

tonique et l'hydrothérapie devront être conseillés aux malades. Le séjour dans certaines stations thermales, et en particulier le séjour à Vichy, semble indiqué, surtout si, comme l'admettent certains auteurs et en particulier Glénard, les troubles nutritifs en question relèvent d'une viciation secondaire des humeurs liée à une altération primitive du foie (théorie de l'hépatisme) (?). Mais pour que les moyens médicaux puissent être de quelque utilité, il faut qu'ils soient employés dès le début de la maladie, à une époque où malheureusement elle passe souvent inaperçue, car l'hépatoptose, considérée généralement comme une affection exceptionnelle n'est aussi rare que parce qu'on la méconnaît dans ses formes atténuées.

Pour remédier aux accidents provoqués par le déplacement de la glande hépatique, on a eu recours à l'électrisation et au port de ceintures spéciales.

L'électrisation, a été préconisée par Curtius et d'autres contre le relâchement de la paroi abdominale, si souvent signalé dans l'histoire de l'hépatoptose. Le but poursuivi est de restituer à la sangle abdominale la tonicité nécessaire pour soutenir la masse intestinale et, par son intermédiaire, le foie. Afin de réveiller la contractilité musculaire, on a eu recours aux courants interrompus. Ce sont ces courants qu'employa Griffith, dans une observation publiée en 1878 dans le *British medical Journal*; voici ce que dit l'auteur : « En vue d'améliorer la condition atrophique des muscles droits en particulier et de toute la paroi abdominale, un courant interrompu fut appliqué pendant cinq à dix minutes, tous les deux jours durant trois mois. Ce ne fut qu'après des applications répétées que la partie inférieure des muscles droits répondit au courant. Au bout de trois mois, l'état de la paroi abdominale s'était beaucoup amélioré. » Ce sont les seuls renseignements que nous avons pu nous procurer sur les résultats de l'électrisation, et encore sont-ils, on le voit, assez incomplets.

Pour notre part, nous sommes tentés d'admettre, avec Faure, que des muscles aussi atrophies et dégénérés ne peuvent retirer grand bénéfice de l'électrisation ; elle pourra néanmoins être employée comme moyen adjuvant.

Pour soutenir le foie déplacé, on a eu fréquemment recours au port de *bandages spéciaux*.

Les ceintures sans pelote, qui ne font que doubler la paroi abdominale, peuvent évidemment rendre des services en soutenant la masse intestinale et, par son intermédiaire, le foie ; mais elles sont

loin d'être aussi efficaces que le sont les ceintures munies d'une pelote dont la saillie directement appliquée au-dessous de l'organe prolabé peut en partie le maintenir réduit. Malheureusement les ceintures orthopédiques ne seront pas toujours facilement supportées par les malades, aussi sommes-nous tentés de croire qu'il convient souvent de laisser au patient la direction du traitement, qu'il peut effectuer aisément à l'aide d'un bandage en flanelle et d'un tampon d'ouate. Le malade pourra lui-même, après réduction du foie prolabé, maintenir l'organe réduit dans sa nouvelle position par un tampon d'ouate qu'il maintiendra en bonne position par le bandage de flanelle serré à son gré.

On peut obtenir, dans certains cas, par le port des bandages, un réel soulagement, une atténuation très grande des phénomènes douloureux. Des succès sont enregistrés dans un assez grand nombre d'observations et dans un article publié dans la *New-York Medical Review*, 1895, Graham (de Toronto) signale seize guérisons obtenues par l'emploi d'un bandage.

Toutefois, il faut bien reconnaître que souvent les traitements médicaux les mieux conduits, aidés de l'électrisation et des bandages, sont restés sans résultat. C'est alors, qu'en présence d'accidents persistants, on a cru devoir intervenir chirurgicalement et pratiquer la fixation du foie, c'est-à-dire l'*hépatopexie totale* par opposition à l'opération que nous avons décrite précédemment sous le nom d'*hépatopexie partielle*.

