

dant au fond de la vésicule biliaire, parfois elle-même perceptible, l'autre répondant au sillon de la face inférieure qui loge le cordon de la veine ombilicale.

Létienné ne se contente pas de la palpation dans le décubitus dorsal, il conseille aussi de la pratiquer dans le décubitus latéral, dans la station verticale, dans la position assise.

C'est encore la palpation qui nous fournira l'un des signes caractéristiques de l'affection, *la mobilité*. La tumeur peut être mobilisée par la main qui explore l'abdomen, parfois même il est possible de réduire le foie sous les côtes, dans la position qu'il doit normalement occuper ; dans un certain nombre d'observations on constate que cette réductibilité pouvait être pratiquée par les malades eux-mêmes. Toutefois, nous tenons à rappeler que des lésions de périhépatite peuvent déterminer des adhérences entre le foie déplacé et les parties voisines, comme chez la malade opérée par G. Richelot, et amener une fixité de la tumeur qui, en lui faisant perdre un de ses caractères principaux, peut induire le chirurgien en erreur.

Glénard a insisté dans ces dernières années sur un procédé d'exploration qu'il a décrit pour la première fois en 1887, le « *procédé du pouce* », qui fournit au clinicien des renseignements fort utiles dans les cas où il n'existe qu'un faible degré de mobilité du foie.

Voici, d'après cet auteur, quelle est la technique de ce procédé : « La main gauche serrant la taille, avec les quatre derniers doigts sous la région lombaire et le pouce gauche en avant, la main droite déprimant la paroi antérieure de l'abdomen, si l'on vient, pendant un mouvement d'inspiration, à tourner en haut du côté de l'hypochondre, la pulpe du pouce, il peut arriver que l'on sente descendre un organe en avant du pouce, qui s'en trouve comme coiffé ; que l'on ramène alors le pouce d'arrière en avant et de bas en haut, des parties profondes aux parties superficielles, on fera sauter très nettement une crête qui ne peut être que le bord du foie ». Et plus loin il ajoute : « Chez un malade dont on allait déclarer que le foie est normal, le pouce permettra de noter que le bord du foie s'abaisse au-dessous de la côte de 2, 3, même 4 centimètres pendant chaque inspiration, pour reprendre sa place pendant l'expiration : il s'agit donc d'un foie abaissé, d'un cas de *mobilité* du foie. »

Or, il y a bien des degrés intermédiaires entre les cas où le foie dépasse à peine de 3 à 4 centimètres le rebord costal, et ceux où il

(1) GLÉNARD. *Revue des maladies de la nutrition*, juin 1896.

occupe les parties déclives de la cavité abdominale. Ce sont ces derniers seuls que le chirurgien a l'occasion d'observer et lorsque la maladie est arrivée à un degré aussi avancé la fixation du foie semble être l'unique moyen de remédier aux accidents graves que présentent les malades.

Le procédé du pouce, en permettant de révéler la maladie à son début, rendra peut-être possible l'emploi d'un traitement médical s'adressant surtout à la constitution générale du sujet, et capable de lutter avantageusement contre les progrès de l'affection.

Enfin, pour compléter le tableau clinique de l'hépatoptose, rappelons qu'il est fréquent d'observer chez ces malades d'autres affections relevant des mêmes troubles de la nutrition que la chute du foie elle-même. On a fréquemment noté la coïncidence de l'entéropoptose et du rein mobile avec le foie mobile ; on constate aussi l'existence chez ces malades de déviation et de prolapsus de l'utérus, la présence de varices, d'hémorroïdes. Létienné insiste sur des altérations du côté de squelette et en particulier du rachis : la colonne vertébrale est sensible à la pression et l'axe vertébral est dévié, la déviation affectant le type scoliotique ?

En somme le *diagnostic* reposera sur la constatation des signes suivants : l'existence dans la cavité abdominale d'une tumeur dont la consistance et la forme rappellent celles du foie, tumeur qui est mobile, et l'absence d'une zone de matité dans la place qu'occupe normalement la glande hépatique. Et cependant, peut-être parce que jusqu'ici l'affection qui nous occupe était considérée comme rare, à la lecture des observations dans lesquelles on a pu constater *de visu* la nature des lésions, on voit que bien souvent des erreurs de diagnostic ont été commises. Nous n'en voulons comme preuve que quelques cas où on a eu recours à l'intervention chirurgicale : nous voyons d'après les tableaux de statistique que nous publions ultérieurement que sur 14 cas où la fixation du foie a été pratiquée, *neuf* fois un diagnostic erroné avait été porté avant l'opération, et c'est la laparotomie seule qui a permis de constater le déplacement du foie.

