

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Péan, 1897.	F. 43 ans.	Nervosité extrême, digestions laborieuses, constipation opiniâtre. Utérus antéversé. Foie douloureux à la pression, semble petit.	Incision transversale de la paroi. Le foie est abaissé de façon que sa face supérieure est antérieure, son bord inférieur tourné en dedans et en arrière. La masse hépatique est refoulée difficilement sous les côtes. Formation d'une cloison transversale, qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie.	Guérison.
F. Terrier, 1898.	F. 25 ans.	Troubles de l'estomac qui font penser à une sténose du pylore. Tumeur de l'hypochondre droit, attribuée par les uns à un rein mobile, par d'autres, à une néoformation du foie. Nervosisme très accusé.	Laparotomie. Le foie est abaissé; il a basculé autour de son axe transversal. La face convexe regarde en avant. Le lobe droit est très hypertrophié. Vésicule normale. Le duodénum est abaissé et probablement comprimé, d'où les troubles gastriques. Le foie est mis en place sous le diaphragme; un aide le maintient réduit. On attire 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. Cette sangle est maintenue par des sutures en anses attirant l'épiploon et le mettant en contact avec la paroi latérale droite sous-hépatique. C'est en somme un plancher formé par l'union de l'épiploon et du péritoine pariétal, qui maintient le foie réduit.	Guérison. Revue plusieurs mois après, la fixation du foie était parfaite. Les troubles digestifs étaient disparus. La guérison se maintient depuis 2 années.

Résultats.

Considérés dans leur ensemble, les résultats des dix-huit observations où l'hépatopexie totale seule a été pratiquée, sont les suivants :

Sur 18 cas, on compte : 15 guérisons, 1 mort, 2 cas incertains.

La mort (observation de Desguin) est imputable à des accidents de péritonite aiguë, de sorte qu'on ne peut tirer de cette observation aucune conclusion sur la valeur thérapeutique de l'hépatopexie.

Il nous reste à examiner dans quelles conditions se sont rétablis les malades que nous considérons comme guéris.

Dans 15 cas, ceux de Langenbuch, G. Richelot, Lanelongue, Enrique Areilza, Franke, H. Delagènière, Just Lucas-Championnière, Blanc, Legueu, Lennander, Ramsay et Routier, l'état des malades est devenu et s'est maintenu très satisfaisant à la suite de l'opération, à tel point qu'on peut considérer ces 15 cas comme 15 guérisons. Il sera facile d'en juger du reste par les renseignements suivants puisés dans les observations des auteurs :

Langenbuch constate que sa malade était complètement rétablie six semaines après l'opération et trois mois après le résultat s'était maintenu d'une façon parfaite.

La malade de G. Richelot était atteinte de fréquents accès de douleur avec vomissements bilieux; au moment de l'opération elle avait cessé tout travail, elle était immobilisée, impotente et réclamait le secours de la chirurgie. « Les suites opératoires ont été nulles; la malade est revue plus de trois mois après l'intervention; la guérison est complète; le foie, resté suspendu où on l'a fixé, débordé les fausses côtes de trois travers de doigt. Le ventre est souple, insensible, et la malade qui avait pris une ceinture et la trouvait gênante, ne veut déjà plus la porter. Elle marche longtemps sans fatigue, et se déclare aussi bien portante que jamais. »

Lanelongue opère sa malade en juin 1892 et à l'occasion de la voir en mars 1895. Depuis son opération (deux ans et neuf mois) les douleurs abdominales ont disparu et elle a pu reprendre ses occupations antérieures. Son foie est prolabé, mais il a totalement perdu sa mobilité. L'état général est bon. De plus, il est un détail important à noter et qui devait assombrir le pronostic : le foie au moment de l'opération était cirrhotique; or la fixation n'en a pas

moins réussi et la cirrhose ne paraît pas avoir fait de progrès appréciables.

L'opéré d'Enrique Areilza sort de l'hôpital quinze jours après l'opération, il est perdu de vue pendant cinq ans, et au moment où l'observation est publiée en juillet 1896, le malade est en bon état, le foie est fixé en place.

H. Delagénère a reçu des nouvelles de son opérée treize mois après l'opération : « l'état général est excellent, la malade ne présente aucun trouble digestif ; du côté du ventre le foie occupe la situation normale, il ne paraît pas déborder les fausses côtes. » Au moment de l'intervention le foie fut trouvé cirrhotique, A. Delagénère combina à l'hépatopexie, l'abouchement de la vésicule biliaire à la paroi en vue de tenter la guérison de la cirrhose et il a obtenu un plein succès.