Cette opération, sur les indications de laquelle nous reviendrons après en avoir donné la description et en avoir apprécié les résultats, a été pratiquée pour la première fois, le 28 mars 1891, par Gérard Marchant ; c'était la seule opération qui fût connue au moment où parut la thèse de Faure en 1892. Depuis cette époque vingt-quatre observations nouvelles ont été publiées ; nous comptons donc actuellement dans la littérature médicale vingt-cinq cas d'hépatoptose totale traités chirurgicalement.

Sur ces 25 cas, il y en a 18 où la conduite tenue par les chirurgiens ne varie que dans des questions de détail ; la lecture de ces observations nous permettra de régler d'une façon à peu près définitive la technique opératoire de l'hépatopexie totale.

Dans trois cas dus à Depage, de Bruxelles le chirurgien ne se contenta pas de soutenir le foie indirectement, ainsi que nous le verrons plus tard, par la fixation de son ligament suspenseur,



mais encore il s'efforça de reconstituer une paroi abdominale solide complétant ainsi son intervention de la façon la plus heureuse.

Enfin dans quatre cas, Péan et F. Terrier ont eu recours à un procédé de suspension du foie assez spécial, qui méritera une description à part.

Voyons d'abord la description de l'*hépatopexie totale*.

Lorsque l'anesthésie est assurée et que le sommeil est assez profond pour que toute cause capable de gêner la manœuvre opératoire ait été supprimée (mouvements, efforts de vomissement, etc.), ce qui arriva dans l'observation rapportée par Desguin; lorsque, d'autre part, les précautions d'asepsie mises en usage dans toute ouverture de la cavité abdominale ont été prises, le chirurgien procède à l'incision de la paroi abdominale.

Cette incision varie avec les auteurs; l'incision verticale sur le bord externe du muscle droit fut employée par Gérard Marchant, Desguin, G. Richelot, H. Delagénère, Blanc, Legueu; c'est à l'incision médiane qu'ont eu recours Areilza, Lanelongue et J. Lucas-Championnière; enfin Langenbuch, Franke et Lennander se sont servis de l'incision transversale parallèle au rebord costal du côté droit, qui, de toutes les incisions, est celle qui permet au chirurgien de fixer le plus facilement le foie à ce rebord ou aux lèvres de la plaie. G. Richelot la repousse catégoriquement.

Nous lui préférons l'incision verticale, plus ou moins longue, suivant les besoins de l'opérateur, qui, dans les cas où elle a été employée, n'en a pas moins permis la suture du foie dans une étendue suffisante, puisque les résultats ont été satisfaisants, et qui a le grand avantage de favoriser l'exploration de toute la région voisine du foie, dans les cas où la laparotomie exploratrice est faite dans le but d'éclaircir un diagnostic incertain. Or n'est-ce point au cours d'une laparotomie pratiquée dans ces conditions, qu'on a constaté le plus souvent et avec surprise l'existence d'un foie mobile?

Mais on n'hésitera pas à faire tomber sur l'incision verticale une incision transversale, parallèle au rebord costal, si cette manœuvre sans grand inconvénient, doit simplifier l'acte opératoire et permettre une fixation plus solide du foie à la paroi. L'essentiel c'est de fixer solidement l'organe, et il ne faut rien épargner pour obtenir ce résultat.

Dans le cas de G. Richelot, la tumeur formée par le foie mobile adhérait à la paroi dans toute la hauteur de l'incision; on put la décoller sans peine. C'est une complication dont le chirurgien doit

être prévenu, car elle pourrait rendre difficile l'ouverture de la cavité péritonéale, et exposer le foie à une blessure toujours regrettable.

Cette ouverture du ventre pratiquée, il reste à fixer le foie; c'est le point délicat de l'opération. Le foie est trouvé généralement très mobile; le premier soin du chirurgien sera de le réduire à peu près dans la position qu'il doit occuper normalement, et de l'y faire maintenir par les doigts d'un aide jusqu'au moment où les sutures assureront sa fixation définitive.

Le plus souvent cette réduction du foie se fait sans difficultés.

