

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'hémorrhagie 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).