Le foie déplacé a pu être confondu avec la plupart des tumeurs qu'on rencontre dans la cavité abdominale : aussi insisterons-nous peu sur le diagnostic différentiel qui ne présente ici rien de particulier, et qui est celui des tumeurs abdominales en général.

L'une des erreurs le plus fréquemment commises est celle qui consiste à prendre le foie mobile pour le *rein mobile* ; les deux affec-

tions présentent en effet sur plus d'un point un tableau symptomatique presque identique ; ce sont des accidents analogues que l'on observe dans les deux cas, et comme le déplacement du rein est chose fréquente, le clinicien songe à la possibilité d'un rein mobile et oublie la possibilité d'un déplacement du foie considéré jusqu'à ce jour comme un fait exceptionnel.

Il faut bien reconnaître cependant que les signes fournis par un examen minutieux de l'abdomen et en particulier de la fosse lombaire doivent permettre le diagnostic différentiel. Le volume de la tumeur est moindre dans le cas de rein déplacé, et les résultats fournis par l'examen bimanuel de la région lombaire, la percussion de la région hépatique, la recherche soigneuse de certains troubles dans la fonction urinaire, doivent mettre sur la voie du diagnostic.

Nous rappelons encore une fois la coïncidence fréquente du rein mobile et de l'hépatoptose ; le diagnostic du double déplacement devient alors particulièrement difficile, les symptômes des deux affections se combinant entre eux, rendent obscur le diagnostic.

Un foie déplacé a été pris à plusieurs reprises pour un *kyste hydatique* de l'organe ; la forme de la matité, la consistance de la tumeur, l'existence du frémissement hydatique — s'il peut être perçu, — la présence dans le reste de l'organisme de tumeurs de même nature, un examen soigneux de la région occupée normalement par le foie, permettront d'éviter l'erreur qui avait été commise dans deux cas où l'opération eut lieu (Obs. de Gérard-Marchant et d'Arcilza).

Packard, rapporte qu'il a pris un foie mobile pour un *abcès du foie sous-diaphragmatique*, suite de fièvre typhoïde, ayant déterminé l'abaissement de l'organe. Pour confirmer son diagnostic, il pratiqua une ponction qui ne ramena aucun liquide, et c'est seulement à l'autopsie qu'il reconnut son erreur : la ponction avait été faite dans la face convexe du foie déplacé.

Des tumeurs du mésentère, du grand épiploon, peuvent être confondues avec le foie mobile. C'est ainsi que Lanelongue (de Bordeaux) avait porté chez son opéré le diagnostic de tumeur de l'épiploon ; c'est qu'en général les tumeurs de l'épiploon sont mobiles comme le foie déplacé ; on leur imprime des mouvements de latéralité et de bas en haut ; mais les mouvements de haut en bas sont limités par suite de la fixité supérieure de l'épiploon. Toutefois, caractère important, la matité de la tumeur épiploïque est séparée de celle du foie par une zone sonore.

Les tumeurs du mésentère sont situées en arrière du paquet intestinal ; il est vrai que c'est là un caractère que l'on peut observer dans le foie mobile, circonstance qui vient encore obscurcir le diagnostic : de plus une tumeur du mésentère est mobile comme le foie déplacé, elle se porte à droite, à gauche, en haut, en bas. C'est, en somme, à la forme de la tumeur hépatique, à la présence des incisures, à la situation occupée par le foie déplacé qui siège de préférence dans la région abdominale droite tandis que la tumeur du mésentère se trouve, pour ainsi dire, à cheval au-devant de la colonne vertébrale, enfin à l'absence de matité, dans la région qu'occupe normalement la glande, qu'il faudra se rapporter pour trancher les difficultés du diagnostic.

