

fondeur et il y a 20 à 25 millimètres entre l'orifice d'entrée et celui de la sortie. Chaque faux fil comprend quatre orifices. Les deux du milieu laissent à découvert 1 centimètre des deux catguts, tandis que les points hépatiques situés de chaque côté ont de 15 à 28 millimètres d'étendue et environ 1 centimètre de profondeur. Il en résulte que la glande hépatique présente sur sa face externe en dehors de

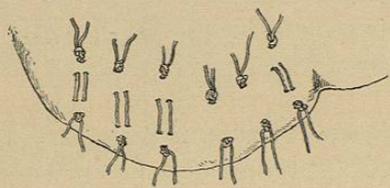


Fig. 20. — Passage des fils dans le procédé de H. Delagénère, du Mans.

son échancrure et près de son bord tranchant une surface quadrilatère longue environ de 7 centimètres et demi et large de 4 centimètres comprise par les fils et destinée à la fixation. — Il ne s'écoule pas de sang par les points de suture, grâce à la précaution prise d'employer une aiguille à surjet aussi fine que possible pour passer un catgut double aussi gros que possible (n° 3 de Répin). En outre,

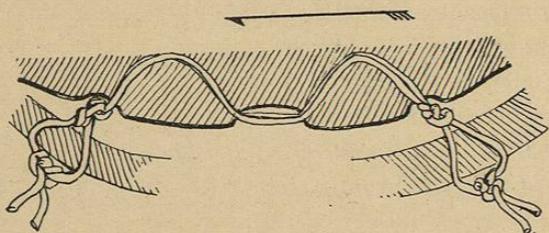


Fig. 21. — Coupe schématique du foie et de la paroi, montrant le mode de suspension du foie dans le procédé de H. Delagénère, du Mans.

les nœuds placés à l'entrée et à la sortie du fil aident encore à l'hémostase.

Chaque fil est placé dans la paroi de la façon suivante. La ligne directrice est le bord costal, qui doit correspondre à l'interstice compris entre les orifices d'entrée et de sortie des fils, de telle sorte que le foie ainsi fixé dépassera un peu plus que normalement le rebord costal. Les deux chefs postérieurs de chaque fil sont passés séparément et à un centimètre de distance l'un de l'autre, à travers le rebord costal et les plans musculaires, la peau exceptée, puis ils

sont noués vigoureusement. On fait ainsi six nœuds avec les douze chefs postérieurs. Les douze chefs antérieurs sont placés de la même façon, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale, toujours en exceptant la peau qu'on a préalablement décollée; les deux premiers répondent à l'incision de la paroi abdominale, mais les suivants s'en éloignent progressivement et suivant l'incurvation du rebord costal ».

Dans le cas dont il vient d'être question, H. Delagénère dans un deuxième temps opératoire avait dû créer une fistule biliaire pour remédier à la cirrhose. Chez deux opérés de Lennander l'hépatopexie fut compliquée également par la *cholécystostomie* rendue nécessaire par une cholécystite calculeuse accompagnant la chute du foie. L'auteur admet que « la fixation de la vésicule à la paroi contribue peut-être à consolider le foie ». La fistule biliaire se ferma spontanément.

Pour assurer une adhérence plus intime entre la surface du foie et la paroi, plusieurs opérateurs ont eu le soin, avant de pratiquer la ligature des fils (quel que soit le procédé employé) d'aviver cette surface. Lanelongue (de Bordeaux), avive au bistouri la face convexe sur une étendue qui mesure environ 6 centimètres de longueur et 3 centimètres de largeur; ce temps opératoire s'accompagne d'une hémorragie abondante.

Bobroff « laboure » la face supérieure du foie avec l'aiguille à sutures pour déterminer des adhérences inflammatoires; dans le même but, Areilza, Legueu, cautérisent l'organe au thermocautère.

Ces procédés opératoires me paraissent préférables à celui qu'ont employé Franke et Lennander, qui pour créer des adhérences, disposent en éventail entre la face supérieure du foie et le diaphragme un tampon de gaze iodoformée, qu'il enlève huit jours après (Franke) ou un tampon de gaze stérile trempée dans du sublimé à un millième, qu'il laisse à demeure pendant quinze jours (Lennander). Le contact de ces substances avec le péritoine produirait une irritation aseptique de ce dernier, capable de déterminer la production d'adhérences étendues entre le foie et le diaphragme.

Nous trouvons un grave inconvénient à abandonner ainsi, pendant un temps aussi long, dans l'abdomen, un tampon d'ailleurs inutile qui peut s'infecter, et devenir le point de départ d'accidents septiques.

