si la perméabilité des voies biliaires était parfaite ; mais il en sera presque toujours autrement.

En dehors de ces inflammations et de ces fistules dans lesquelles la paroi abdominale est aussi intéressée que les voies biliaires, les indications du traitement se posent ordinairement de deux façons différentes.

Tantôt il s'agit d'accidents imputables à la vésicule et à son conduit, tantôt au contraire on est en présence d'une oblitération du canal cholédoque avec rétention dans le foie et cholémie consécutive.

La vésicule pleine de calculs et infectée devient souvent le siège de douleurs intolérables et de coliques hépatiques à répétition incessante qui altèrent gravement la santé du malade et lassent sa patience. L'ouverture de la vésicule ou *cholécystotomie* met fin à ces accidents.

Cette altération de la vésicule peut se rencontrer dans des conditions assez différentes : ou bien le canal cholédoque est libre et le cours de la bile parfaitement régulier, ou bien il existe un obstacle au déversement de ce liquide dans l'intestin.

Si le cours de la bile est libre du foie vers l'intestin, on peut aller plus loin que la simple cholécystotomie. Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il vaut mieux supprimer le siège du mal en pratiquant l'ablation de la vésicule ou la *cholécystectomie*. Par là on éviterait le retour des coliques hépatiques; ce serait une cure radicale. Très acceptable lorsque le canal cystique est oblitéré définitivement, cette proposition rencontre quelques contradicteurs lorsque sa perméabilité n'est pas compromise.

Il ne saurait être question de pratiquer l'ablation de la vésicule lorsque le canal cholédoque est oblitéré. Ici, comme nous le verrons tout à l'heure, la taille de la vésicule précédera souvent d'autres interventions; elle pourra être utilisée pour faire le *cathétérisme des voies biliaires*, pour tenter la *lithotritie* d'un calcul biliaire, voire même pour obtenir, par un cathétérisme répété, la dilatation d'un rétrécissement cicatriciel du canal cystique ou du canal cholédoque.

L'hydropisie et l'empyème de la vésicule comporteront presque toujours la cholécystectomie, à moins qu'après la cholécystotomie on ait pu, par le cathétérisme ou la lithotritie, faire disparaître un obstacle qui existait au niveau du canal cystique. Dans ce dernier cas, la question se pose au point de vue opératoire entre l'incision de la vésicule et sa fistulisation au moins provisoire et l'incision immédiatement suivie de la suture ou *cholécystotomie idéale*.

L'oblitération du canal cholédoque exige un traitement prompt, car la rétention de la bile est le point de départ d'accidents formidables à marche souvent rapide.

On profite du premier temps de l'intervention à laquelle il faut se décider *pour explorer avec le doigt* le canal cholédocystique. Si cette recherche permettait de sentir un calcul enchatonné dans le canal cholédoque on pourrait, non pas essayer de le broyer entre les doigts ou les mors d'une pince à travers les parois (Lawson Tait), cette manœuvre semble trop dangereuse, mais l'enlever par l'incision directe du canal cholédoque : *cholédochotomie*.

En l'absence de tout renseignement sur le siège et la nature de l'oblitération, ou bien encore dans le cas où le calcul siégerait trop bas pour être extrait sans péril, il ne reste qu'à rétablir le cours de la bile par une voie détournée. L'anastomose entre la vésicule et l'intestin grêle, y pourvoit, c'est la *cholécystentérostomie*.

S'il existait un obstacle invincible à la fois sur le canal cystique et le canal cholédoque, il ne faudrait pas encore désespérer. Dans un cas semblable, mettant d'ailleurs à profit l'extrême dilatation de la portion supérieure du canal cholédoque, Sprengel a pu aboucher cette portion des voies biliaires à l'intestin grêle : *cholédocho-entérostomie*.