L'opérée de J. Lucas-Championnière revue deux ans après l'opération est dans un parfait état ; tous les accidents antérieurs ont disparu, et le foie est demeuré en place.

Chez ses deux opérés, Legueu constata à la suite de l'opération une légère douleur diaphragmatique correspondant aux attaches anormales données au foie, mais cette douleur disparut rapidement. Une seule des deux malades a été revue cinq mois après l'opération : son état général est excellent, ses forces sont revenues, les crises douloureuses hépatiques avec irradiations vers l'épaule et l'ombilic ont cessé, les troubles nerveux et digestifs ont disparu, la malade a engraisé. La fixation du foie s'est maintenue ; l'organe dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, du reste la réduction complète du foie avait été impossible à cause de la déformation. Ceci prouve que ce n'est pas tant la réduction que l'immobilisation du foie qu'il est utile d'obtenir.

Chez les deux malades de Lennander, observés l'une deux ans après la fixation du foie, l'autre six mois après, le foie s'était maintenu dans sa nouvelle situation ; l'état général était satisfaisant, et le travail possible sans fatigue.

Ces 15 cas doivent être considérés comme de *vraies guérisons*. Nous ferons remarquer que dans ces observations le foie n'a pu toujours être fixé dans sa position normale ; dans l'observation de G. Richelot il débordait de trois travers de doigt le rebord costal, chez l'opéré de Lanelongue il n'a pu être réduit et a été fixé dans la position qu'il occupait, de sorte qu'il faut conclure de ces faits que ce n'est pas tant à la réduction de l'organe dans la situation normale,

qu'à son immobilisation qu'il faut attribuer les bienfaits de l'intervention.

Restent les deux observations de Gérard Marchant et de Bobroff, qui ne sont très probantes ni l'une ni l'autre.

En effet dans le cas de Gérard Marchant, les phénomènes douloureux persistent, bien que la fixation du foie semble d'abord avoir parfaitement réussi ; et l'état ne s'améliorant pas, le chirurgien pratique au bout de quelque temps la néphropexie ; à partir de ce moment les phénomènes douloureux ont presque complètement disparu ; et cependant chez cette malade, revue huit mois après la dernière opération, le foie semble dépasser de nouveau le rebord costal d'environ trois travers de doigt. Dans le cas actuel c'est à la néphropexie qu'il faut attribuer les bienfaits de l'intervention ; l'hépatopexie semble n'avoir amené aucun résultat.

De la lecture de l'observation publiée par Bobroff, il nous paraît résulter que la malade s'est trouvée *améliorée* à la suite de l'opération, sans être complètement guérie. Cette malade présentait depuis longtemps des phénomènes douloureux avec ictère, de la faiblesse générale, elle était dans l'impossibilité de marcher et de s'asseoir à cause des douleurs qu'elle éprouvait dans le côté droit. Après l'opération l'ictère diminue, pour reparaitre bientôt avec la même intensité. La malade a été opérée le 29 janvier 1894, et à la date du 1^{er} avril on constate qu'elle marche bien et sans éprouver de douleurs. Au moment où l'observation est publiée en 1895, l'ictère persiste assez prononcé ; lorsque la patiente est couchée tranquillement ou qu'elle marche doucement, elle ne souffre pas ; son état général est bon. Assurément il y a eu amélioration, mais elle ne nous paraît pas suffisante pour classer ce cas parmi les guérisons.

En sorte que sur les dix-huit cas où l'hépatopexie a été pratiquée, nous considérons que *quinze fois les suites de l'opération ont été très satisfaisantes, il y a eu vraie guérison* ; dans un cas, on a constaté seulement une *amélioration* des symptômes antérieurs ; deux fois l'opération est restée sans résultat.

Enfin dans une des interventions ce sont les accidents septiques qui ont emporté la malade quelques heures après l'opération, de sorte qu'il est impossible de préjuger du résultat possible.

La statistique publiée par Depage porte sur 3 cas dans lesquels l'auteur employa son procédé.

Sur ces 3 cas, il y a eu 2 guérisons, 1 mort.

Dans le cas où il y a eu mort, l'opération se présentait dans des

circonstances particulièrement défavorables ; elle fut compliquée en effet par la nécessité où se trouva l'opérateur de pratiquer la cholédocotomie et la résection de la vésicule biliaire ; l'opération fut longue et la malade mourut de shock.

Dans les 2 cas où il y a eu guérison, voici les résultats donnés par l'auteur au moment où il publiait sa brochure sur l'*Intervention chirurgicale dans la splanchnoptose* (Bruxelles, 1893). « L'une des opérées, revue un certain temps après l'intervention, vaque à toutes ses occupations du ménage sans jamais souffrir ; elle est heureuse de l'opération ; elle a sensiblement augmenté de poids, son ventre ressemble à celui d'une jeune fille et son foie reste fixé dans une situation quasi normale » ; l'autre opérée, revue de temps en temps, « ne ressent plus la moindre douleur ».