Cependant, dans l'observation rapportée par G. Richelot, le lobe droit avait contracté une adhérence, large comme la paume de la main, avec la paroi abdominale un peu au-dessus du cæcum; en ce point la capsule de Glisson était blanche, épaisse, fibreuse. Cette adhérence immobilisait le foie déplacé; il fallut donc, pour rendre à l'organe sa mobilité, rompre l'adhérence.

De plus, chez la malade opérée par Lanelongue et Faguet, « les tentatives de réduction ne permirent pas de maintenir le foie dans la situation normale » par suite de l'hypertrophie cirrhotique dont il était atteint; nous verrons bientôt comment ils procédèrent néanmoins à la fixation de la glande hépatique.

Cette fixation a pour but d'assurer le contact entre la surface externe du foie, représentée par sa face convexe, et les parties voisines de la cavité abdominale tapissées par le péritoine pariétal, et la formation consécutive d'adhérences destinées à maintenir l'organe dans sa nouvelle situation.

La fixation s'opère à l'aide de fils passés en plein parenchyme hépatique et noués d'autre part, soit au rebord costal droit, soit à la paroi abdominale. Les fils employés peuvent être des fils de catgut de gros volume et par conséquent lentement résorbables, ou de préférence des fils de grosse soie plate; on évitera de cette façon, ainsi que nous l'avons dit à propos des plaies du foie, la section du tissu hépatique, qui ne manquerait pas de se produire avec du fil fin. La soie, à la condition d'être parfaitement aseptique, pourra être laissée à demeure dans la cavité péritonéale sans inconvénient; elle ne pourra même que rendre plus intime l'adhésion entre le foie et la paroi voisine.

Ces fils seront en nombre variable. Langenbuch passait 8 fils de soie à travers le bord inférieur du foie; G. Richelot, Lanelongue, Lennander se sont servis de trois fils; Gérard Marchant et Areilza



eurent recours à quatre, tandis que Bobroff n'en employa que deux.

Il faut en somme utiliser un nombre de fils suffisant pour soutenir d'une façon aussi énergique que possible le foie, dont le poids est assez considérable et particulièrement son lobe droit; plus le nombre de fils sera grand, plus ces fils se viendront en aide réciproquement, et moins l'effort supporté par chacun d'eux sera considérable, moins par conséquent le fil aura de tendance à couper le tissu du foie. Enfin le nombre des fils variera avec la surface du foie abordable pour l'opérateur par l'incision abdominale.

Le passage des fils à travers le tissu du foie sera pratiqué de préférence à l'aide d'aiguilles courbes, telles que l'aiguille courbe de Jacques Reverdin, ou plus avantageusement encore l'aiguille courbée d'Emmet. Mieux vaudrait peut-être, comme l'ont indiqué Kousnetzoff et Pensky, et ainsi que nous l'avons dit à propos des plaies du foie, substituer à l'emploi des aiguilles pointues, qui peuvent percer les parois d'un vaisseau, celui des aiguilles mousses droites ou un peu courbées, telle l'aiguille de M. Auvray. Celle-ci, jouant le rôle d'une sonde, rencontre la paroi des vaisseaux hépatiques, la contourne et évite ainsi des piqûres regrettables. Notons que dans nos vivisections nous n'avons jamais vu survenir d'hémorragie redoutable avec l'emploi des aiguilles pointues : à peine un léger suintement qui s'arrêtait de lui-même.

Les fils doivent pénétrer dans le tissu de la face convexe du foie à une profondeur suffisante pour que les tractions lentes et saccadées exercées sur eux au moment où on veut assurer le contact de la surface du foie avec la paroi abdominale n'amènent pas la déchirure du tissu hépatique compris dans l'anse. Les fils seront parallèles les uns aux autres et situés à un intervalle de 2 à 3 centimètres. Ils seront serrés, lorsque le blessé aura été placé dans *position déclive*, ainsi que le conseille H. Delagénière, position qui maintient le foie réduit, et permet d'éviter le tiraillement des anses nouées les premières. Ces anses, suivant le précepte de Defontaine (du Creuzot), doivent subir la même traction, car lorsque le foie est abandonné à leur soutien, celles qui seraient moins serrées, laisseraient porter tout le poids de l'organe sur leurs voisines au niveau desquelles le tissu hépatique céderait.