N'oublions pas que le foie déplacé peut être confondu dans certains cas avec des tumeurs parties du petit bassin, et qui s'élèvent plus ou moins haut dans la cavité abdominale, en particulier avec les kystes de l'ovaire ; c'est en interrogeant soigneusement la malade sur la façon dont s'est développée la tumeur, c'est par le résultat que fourniront le toucher vaginal, l'examen sur un plan incliné et la percussion de la région hépatique qu'on pourra éclaircir le diagnostic.

Rappelons que la fixité de l'organe déplacé peut conduire à un faux diagnostic tel le cas rapporté par G. Richelot, où ce chirurgien crut à une *typhlite tuberculeuse*, et reconnut en opérant qu'il s'agissait d'un foie fixé dans la fosse iliaque par des adhérences.

Nous venons d'énumérer les causes principales d'erreur en ce qui concerne le diagnostic du *foie totalement mobile* ; pour ce qui est du *diagnostic des lobes flottants du foie* nous avons suffisamment insisté sur les symptômes propres à toute une catégorie relevant de lésions de la vésicule pour ne plus y revenir ici.

Le diagnostic nous paraît au contraire plus délicat pour les lobes flottants dont l'existence n'est liée à aucune lésion de la vésicule : nous rappelons que ces lobes étant rattachés au foie par un pédicule plus ou moins large, leur matité se continue avec celle du foie, qui est normale, ce qui veut dire que l'organe a conservé sa situation ordinaire, de plus ils suivent les mouvements de la respiration comme le foie lui-même et présentent un certain degré de ballotement.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic est délicat, d'abord parce qu'on ne songe pas à la possibilité d'un lobe flottant, affection rare, puis parce que les symptômes que nous venons d'énumérer sont communs à toutes les tumeurs du foie. L'erreur sera souvent com-

mise avec les kystes hydatiques du foie, nous nous contentons de la signaler, sans y insister à nouveau.

C'est par un examen approfondi des caractères de la tumeur, par un interrogatoire soigneux du malade sur ses antécédents, par les modifications de son état général, qu'on pourra peut-être dans certains cas, diagnostiquer la nature d'une des nombreuses tumeurs solides qu'on peut rencontrer dans le tissu du foie (tumeurs syphilitiques, tumeurs vasculaires, adénomes, carcinomes, sarcomes).

Nous nous réservons de revenir, sur cette intéressante question des tumeurs solides du foie, et insister alors sur les caractères cliniques de ces néoformations qui, du reste, prêtent beaucoup à confusion avec les lobes flottants.

Le lobe hépatique peut être pris encore pour une tumeur *de la région du rein*; n'avons-nous pas vu, en effet, dans l'observation de Ritter von Hacker et de Tscherning, que la tumeur pouvait être refoulée en arrière, où l'autre main sentait le choc qu'elle déterminait? Aussi le doute peut-il être permis sur le point d'origine de la néoformation; c'est encore par l'étude de la tumeur et par l'examen de l'appareil urinaire que la question peut être résolue.

Traitement.

Dans l'histoire du traitement nous passerons successivement en revue, ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici, le traitement de l'hépatoptose partielle et celui de l'hépatoptose totale.

Nous décrirons d'abord les diverses méthodes employées pour remédier à ces deux formes du foie mobile, et nous envisagerons ensuite pour chacune d'elles les résultats et les indications du traitement chirurgical.

1. *Traitement de l'hépatoptose partielle.* — Trois modes de traitement ont été employés pour remédier chirurgicalement à la mobilité partielle du foie. Ce sont :

- 1° La résection du lobe flottant du foie ;
- 2° La fixation de ce lobe flottant, ou *hépatopexie partielle*, à la paroi abdominale ;
- 3° La *cholécystotomie* pratiquée dans le but d'amener indirectement la régression de certains lobes flottants.

1° La *résection* d'un lobe flottant a été pratiquée par Langenbuch

en 1887. L'auteur divisa le pont ligamenteux qui réunissait le lobe mobile au parenchyme hépatique en plusieurs pédicules qu'il ligatura, puis il sectionna ces pédicules en laissant un bout assez long au-dessous de la ligature. Mais le soir même de l'opération survinrent des signes inquiétants d'une hémorragie interne ; le ventre dut être ouvert à nouveau, on parvint à arrêter l'hémorragie et la malade guérit.