Le D^r Depage a bien voulu nous donner à la date du 21 novembre 1896, c'est-à-dire trois ans et demi après l'opération, des renseignements sur l'état actuel de ses opérées, qu'il a revues sur notre demande la veille du jour où il nous écrit ; nous ne saurions mieux faire du reste que de rapporter ici textuellement ce qu'il dit : « 1^o La nommée C... (c'est la 1^{re} opérée) n'a plus ressenti la moindre douleur depuis l'opération. Cette femme *depuis vingt ans* ne pouvait plus travailler, tant elle souffrait ; actuellement elle vaque à ses occupations de ménage, travaille aux champs, porte des fardeaux sans éprouver de fatigue malgré son âge (elle a maintenant soixante-dix ans) ; elle est complètement transformée et son état général est excellent.

« A l'examen le ventre est arrondi, légèrement proéminent ; la peau est tendue et il n'y a pas apparence d'éventration. A la palpation on parvient à sentir le bord inférieur du foie, qui est situé dans son ensemble 2 à 3 travers de doigt plus haut que normalement. En haut la matité absolue se limite à la huitième côte sur la ligne mamillaire. Au niveau de la ligne médiane le bord inférieur du foie se trouve à 1 centimètre 1/2 au-dessous de la cicatrice de l'incision horizontale de l'opération, c'est-à-dire que l'organe à ce niveau est descendu depuis mon intervention.

« 2^o La nommée L... est aussi complètement guérie ; elle non plus n'a plus jamais éprouvé de douleur, tandis qu'avant l'opération elle avait la main constamment portée à la région hépatique, tant ses souffrances étaient fortes. Les digestions qui étaient pénibles se font actuellement d'une façon normale et les garde-robes sont régulières. A l'examen, le ventre est un peu proéminent, la peau est tendue et il n'y a pas trace d'éventration.

« La matité absolue du foie mesure 11 centimètres. Sur la ligne mamillaire et 7 centimètres sur la ligne médiane, elle atteint la ligne parasternale à gauche. Le foie dans son ensemble est situé plus bas que normalement, mais sa direction est normale ; il n'est pas descendu depuis l'opération. On ne sent plus la tumeur formée par son bord postérieur que l'on percevait dans la fosse iliaque. »

Péan opéra par son procédé « suspension du foie par formation d'une cloison séreuse artificielle » trois malades, dont une succomba aux suites de l'opération, et dont les deux autres sont restées guéries, d'après les renseignements éloignés que nous fournit Robin Massé dans sa thèse. F. Terrier, par un procédé analogue à celui de Péan, a obtenu une guérison persistant depuis plus de 2 années.

Nous venons de le voir, les observations publiées jusqu'à ce jour sont encore bien peu nombreuses, aussi pensons-nous qu'il est difficile de se prononcer actuellement d'une façon définitive sur la valeur de la fixation du foie. On peut cependant tirer quelques conclusions utiles des observations, dont nous avons à dessein apprécié longuement les résultats.

Il nous semble, en principe, que la fixation du foie est possible sans grandes difficultés, c'est une opération très logique, qu'il faudra entreprendre dans certaines conditions que nous allons indiquer, et dont les résultats semblent parfaitement justifier l'emploi, puisqu'en définitive sur vingt-cinq cas, que nous considérons en bloc, vingt et une fois il y a eu une guérison *absolue*, et que dans les deux cas où il y a eu mort, peut-être le dénouement fatal eût pu être évité, si les règles de l'asepsie eussent été mieux suivies ; car il reste bien acquis que l'opération ne devra être pratiquée que si la plus rigoureuse asepsie peut être observée.

Ceci dit, *dans quel cas faut-il intervenir chirurgicalement ?*

Nous pensons que pour appliquer un traitement efficace à l'hépatoptose, il faut s'efforcer de reconnaître la maladie dès son début, c'est-à-dire à une époque où on pourra peut-être, par un traitement médical sérieux s'adressant aux troubles de la nutrition dont l'hépatoptose paraît une des manifestations et aidé de bandages, obtenir un résultat ou au moins enrayer les progrès de la maladie.

Mais lorsqu'on aura attendu trop longtemps, que la vie des malades leur sera devenue intolérable par les douleurs qu'ils éprouveront et le repos auquel ils seront condamnés, que le déplacement du foie

sera notable, c'est à l'hépatopexie qu'il faudra avoir recours, et c'est dans des conditions analogues, le plus souvent sur la demande des malades qu'on est intervenu.