*Procédé de Gérard Marchant.* — Il fait passer les fils qui doivent servir à la fixation, à travers toute l'épaisseur du bord antérieur du

foie; il pratique ainsi une *transfixion totale marginale*. Les deux chefs de chaque fil ainsi passé dans la glande vont servir à la suspendre, soit à la paroi costale, soit à la paroi abdominale, soit aux deux à la fois. C'est ce dernier procédé qu'employa pour la première fois Gérard Marchant : « Les fils furent passés dans l'épaisseur du cartilage péri-chondral de la côte inférieure et à travers la paroi abdominale. » Bobroff fixa ses deux fils au cartilage chondro-sternal de la neuvième côte. Dans la suspension du foie aux côtes, on se rappellera qu'une blessure de la plèvre est toujours possible au moment du passage des fils; cet accident sera facile à éviter si l'on a soin de se tenir aussi près que possible du rebord costal, dont le cul-de-sac pleural, d'après Canniot (Th. de Paris, 1891), reste distant de 3 centimètres au moins au niveau de la ligne du mamelon.

Au surplus, cet accident se produirait-il, qu'il n'y aurait pas lieu de s'en inquiéter outre mesure; à propos des plaies du foie, en effet, nous avons indiqué que, dans certains cas, la voie transpleurale avait été suivie pour pratiquer la suture de la plaie hépatique, or l'air avait pénétré largement dans la cavité pleurale et la guérison n'en était pas moins observée.

Dans la fixation du foie à la paroi abdominale, les deux chefs du fil passé à travers le parenchyme hépatique doivent être passés d'autre part à travers les couches profondes de la paroi abdominale, et noués entre ces couches profondes et la couche cutanée; ce sont donc des sutures perdues sous-cutanées, qui assurent la suspension du foie à la paroi abdominale.

Le procédé de Gérard Marchant a été suivi par Langenbuch, Desguin, Areilza, Lanelongue et par Just Lucas-Championnière qui a apporté une légère modification à la technique que nous venons de décrire. Chaque fil est d'abord passé dans le foie, en prenant assez largement le tissu hépatique; le fil introduit par l'une des faces de l'organe sort par l'autre face et les *deux chefs sont noués en avant du bord antérieur*. Ce bord antérieur est soulevé, de manière à réduire le foie autant que possible dans la position normale; et les chefs ramenés dans l'épaisseur de la paroi, comme nous venons de l'indiquer. J. Championnière complète son opération en passant ses fils dans le ligament suspenseur, de manière à le soulever et à le fixer lui aussi à la paroi.

*Procédé de Legueu.* — C'est également à la transfixion complète du foie que ce chirurgien a eu recours dans son procédé que Chevalier



a décrit dans sa thèse (Paris, 1898) et qui diffère assez sensiblement de ceux que nous venons d'étudier. « Il consiste à suspendre le foie au moyen d'un vaste échelon de fil double soulevant l'organe par sa face inférieure. Le fil dont on se sert est un fil de grosse soie qu'on double de manière à augmenter sa résistance; ainsi doublé le fil a une longueur de 75 centimètres. Le passage est pratiqué à l'aide de l'aiguille de Jacques Reverdin.

On pratique une incision le long du bord externe du muscle grand droit, l'extrémité supérieure de l'incision dépasse de 5 à 6 centimètres le bord inférieur de la cage thoracique. L'extrémité droite du lobe droit étant découverte aussi loin que possible, on fait péné-

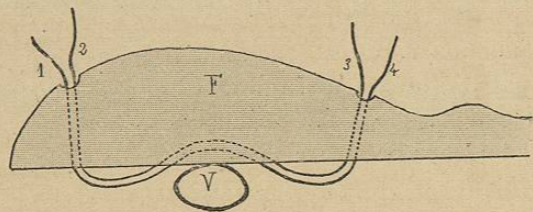


Fig. 19. — Mode de fixation du foie, dans le procédé de Leguen.

trer l'aiguille de J. Reverdin de la face inférieure à la face supérieure du foie à 4 ou 5 centimètres en arrière du bord antérieur.