Plus récemment, Bastianelli (1895) a rapporté un cas dans lequel, au cours d'une laparotomie, il rencontra un lobe pédiculé du foie dont il pratiqua l'*extirpation*, après avoir placé un tube élastique sur la partie du tissu hépatique qui servait de pont. Une légère hémorragie se produisit, qui put être arrêtée par le thermocautère. La guérison survint comme dans le cas de Langenbuch, avec disparition complète des accidents.

Il ne nous paraît pas utile d'insister ici sur la résection du foie, nous nous contentons de signaler ces deux cas dans lesquels elle fut employée, et nous renvoyons la technique de cette opération à l'étude des résections du foie que nous ferons à propos des tumeurs de cet organe.

Nous considérons toutefois que la résection du foie est une opération délicate, regardée dans ces dernières années et en particulier à l'époque où Langenbuch se hasarda à la pratiquer, comme redoutable ; la méthode dont nous allons faire l'étude, la fixation du lobe mobile, est au contraire une opération facile à réaliser, sans gravité — à condition que les règles de l'asepsie soient rigoureusement observées, — ayant donné de beaux résultats, et qui doit être préférée à la résection.

2° *L'hépatopexie partielle* ou fixation d'un foie partiellement mobile, d'un lobe flottant du foie, fut employée longtemps avant l'hépatopexie totale, qui a pour but de fixer un foie mobile dans sa totalité. En effet, tandis que cette dernière opération était pratiquée pour la première fois en 1891 par Gérard Marchant, l'hépatopexie partielle l'avait été dès 1884 par Billroth (cité par Von Hacker) et par Tscherning de Copenhague, en 1886; Langenbuch, en 1890, l'employait pour une de ses malades, et tout récemment Genouville en publiait une intéressante observation.

Cette opération, dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, fut faite deux fois au cours d'une laparotomie exploratrice pratiquée après erreur de diagnostic.

tions présentent en effet sur plus d'un point un tableau symptomatique presque identique ; ce sont des accidents analogues que l'on observe dans les deux cas, et comme le déplacement du rein est chose fréquente, le clinicien songe à la possibilité d'un rein mobile et oublie la possibilité d'un déplacement du foie considéré jusqu'à ce jour comme un fait exceptionnel.

Il faut bien reconnaître cependant que les signes fournis par un examen minutieux de l'abdomen et en particulier de la fosse lombaire doivent permettre le diagnostic différentiel. Le volume de la tumeur est moindre dans le cas de rein déplacé, et les résultats fournis par l'examen bimanuel de la région lombaire, la percussion de la région hépatique, la recherche soigneuse de certains troubles dans la fonction urinaire, doivent mettre sur la voie du diagnostic.

Nous rappelons encore une fois la coïncidence fréquente du rein mobile et de l'hépatoptose ; le diagnostic du double déplacement devient alors particulièrement difficile, les symptômes des deux affections se combinant entre eux, rendent obscur le diagnostic.

Un foie déplacé a été pris à plusieurs reprises pour un *kyste hydatique* de l'organe ; la forme de la matité, la consistance de la tumeur, l'existence du frémissement hydatique — s'il peut être perçu, — la présence dans le reste de l'organisme de tumeurs de même nature, un examen soigneux de la région occupée normalement par le foie, permettront d'éviter l'erreur qui avait été commise dans deux cas où l'opération eut lieu (Obs. de Gérard-Marchant et d'Arcilza).

Packard, rapporte qu'il a pris un foie mobile pour un *abcès du foie sous-diaphragmatique*, suite de fièvre typhoïde, ayant déterminé l'abaissement de l'organe. Pour confirmer son diagnostic, il pratiqua une ponction qui ne ramena aucun liquide, et c'est seulement à l'autopsie qu'il reconnut son erreur : la ponction avait été faite dans la face convexe du foie déplacé.

Des tumeurs du mésentère, du grand épiploon, peuvent être confondues avec le foie mobile. C'est ainsi que Lanelongue (de Bordeaux) avait porté chez son opéré le diagnostic de tumeur de l'épiploon ; c'est qu'en général les tumeurs de l'épiploon sont mobiles comme le foie déplacé ; on leur imprime des mouvements de latéralité et de bas en haut ; mais les mouvements de haut en bas sont limités par suite de la fixité supérieure de l'épiploon. Toutefois, caractère important, la matité de la tumeur épiploïque est séparée de celle du foie par une zone sonore.