Nous avons voulu nous borner, dans ce manuel, à ces indications sommaires. Il n'entre pas dans notre plan de décrire le manuel opératoire des diverses interventions que nous avons signalées un peu hâtivement. Nous renvoyons pour cela, comme pour l'historique de la question, le lecteur aux thèses de Calot et Delagenière, aux publications de Terrier et à l'article de Segond dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Nous rappellerons seulement que si J.-L. Petit avait déjà indiqué avec une extrême précision les indications de la taille biliaire, que si même Morand, en 1756, avait pratiqué des cholécystectomies, il a fallu attendre l'avènement de la chirurgie antiseptique pour que les interventions sur les voies biliaires devinssent réellement pratiques. Marion Sims a pratiqué la première cholécystotomie réglée en 1878, von Winiwarter la première cholécystentérostomie en 1880, Langenbuch la première cholécystectomie en 1882!

## CHAPITRE IV

## TUMEURS DU FOIE ET DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Encouragés par les résultats favorables qu'ont donnés les hépatectomies partielles expérimentales (Ponfick, Grimm et Glück) les chirurgiens se sont, dans ces dernières années, attaqués aux tumeurs du foie. Les faits d'ablation de tumeurs bénignes sont encore peu nombreux, car elles ne se révèlent généralement pas en clinique par des signes définis. On a cependant extirpé un certain nombre de lipomes, d'adénomes, d'angiomes, de fibromes. — Quant aux tumeurs malignes, elles ont donné lieu aussi à quelques interventions, dont 4 pour sarcomes et 11 pour épithélioma. Ce dernier, en raison de sa diffusion habituelle, ne permet guère d'espérer un résultat définitif. D'autre part l'hémorragie constituée à ces opérations un écueil redoutable et, en définitive, les tumeurs malignes du foie résisteront probablement toujours aux progrès de la chirurgie hépatique.

En dehors des tumeurs liées à la lithiase biliaire, on est en droit de dire que les néoplasmes de la vésicule sont presque toujours des tumeurs malignes. Avec celles-ci coexistent d'ailleurs constamment des calculs biliaires. Souvent secondaires et propagées, elles sont cependant parfois primitives, et appartiennent soit aux variétés du carcinome, soit à l'épithéliome cylindrique. Tantôt le cancer est infiltré, tantôt il est bourgeonnant; la forme villeuse est assez fréquente; enfin le foie est toujours envahi de très bonne heure ainsi que les ganglions.

Les cancers de la vésicule sont donc peu justiciables de la cholécystectomie, sauf peut-être tout à fait au début. La douleur et l'ictère, joints à la cachexie, sont les meilleurs signes de l'affection; la tumeur est petite, difficile à percevoir, rarement rapportée à sa véritable origine. Aussi, quand on soupçonne un néoplasme de la vésicule, doit-on recourir à la laparotomie exploratrice. Si les limites du réservoir biliaire sont dépassées, on n'ira pas plus loin. Dans l'hypothèse contraire, on pratiquera la cholécystectomie, qui a donné un succès complet à Hocheneegg.

## CHAPITRE V

## FOIE MOBILE (HÉPATOPTOSE)

Observée pour la première fois en 1866 par Arnaldo Cantani, l'hépatoptose est entrée, en 1888, dans la chirurgie avec l'opération de Langenbuch (fixation du foie ou hépatopexie).

La mobilité du foie peut être partielle, portant seulement sur un lobe de cet organe; il s'agit alors de l'affection désignée sous le nom de lobe flottant et qui peut résulter d'un allongement dû à la traction exercée par un néoplasme du foie ou de la vésicule.

Quant au foie flottant proprement dit, il peut être la conséquence d'une malformation congénitale (excès de longueur ou absence d'une partie de l'appareil suspenseur) ou acquise: telles sont les circonstances qui repoussent le foie de haut en bas (étroitesse congénitale de la base du thorax, striction du corset, tumeurs de la face convexe), puis les conditions qui diminuent le soutien offert par la masse intestinale et la paroi abdominale, d'où la fréquence chez les multipares, l'influence de l'entéoptose et la coïncidence avec le rein et la rate mobiles; enfin les altérations hépatiques qui augmentent le poids de l'organe.

En dehors de quelques cas rares où elle détermine de vives douleurs, l'hépatoptose ne paraît pas légitimer par elle-même bien souvent l'intervention. Qu'il s'agisse de la chute d'un lobe isolé ou de l'abaissement de l'organe en totalité, c'est à la fixation du foie à la paroi abdominale et au rebord costal qu'il convient d'avoir recours (hépatopexie, Gérard Marchant).