Ces diverses méthodes ne sont en somme que l'application à l'homme du procédé que Faure avait mis en usage chez le chien dans

des expériences intéressantes qu'il relate dans sa thèse. L'auteur se proposait de voir « si le tissu hépatique lui-même était, après dénudation et enlèvement de son enveloppe péritonéale, susceptible de se souder intimement à la paroi de l'abdomen et de fournir des adhérences plus solides que celles de séreuse à séreuse ». Sans entrer dans le détail des expériences, qui rappellent celles que Tuffier pratiqua pour s'assurer de la solidité des adhérences que le rein contracte avec la paroi lombaire, après la néphropexie, nous nous contenterons d'insister sur leurs résultats éloignés.

A l'autopsie, Faure constatait l'union très intime entre le lobe fixé et la paroi abdominale. « Sur toute la périphérie de la zone décortiquée, il y a des adhérences péritonéales simples entre le feuillet hépatique et le feuillet pariétal. Ces adhérences sont déjà solides; cependant lorsqu'on tire sur le lobe du foie elles se laissent assez facilement déchirer.

« Mais entre la zone décortiquée et la paroi abdominale, les adhérences sont beaucoup plus fermes, au point que lorsqu'on vient encore à exercer sur le foie des tractions suffisantes, celui-ci se déchire en plein tissu, laissant une couche d'une certaine épaisseur adhérente à la paroi. » Cette description justifie pleinement les divers procédés décrits précédemment et employés par les chirurgiens dans le but de favoriser une adhérence très intime du foie et de la paroi abdominale.

Si la réduction du foie dans sa situation normale ou à peu près normale ne pouvait être obtenue, il faudrait se contenter de le fixer à la paroi dans le point avec lequel il serait en rapport. C'est ce que fit Lanelongue chez sa malade, et le succès justifia son procédé : « Des tentatives de réduction ne permettent pas de maintenir le foie dans sa situation normale; trois points de suture au catgut, comprenant toute la paroi abdominale et une tranche assez épaisse du tissu hépatique, mettent la région avivée de l'organe en contact avec le feuillet pariétal du péritoine; le plus élevé est situé dans le dernier espace intercostal ». La malade est revue deux ans et neuf mois après l'opération : les douleurs abdominales ont disparu, et elle a repris ses occupations antérieures; *son foie est toujours prolabé, mais il a totalement perdu sa mobilité*. Il semble donc que l'immobilisation seule du foie ait suffi alors même que sa réduction était impossible.

La suture du plan superficiel de la paroi est faite dans les condi-

tions ordinaires, et le pansement ne diffère en aucune façon de celui que l'on emploie à la suite de toute laparotomie.

La fixation du foie à la paroi, pratiquée dans les conditions que nous venons d'indiquer, est en somme une opération facile à réaliser.

Voyons maintenant en quoi consiste le procédé préconisé par Depage (de Bruxelles).

Procédé de Depage. — Cet auteur faisant jouer un rôle capital au relâchement de la paroi du ventre dans l'hépatoptose, ne considère « la fixation du foie que comme une opération secondaire, comme un complément à la résection de la paroi abdominale ».

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire *in extenso* la description de l'opération telle qu'elle est donnée par Depage.

« Nous limitons sur la paroi abdominale un lambeau que nous formons en faisant une incision transversale, allant de l'extrémité inférieure de la onzième côte jusqu'à l'extrémité antérieure de la onzième côte du côté opposé. Des deux extrémités de cette ligne nous menons deux incisions obliques, allant jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic, et longues chacune de la moitié de l'incision primitive. Des deux extrémités inférieures des incisions, nous menons alors deux incisions courbes à convexité externe, formant les trois quarts inférieurs d'un losange, terminé par une pointe assez prononcée à la partie inférieure (fig. 22).

Après l'ablation de ce lambeau cutané, nous enlevons la ligne blanche jusqu'au bord antérieur du muscle droit, péritoine compris, puis nous attirons le ligament ombilical du foie avec l'extrémité inférieure du ligament falciforme dans l'angle supérieur de la plaie, où nous le suturons de manière à le raccourcir fortement; nous procédons ensuite à la suture de la paroi abdominale qui doit être faite avec la plus grande minutie, pour éviter toute éventration ultérieure; il faut reconstituer la paroi abdominale dans son état normal, et pour cela, il faut rétablir les différents plans et les réunir ensuite aux plans sous-jacents. Nous mettons d'abord un plan de suture pour la séreuse, puis un plan comprenant le muscle et la séreuse; un troisième plan comprenant le muscle seul; un quatrième, comprenant l'aponévrose et le muscle; un cinquième, comprenant l'aponévrose seule; un sixième, comprenant la peau avec les couches sous-jacentes et enfin, un septième plan, comprenant la peau seule.