Les tumeurs du mésentère sont situées en arrière du paquet intestinal ; il est vrai que c'est là un caractère que l'on peut observer dans le foie mobile, circonstance qui vient encore obscurcir le diagnostic : de plus une tumeur du mésentère est mobile comme le foie déplacé, elle se porte à droite, à gauche, en haut, en bas. C'est, en somme, à la forme de la tumeur hépatique, à la présence des incisures, à la situation occupée par le foie déplacé qui siège de préférence dans la région abdominale droite tandis que la tumeur du mésentère se trouve, pour ainsi dire, à cheval au-devant de la colonne vertébrale, enfin à l'absence de matité, dans la région qu'occupe normalement la glande, qu'il faudra se rapporter pour trancher les difficultés du diagnostic.

N'oublions pas que le foie déplacé peut être confondu dans certains cas avec des tumeurs parties du petit bassin, et qui s'élèvent plus ou moins haut dans la cavité abdominale, en particulier avec les kystes de l'ovaire ; c'est en interrogeant soigneusement la malade sur la façon dont s'est développée la tumeur, c'est par le résultat que fourniront le toucher vaginal, l'examen sur un plan incliné et la percussion de la région hépatique qu'on pourra éclaircir le diagnostic.

Rappelons que la fixité de l'organe déplacé peut conduire à un faux diagnostic tel le cas rapporté par G. Richelot, où ce chirurgien crut à une *typhlite tuberculeuse*, et reconnut en opérant qu'il s'agissait d'un foie fixé dans la fosse iliaque par des adhérences.

Nous venons d'énumérer les causes principales d'erreur en ce qui concerne le diagnostic du *foie totalement mobile* ; pour ce qui est du *diagnostic des lobes flottants du foie* nous avons suffisamment insisté sur les symptômes propres à toute une catégorie relevant de lésions de la vésicule pour ne plus y revenir ici.

Le diagnostic nous paraît au contraire plus délicat pour les lobes flottants dont l'existence n'est liée à aucune lésion de la vésicule : nous rappelons que ces lobes étant rattachés au foie par un pédicule plus ou moins large, leur matité se continue avec celle du foie, qui est normale, ce qui veut dire que l'organe a conservé sa situation ordinaire, de plus ils suivent les mouvements de la respiration comme le foie lui-même et présentent un certain degré de ballotement.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic est délicat, d'abord parce qu'on ne songe pas à la possibilité d'un lobe flottant, affection rare, puis parce que les symptômes que nous venons d'énumérer sont communs à toutes les tumeurs du foie. L'erreur sera souvent com-

mise avec les kystes hydatiques du foie, nous nous contentons de la signaler, sans y insister à nouveau.

C'est par un examen approfondi des caractères de la tumeur, par un interrogatoire soigneux du malade sur ses antécédents, par les modifications de son état général, qu'on pourra peut-être dans certains cas, diagnostiquer la nature d'une des nombreuses tumeurs solides qu'on peut rencontrer dans le tissu du foie (tumeurs syphilitiques, tumeurs vasculaires, adénomes, carcinomes, sarcomes).

Nous nous réservons de revenir, sur cette intéressante question des tumeurs solides du foie, et insister alors sur les caractères cliniques de ces néoformations qui, du reste, prêtent beaucoup à confusion avec les lobes flottants.

Le lobe hépatique peut être pris encore pour une tumeur de la région du rein; n'avons-nous pas vu, en effet, dans l'observation de Ritter von Hacker et de Tscherning, que la tumeur pouvait être refoulée en arrière, où l'autre main sentait le choc qu'elle déterminait? Aussi le doute peut-il être permis sur le point d'origine de la néoformation; c'est encore par l'étude de la tumeur et par l'examen de l'appareil urinaire que la question peut être résolue.

Traitement.

Dans l'histoire du traitement nous passerons successivement en revue, ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici, le traitement de l'hépatoptose partielle et celui de l'hépatoptose totale.