Évidemment l'opération n'aura pas pour but de remédier aux troubles nutritifs, elle sera dirigée uniquement contre les phénomènes mécaniques (tiraillements, compression) qui accompagnent les ptoses viscérales, et peuvent être considérés comme la cause des désordres observés.

Une fois l'opération décidée, à laquelle des méthodes devons-nous avoir recours ?

Toutes les méthodes comptent des succès, et cependant surtout chez les sujets âgés, nous serions tentés d'expérimenter le procédé de Depage, qui lutte à la fois contre la chute du foie en le fixant et contre la ptose de l'intestin qui l'accompagne par la réfection de la paroi abdominale. Cette reconstitution de la paroi nous paraît un bon moyen de venir en aide à la fixation du foie. Car, ainsi que nous l'avons dit à propos de la pathogénie, il faut considérer le relâchement de la paroi comme une cause mécanique accessoire favorisant l'apparition du foie mobile chez des sujets prédisposés, et dont il faut tenir grand compte dans le traitement chirurgical.

En somme, les conclusions auxquelles nous arrivons à la fin de ce travail, et que nous admettons jusqu'à nouvel ordre, sont les suivantes :

L'hépatopexie est une opération très rationnelle, dont on est en droit d'attendre de très bons résultats, qu'il faudra réserver aux cas où les accidents condamnent les malades à l'immobilité et empêchent tout travail, et qu'il sera parfois utile de compléter par la reconstitution d'une paroi abdominale solide.

Index bibliographique des cas où il y a eu opération pratiquée.

RÉSECTION D'UN LOBE FLOTTANT

- LANGENBUCH, *Med. chir. Centralblatt.* (La première résection du foie.) Vienne, 1888, XVIII, p. 231.
BASTIANELLI, *Il Policlinico*, Rome, 1895, p. 151.

HÉPATOPEXIE PARTIELLE

- GENOUVILLE, *Association française d'urologie*. 3^e session, Paris, 1898.
VON HACKER et VON BILLROTH, *Wien. med. Wochenschrift*, 1886, n^{os} 14 et 15.

- LANGENBUCH, *Deut. med. Wochenschrift*, 1891, p. 1241.
MAUCLAIRE, *Bull. Soc. An.* Paris, 1897, XI, 785-786.
RIDDEL, *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1888, n^{os} 29 et 30, p. 576 et 602.
Bulletin médical. Paris, 1888, t. II, p. 1177.
TERRIER (F.) et BAUDOUIN (M.), *Progrès médical*. Paris, 18 août 1888, n^o 33, t. VIII, p. 121.
TSCHERNING, *Central. f. Chirurg.* Leipz., 1888, XV, p. 426.

HÉPATOPEXIE TOTALE

- AREILZA (E.), *Rivista di medicina y cirugia practica*, 5 juillet 1896, p. 24.
BLANC, *Lyon médical*, 1896, t. 86, p. 227.
BOBROFF, *Wratch*, 1895, t. 16, n^o 46, p. 1299.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). Cité par Guéniot, article sur le foie mobile, in *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1^{er} avril 1897, p. 375.
DELAGÈNIÈRE (H.). *Archives provinc. de Chirurgie*. Paris, 1897, t. VI, p. 310-316, et *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, avril 1897, t. XXIII, p. 232.
DESGUIN, *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1892, t. LIV, p. 205.
FRANKE, *Centralblatt f. Chirurgie*, Leipz., 1896, p. 776-770.
LANELONGUE et FAGUET. Cité dans la Thèse de Couturier. Bordeaux, 1895, et Congrès de Bordeaux, 1895.
LANGENBUCH, *Deut. med. Wochenschrift*, 1891, p. 1241.
LEGUEU, Thèse de Chevallier. Paris, 1898, p. 38.
LENNANDER, *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 10 mai 1900, p. 545-546.
G. MARCHANT, *Bull. de l'Académie de Médecine*, Paris, 11 août 1891, t. 26, p. 200, et Thèse de Faure. Paris, 1892.
RAMSAY, *British. med. Journ.* Lond., 1897, I, p. 1152.
RICHELOT (G.), *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. Paris, 1893, XXX, p. 342-344.
ROUTIER, Cité par Genouville. *Assoc. franç. d'Urologie*. 3^e Session. Paris, 1898.
DEPAGE, *De l'intervention chirurgicale dans la splachnoptose*. Bruxelles, 1893.
PÉAN, *Congrès de Chirurgie*. Paris, octobre 1896, t. X, p. 490-498 et thèse de Robin-Massé. Paris, 1898.
TERRIER (F.). Observation inédite.