La suture de la peau doit spécialement attirer notre attention : les deux angles supérieurs du segment de losange sont suturés à la partie moyenne de la lèvre supérieure de la plaie transversale. On obtient une plaie en forme de T, dont la partie inférieure constitue un losange complet; cette plaie est ensuite suturée dans toute son étendue (fig. 23).

Dans ce procédé le chirurgien se propose de raccourcir la paroi abdominale dans tous les sens; il le croit préférable à celui qui con-

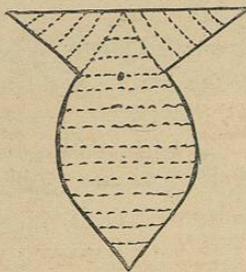


Fig. 22. — Procédé de Depage.
1^{er} temps.

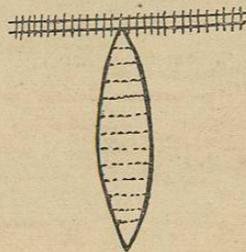


Fig. 23. — Procédé de Depage.
Sutures.

siste à resserrer le ventre en réséquant sur la paroi abdominale un lambeau losangique comprenant ou non l'ombilic; car, dit-il, « en réséquant un lambeau losangique, on raccourcit le ventre dans le sens transversal et on l'allonge dans le sens vertical; il se forme un bourrelet au-dessus ou au-dessous de l'incision; au lieu d'un ventre en besace, on obtient un ventre en bissac, inconvénient qui sans aucun doute favorise la récurrence ».

Dans une lettre adressée à l'un de nous ⁽¹⁾ et dans laquelle le docteur Depage nous fournit sur ses opérés des renseignements que nous reproduirons ultérieurement, ce chirurgien ajoute à propos de son procédé les observations suivantes.

« Je considère l'hépatopexie comme une manœuvre secondaire dans l'opération; à mon avis, l'acte principal, c'est la *laparotomie*. Grâce à cette opération les organes du ventre sont mieux tenus dans leur situation et ils ne sont pas abandonnés à leur propre poids. Je crois que les douleurs résultent surtout des tiraillements exercés par l'organe, lequel se trouve suspendu en quelque sorte librement dans l'abdomen. Par la laparotomie on tend la paroi du ventre;

(1) M. Auvray. Lettre du 21 novembre 1896.

on resserre les viscères entre eux et l'on s'oppose à leur ballonnement. »

Procédé de Péan. — Hépatopexie par formation d'une cloison séreuse sous-hépatique. Péritonéoplastie sous-hépatique. — Au Congrès français de Chirurgie d'octobre 1896, Péan a décrit de la façon sui-

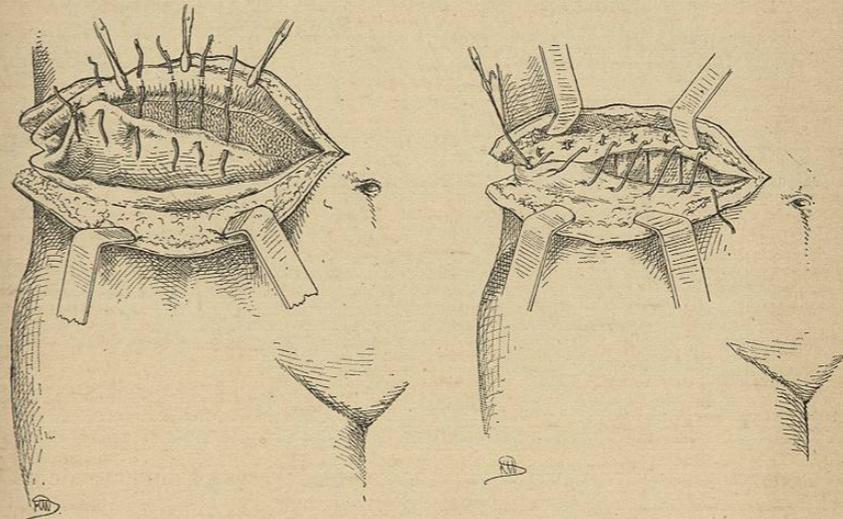


Fig. 24. — Procédé de Péan
(1^{er} temps).

Fig. 25. — Procédé de Péan
(2^e temps).

vante le procédé qu'il emploie pour remédier à ce qu'il appelle la luxation du foie (fig. 24 et 25).