Nous décrirons d'abord les diverses méthodes employées pour remédier à ces deux formes du foie mobile, et nous envisagerons ensuite pour chacune d'elles les résultats et les indications du traitement chirurgical.

1. *Traitement de l'hépatoptose partielle.* — Trois modes de traitement ont été employés pour remédier chirurgicalement à la mobilité partielle du foie. Ce sont :

- 1° La résection du lobe flottant du foie ;
- 2° La fixation de ce lobe flottant, ou *hépatopexie partielle*, à la paroi abdominale ;
- 3° La *cholécystotomie* pratiquée dans le but d'amener indirectement la régression de certains lobes flottants.

1° La *résection* d'un lobe flottant a été pratiquée par Langenbuch

en 1887. L'auteur divisa le pont ligamenteux qui réunissait le lobe mobile au parenchyme hépatique en plusieurs pédicules qu'il ligatura, puis il sectionna ces pédicules en laissant un bout assez long au-dessous de la ligature. Mais le soir même de l'opération survenaient des signes inquiétants d'une hémorragie interne; le ventre dut être ouvert à nouveau, on parvint à arrêter l'hémorragie et la malade guérit.

Plus récemment, Bastianelli (1895) a rapporté un cas dans lequel, au cours d'une laparotomie, il rencontra un lobe pédiculé du foie dont il pratiqua l'*extirpation*, après avoir placé un tube élastique sur la partie du tissu hépatique qui servait de pont. Une légère hémorragie se produisit, qui put être arrêtée par le thermocautère. La guérison survint comme dans le cas de Langenbuch, avec disparition complète des accidents.

Il ne nous paraît pas utile d'insister ici sur la résection du foie, nous nous contentons de signaler ces deux cas dans lesquels elle fut employée, et nous renvoyons la technique de cette opération à l'étude des résections du foie que nous ferons à propos des tumeurs de cet organe.

Nous considérons toutefois que la résection du foie est une opération délicate, regardée dans ces dernières années et en particulier à l'époque où Langenbuch se hasarda à la pratiquer, comme redoutable; la méthode dont nous allons faire l'étude, la fixation du lobe mobile, est au contraire une opération facile à réaliser, sans gravité — à condition que les règles de l'asepsie soient rigoureusement observées, — ayant donné de beaux résultats, et qui doit être préférée à la résection.

2° *L'hépatopexie partielle* ou fixation d'un foie partiellement mobile, d'un lobe flottant du foie, fut employée longtemps avant l'hépatopexie totale, qui a pour but de fixer un foie mobile dans sa totalité. En effet, tandis que cette dernière opération était pratiquée pour la première fois en 1891 par Gérard Marchant, l'hépatopexie partielle l'avait été dès 1884 par Billroth (cité par Von Hacker) et par Tscherning de Copenhague, en 1886; Langenbuch, en 1890, l'employait pour une de ses malades, et tout récemment Genouville en publiait une intéressante observation.

Cette opération, dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, fut faite deux fois au cours d'une laparotomie exploratrice pratiquée après erreur de diagnostic.

Elle présente la plus grande analogie avec l'hépatopexie totale, à cette seule différence qui est en faveur de l'hépatopexie partielle, c'est que, dans cette dernière, c'est une simple portion du foie qui est mobile et dont il s'agit d'assurer la fixité, la plus grande partie de la glande hépatique restant solidement fixée dans sa position normale; tandis que dans l'hépatopexie totale, c'est l'organe entier devenu flottant qu'il faut immobiliser, résultat plus difficile à atteindre. Mais, comme dans l'un et l'autre cas la technique opératoire ne saurait différer, nous n'y consacrerons qu'une courte description, nous réservant d'y insister plus longuement lorsque nous ferons la description de l'hépatopexie totale.

L'ouverture de la paroi abdominale, dans les cas cités, a été faite en rapport avec le siège occupé par la tumeur. Billroth pratiquait une incision oblique de 13 centimètres de longueur, suivant une ligne allant de l'appendice xyphoïde à la crête iliaque, et Tscherning une incision allant de la 12^e côte jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. L'incision la plus rationnelle en effet est celle qui répond à la partie la plus saillante de la tumeur; grâce à elle le chirurgien explore à son aise la région sur laquelle il doit opérer, et se trouve dans les meilleures conditions pour pratiquer la fixation du lobe flottant.