Le fil est accroché et l'aiguille retirée fait sortir l'anse à la face inférieure (fig. 19), laissant les deux chefs du fil 1 et 2 émerger d'une longueur suffisante à la face supérieure. C'est cette anse qu'il faut conduire sur la face inférieure du foie en évitant la vésicule biliaire. Pour cela l'aiguille de J. Reverdin pénètre dans le parenchyme hépatique à gauche de la vésicule aussi loin que possible, contourne la face supérieure de cette vésicule et vient ressortir à la droite; là, elle prend le fil double et, le conduisant de droite à gauche, le fait émerger sur la face inférieure du foie en dedans de la vésicule biliaire.

Repasant de nouveau à travers l'épaisseur de la glande, mais cette fois de la face inférieure à la face supérieure, l'aiguille fait ressortir l'anse à la face supérieure du foie. Le fil double forme une anse continue embrassant sur une large surface la face inférieure du foie et se terminant à la face supérieure par quatre chefs, deux à l'extrémité droite du foie 1 et 2, deux à l'extrémité gauche, 3 et 4. Ce vaste échelon va être fixé aux côtes et à la paroi abdominale.

Pour les chefs de droite l'aiguille de J. Reverdin passée dans les

espaces intercostaux les fait revenir dans le tissu sous-cutané l'un après l'autre, à quelques centimètres de distance. Les fils de gauche sont passés à travers les couches profondes de la paroi abdominale.

On serre ensemble les deux chefs de droite 1 et 2; on fait de même pour les chefs de gauche 3 et 4; on assure ainsi par des sutures perdues sous-cutanées la fixation du foie aux côtes et à la paroi abdominale. Ces fils ne doivent pas être trop serrés; on s'arrête dès que le foie suffisamment relevé vient au contact de la concavité du diaphragme.

*Procédé de G. Richelot, Faure, Defontaine.* — G. Richelot combat la transfixion complète employée par Gérard Marchant le premier: « Les fils, dit-il, doivent être passés entre les couches profondes de la paroi abdominale et la face convexe du foie, et appliquer celle-ci au péritoine pariétal sans traverser l'organe de part en part, car le contact arrête l'hémorragie, tandis que les trous de la face inférieure pourraient saigner gravement. » G. Richelot fait en somme une *transfixion partielle*; et profitant chez sa malade des altérations que nous avons précédemment signalées du côté de la capsule de Glisson, passe ses fils à travers cette enveloppe blanche, épaisse et fibreuse, et trouve là un tissu bien plus résistant que le tissu normal du foie, et particulièrement favorable à la fixation de l'organe. En pareille circonstance la conduite de ce chirurgien devrait toujours être suivie.

Faure et Defontaine conseillent également d'opérer sur la face supérieure du foie, le fil entrant et sortant par la face convexe, en pénétrant de un à deux centimètres dans l'épaisseur du tissu hépatique.

*Procédés de H. Delagénère (du Mans).* — C'est également à la transfixion partielle que H. Delagénère a eu recours dans son procédé. La technique nous paraît assez spéciale pour que nous reproduisions textuellement la description de l'auteur:

« Le foie est refoulé en haut dans sa position normale. Sur la face convexe du foie, je place six catguts destinés à la fixation de l'organe, selon la méthode enseignée par F. Guyon pour la fixation du rein. Ces fils sont distants les uns des autres environ de 15 millimètres. Chaque fil est double et un nœud est fait à son entrée et à sa sortie du parenchyme. Quatre sont à faux fil, deux en anse simple. Les anses plongent dans le tissu hépatique à 1 centimètre de pro-