

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.

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 sépare 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 le fixe à la paroi abdominale à l'aide d'un 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.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	CLINIQUE	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Riedel. 1888.	F. 49 ans.	Appendice dur et lisse descendant plus bas que l'ombilic. Large de 10 centimètres à sa pointe. Près du bord interne de l'appendice on sent une tumeur bosselée, douloureuse et qui se déplace pendant la respiration. Diagnostic : empyème de la vésicule biliaire.	Cholécystotomie en 2 temps. Issue de liquide séro-purulent et de trois calculs biliaires.	Guérison.
Riedel.	F. 39 ans.	Appendice en languette du lobe droit du foie descendant jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.	Cholécystotomie. Issue de 200 grammes de sérosité purulente et de 130 cholélythes.	Guérison.
Riedel.	F. 30 ans.	Le prolongement hépatique accompagnant la vésicule descendait à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic et dépassait la ligne médiane de 2 centimètres environ.	Cholécystotomie. La vésicule renfermait une grande quantité de liquide visqueux, du pus et des cholélythes.	Guérison.
Riedel.	F. 42 ans.	Appendice en languette au-dessous duquel on suit distinctement la vésicule grosse comme le poing.	Cholécystotomie. Issue d'une grande quantité de sérosité. Pas de calculs.	Guérison.
Riedel.	F. 40 ans.	On constate au lobe droit du foie un appendice en languette, de forme arrondie, à bords tranchants et dépassant par son bord inférieur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.	Cholécystotomie en deux temps. Issue de sérosité, puis de pus et extraction de deux cholélythes volumineux.	Guérison.
Terrier et Baudouin.	F. 52 ans.	Diagnostic posé : rein flottant à droite.	Laparotomie exploratrice médiane. Incision sus-ombilicale. On trouve un lobe du foie très développé qui descend vers l'ombilic et la fosse iliaque droite. Il est dur, sclérosé. La vésicule biliaire n'est pas distendue, mais occupée par un assez volumineux calcul. Les parois sont exactement appliquées sur le calcul. Cholécystotomie, extraction d'un calcul de 41 grammes.	Guérison.

Résultats.

De ces tableaux, il ressort nettement que, quelle qu'ait été la méthode employée dans le traitement des lobes flottants, les résultats ont toujours été très satisfaisants.

Toute une catégorie de ces lobes mobiles relève de la chirurgie des voies biliaires; nous en rapportons 8 cas démonstratifs, tous suivis de guérison, et dans lesquels la cholécystotomie seule a été pratiquée.

Des deux autres méthodes en présence, la résection et l'hépatopexie, qui l'une et l'autre ont été suivies de succès, nous pensons que c'est à l'hépatopexie qu'il est préférable d'avoir recours, la résection devant être réservée à certaines tumeurs du foie dont la nature exige l'extirpation. Nous avons suffisamment insisté sur ce point, à propos des observations de Langenbuch et de Bastianelli, pour ne point y revenir.

L'hépatopexie partielle reste l'opération de choix à laquelle il faudra recourir de parti pris toutes les fois que le diagnostic de lobe flottant du foie ayant pu être posé chez un malade, les troubles généraux et les accidents douloureux rendront l'intervention nécessaire, ou encore lorsque, et c'est le cas le plus fréquent, on rencontrera au cours d'une laparotomie exploratrice pratiquée pour une tumeur abdominale mal déterminée un lobe flottant auquel on pourra rattacher les accidents observés.

L'intervention chirurgicale nous a paru, d'autant plus indiquée dans les cas rapportés jusqu'ici, que les malades la réclamaient; que pendant l'opération on ne trouva aucune autre lésion capable d'expliquer les accidents qu'il fallait attribuer alors à la présence du lobe flottant; que ces accidents disparurent après l'intervention et qu'enfin l'opération en elle-même ne présente aucune gravité.

II. *Traitement de l'hépatopexie totale.* — Les moyens destinés à combattre les accidents déterminés par le foie totalement mobile sont d'ordre médical et d'ordre chirurgical.

Les moyens médicaux ne doivent jamais être négligés et seront les premiers à employer. On s'efforcera de lutter, avant tout, contre les troubles généraux de la nutrition, qui jouent dans la pathogénie de la maladie un rôle si important, et dans ce but un traitement

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 permet, 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.