« Vu le siège pelvien de la tumeur, je donne la préférence à l'incision transversale. La section est faite d'arrière en avant, du bord antérieur du carré lombaire dans la direction de l'ombilic, sur une longueur de 15 centimètres. La tumeur mobile n'est pas extra-péritonéale (Péan croyait à un rein mobile). La réduction du foie opérée, il s'agissait de la maintenir. Tout d'abord je fais fixer le foie par la main d'un aide et je renonce à le transfixer avec des fils de soie, comme je l'ai souvent fait pour des déplacements de petits lobes hépatiques ou dans les cas d'excision partielle de la glande, quand il s'agissait d'hémorragies que ne pouvaient arrêter ni le pincement, ni les cautérisations. En rattachant le foie aux côtes, on a pu, il est vrai, dans certains cas, obtenir une bonne hémostase et des adhérences solides, mais pour un déplacement aussi considérable que

celui que nous avons sous les yeux il faudrait transfixer profondément toute la masse du viscère sur plusieurs points et s'exposer ainsi à produire de graves désordres. *Je pense que le mieux est de créer au-dessous du foie une cloison séreuse artificielle, transversale, d'une longueur suffisante pour prévenir tout déplacement ultérieur.* J'y parvins sans difficulté en adossant immédiatement au-dessous de l'organe réduit, le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-latéral, au moyen de fils de soie à anses séparées comprenant ces séreuses, et partout où cela est possible une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ou fibreux. Je renforce ensuite cette suture par un surjet de catgut. Ainsi se trouve formé un plancher solide, séparant complètement la nouvelle loge hépatique du reste de la grande séreuse et ne gênant en rien le fonctionnement des canaux biliaires. Ce cloisonnement artificiel a été d'autant plus facile à établir que la glande hépatique, en se luxant dans le bassin, avait repoussé devant elle le côlon ascendant et le transverse de droite à gauche et qu'elle avait largement dilaté toute la séreuse du côté latéral droit de l'abdomen.

« Bien entendu, les aiguilles et les fils qui ont servi aux sutures ont été passés par l'ouverture faite au péritoine, au niveau de l'incision abdominale; cela nous permet de refermer ensuite la plaie péritonéale par un nouveau surjet de catgut et d'intercepter toute communication de la cavité avec l'extérieur. »

En somme, comme le dit Robin-Massé¹ qui complète la description de Péan, pendant que d'une main : « un aide soutenait le foie et le maintenait dans sa position normale, de l'autre main il soutenait 3 ou 4 languettes placées transversalement sur le péritoine postérieur, y déterminant un pli dont le sommet pouvait, sans tiraillement, se mettre au contact du péritoine antérieur, un peu au-dessus de la lèvres supérieure de l'incision transversale. Il était suturé en cette position (fig. 24), au moyen d'anses séparées de soie, un surjet de catgut renforçant cette première ligne de suture. L'application temporaire de pinces pour former ce pli péritonéal et l'amener au contact du péritoine présente cet avantage que, jusqu'à la fin de la suture, le péritoine non encore fixé est soutenu par ces pinces et ne pèse pas sur les premiers points. La dernière pince est enlevée quand le dernier fils est rogné. Quand ce temps est achevé, la face

(1) ROBIN MASSÉ, *Du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale.* (Procédé Péan.) Thèse de doctorat, Paris, 1898.

inférieure du foie se trouve reposer sur une large sangle transversale et antéro-supérieure qui la sépare du reste de la cavité abdominale. »

Reste à savoir si cette méthode sera toujours applicable. La manœuvre est rendue facile par la laxité considérable que présente dans certains cas le péritoine postérieur.

Péan avait apporté à sa première manière d'opérer une légère modification : « Au lieu de pincer le péritoine pariétal postérieur et de former avec lui un pli qu'il amène au contact du péritoine antérieur, il a incisé son péritoine postérieur; il mobilise la lèvre supérieure et la fixe par des anses séparées de soie fine au péritoine pariétal antérieur en passant ces fils à travers les muscles et le périoste des côtes qui forment le bord antérieur du thorax. Il obtient ainsi une belle cloison transversale qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie. Il ne lui reste plus qu'à fermer la cavité péritonéale au-dessous de cette cloison, ce qui est facile, grâce à la mobilité de la lèvre inférieure du péritoine postérieur divisé qui lui permet de l'attirer et de le suturer au péritoine pariétal antérieur. »

C'est à un procédé analogue de formation d'une cloison séreuse sous-hépatique que F. Terrier a eu recours chez une jeune fille de vingt-cinq ans, qu'il opérait en 1898, pour un foie mobile.

« On relève le foie et on le met en place sous le diaphragme. Un aide maintient l'organe réduit. On attire alors vers la paroi péritonéale latérale droite, la partie droite de l'épiploon, qui vient former une sorte de sangle sous le foie et surtout sous son lobe droit hypertrophié. Cette sangle est maintenue par des sutures en anse attirant l'épiploon et le mettant en contact avec la paroi latérale droite sous-hépatique. Il en résulte un plancher formé par l'union de l'épiploon et du péritoine pariétal, plancher maintenant le foie réduit. »

La malade fut revue plusieurs années (2 ans) après l'opération; la fixation du foie était parfaite et les troubles digestifs avaient complètement disparu.