Cette fixation se fait à la paroi abdominale latérale, dans le point de cette paroi qui est en rapport avec la tumeur. Elle consiste dans le passage à travers le lobe du foie d'un ou plusieurs fils à suture, dont les deux extrémités sont passées dans la paroi abdominale et nouées ensemble avec précaution, de façon à assurer le contact du péritoine viscéral recouvrant le tissu du foie avec le péritoine pariétal. Ainsi s'établiront les adhérences chargées d'assurer l'immobilisation du lobe flottant.

Dans son cas, Genouville croyant avoir à opérer un rein mobile pratiqua l'incision lombaire de la néphropexie, et reconnut que la tumeur était formée par un lobe hépatique aberrant. Il se servit de cette incision pour fixer la portion libre du foie aux plaies profondes de la paroi abdominale postérieure.

L'opération fut suivie de succès dans les cas auxquels nous avons fait précédemment allusion.

3^e Enfin la *cholécystotomie* a été appliquée au traitement de toute cette catégorie de lobes flottants, qui relèvent, nous l'avons vu, de lésions de la vésicule biliaire (dilatation de la vésicule ou simple

cholécystite). Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de la cholécystotomie, nous réservant de la décrire ultérieurement lorsqu'il sera question de la chirurgie des voies biliaires.

Chez quatre des malades opérés par Riedel, le chirurgien put, à l'aide du doigt introduit par l'incision exploratrice, reconnaître l'existence d'une tumeur fluctuante dissimulée sous le lobe appendiculaire. Dans deux autres cas rapportés par le même auteur, on ne constatait ni tumeur, ni fluctuation de nature à indiquer une affection de la vésicule biliaire, et cependant à l'opération on constata de la cholécystite. L'incision de la vésicule biliaire permit, dans les cas de Riedel, l'évacuation d'une quantité plus ou moins considérable de liquide séro-purulent et de calculs biliaires.

Dans l'observation rapportée par F. Terrier et M. Baudouin, la vésicule biliaire n'était pas distendue, mais occupée par un assez volumineux calcul.

Ces diverses interventions donnèrent les résultats les plus satisfaisants. Riedel fut l'un des premiers à constater que le lobe appendiculaire s'atrophiait après l'évacuation artificielle de la vésicule: il diminua progressivement de volume, pour disparaître complètement au bout de quelques mois.

Nous donnons ci-dessous un tableau résumé des opérations pratiquées dans les cas de lobes flottants du foie.

Tableau résumé des opérations pratiquées pour lobes flottants du foie.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	CLINIQUE	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
I. — Résection d'un lobe flottant du foie.				
Bastianelli, 1895.	F. 37 ans.	Douleur de la région abdominale droite avec irradiations vers les parties voisines. Perte de l'appétit, amaigrissement. Tumeur de la région abdominale droite, dure, bosselée, mobile. Une zone de sonorité séparée la tumeur, en haut, de la matité hépatique. Diagnostic. Rein mobile devenu cancéreux.	<i>Laparotomie latérale.</i> Lobe pédiculé du foie. On l'exérise, un tube élastique ayant été placé sur la partie du tissu hépatique qui servait de pont. Légère hémorragie arrêtée au thermocautère.	<i>Guérison.</i> Etat général excellent. La maladie se sent plus forte, les douleurs ont disparu, l'appétit est bon, les digestions se font bien. Revue un an après, elle est enceinte de 7 mois et bien portante. Le soir apparaissent des signes d'hémorragie interne. Reouverture du ventre; on parvient à lier le vaisseau qui donnait. <i>Guérison.</i>
Langenbuch, 1886.	F. 30 ans.	On reconnaît la présence d'une tumeur abdominale sans pouvoir en préciser la nature, on décide l'incision exploratrice.	On trouve un gros lobe hépatique pédiculé. On en pratique la <i>résection</i> en divisant le pont ligamenteux en plusieurs pédicules qu'on ligature, puis sectionnant ces pédicules en laissant un bout assez long au-dessous de la ligature.	Le soir apparaissent des signes d'hémorragie interne. Reouverture du ventre; on parvient à lier le vaisseau qui donnait. <i>Guérison.</i>
II. — Hépatopexie partielle.				
Genouville, 1898.	F. 37 ans.	On relève dans les antécédents, une chute suivie d'une douleur vive dans le flanc droit. Depuis cette époque, crises douloureuses à droite. M. Lyot pratique la néphropexie. Plus tard, reprise des douleurs dans le flanc droit. Tumeur qui paraît être le rein droit. Diagnostic : récurrence du rein mobile.	Incision lombaire de la néphropexie. La tumeur était constituée par le foie; le doigt suivait une sorte de languette, qui était un lobe hépatique aberrant. Le rein n'était nullement mobile. Les troubles observés devaient être imputés à la languette hépatique flottante. Celle-ci fut fixée presque en place, parce qu'elle ne pouvait remonter complètement, au moyen de deux anses de caoutchouc.	<i>Guérison.</i>
Von Hacker et Billroth, 1884.	F. 36 ans.	Tumeur néoplasique du rein, de l'intestin ou des glandes rétroperitoneales.	<i>Laparotomie exploratrice.</i> On trouve un lobe hépatique mobile et pédiculé, bosselé. On seul fil passé profondément dans le parenchyme hépatique.	<i>Guérison.</i> Le foie reste fixe à la paroi abdominale. Les troubles généraux ont complètement disparu et la maladie a repris son travail.
Langenbuch, 1890.	F. 50 ans.	Crises douloureuses de plus en plus fréquentes, vomissements, céphalée, constipation, tumeur vésicale, œdème chronique des jambes, amaigrissement, tumeur lisse, dure, dans la moitié de l'abdomen, rattachée au foie. Le diagnostic est lobe flottant du foie.	<i>Laparotomie.</i> Lobe flottant du lobe droit du foie, fixé à la paroi abdominale à l'aide de fils de soie assez rapprochés les uns des autres et embrassant une grande épaisseur de tissu hépatique. Ces fils sont noués solidement. La piqûre du foie donne très peu de sang.	<i>Guérison.</i> Tous les troubles disparaissent, et, au moment où elle quitte l'hôpital, la maladie a engraisé de 9 livres.
Tscherning, 1890.	F. 36 ans.	Diagnostic probable : tumeur hépatique, peut-être un lobe hépatique pédiculé, avec restriction en faveur d'une tumeur rénale ou d'un lymphadénome ?	<i>Laparotomie.</i> Lobe supplémentaire du foie. Relié au lobe droit par un large pédicule. Fixation à la paroi abdominale par deux fils passant profondément dans le tissu hépatique.	<i>Guérison.</i> La maladie revue deux ans après dans un bon état.
III. — Cholecystotomies applicables à toute une série de lobes flottants.				
Maclair, 1897.	F. 40 ans.	Souffre depuis 2 ans de douleurs dans l'hypocondre droit. Foie augmenté de volume et descendu à moitié chemin entre le rebord costal et la crête iliaque. Diagnostic : hypertrophie du foie, hépatoptose, calcul biliaire.	<i>Laparotomie latérale.</i> Vésicule dilatée. On la ponctionne et on en retire 80 grammes de liquide blanchâtre, filant; on en extrait des calculs. <i>Cholecystostomie.</i> A la suite, écoulement de bile par la fistule pendant quinze jours; plus de douleurs. Compression de la région fistuleuse, dont l'ouverture s'oblitére en 2 à 3 jours. Disparition de l'hépatoptose et de l'hépatomegalie.	<i>Guérison.</i>
Riedel, 1888.	F. 30 ans.	Appendice du foie descendant du lobe droit jusqu'à la région ombilicale. Long de 10 centimètres, large de 4 centimètres à sa partie inférieure et de 8 centimètres à sa base. Il suit les mouvements respiratoires. On sent nettement ses bords tranchants sensibles à la pression, mais on ne trouve pas au-dessous de lui une tumeur palpable.	Incision exploratrice. Lobe appendiculaire du foie. Le doigt explorateur découvre dans l'appendice une tumeur fluctuante qui est la vésicule biliaire fortement distendue. Cholecystotomie en 2 temps. Incision de la vésicule donnant 500 grammes de pus inodore.	<i>Guérison.</i> Mais persistance d'une fistule.