

### Traitement.

Dans ce chapitre si nouveau et si intéressant au point de vue chirurgical, nous devons successivement étudier :

1° Quelles sont les indications de la thérapeutique chirurgicale des tumeurs du foie ?

2° Quelles sont les diverses méthodes auxquelles on a eu recours dans le traitement chirurgical de ces tumeurs, et quelles sont celles qui méritent la préférence ?

Nous devons tout d'abord reconnaître que les cas de tumeurs hépatiques dans lesquelles il est permis au chirurgien d'intervenir doivent être considérés comme très rares. Jusqu'ici les quelques observations publiées pouvaient être regardées à juste titre comme des tentatives hardies de la chirurgie ; ces cas deviendront, sans doute, plus nombreux avec le perfectionnement des méthodes de résection, mais ils n'en seront pas moins toujours rares, nous le répétons, et cela pour les raisons suivantes :

D'abord les tumeurs *primitives* du foie sont peu fréquentes ; or nous pensons avec les cliniciens, que toute intervention chirurgicale doit être contre-indiquée dans les cas de tumeurs secondaires, celles-ci étant l'indice de la généralisation d'un néoplasme plus ou moins éloigné de la glande hépatique. Cette opinion s'applique également au lymphadénome qui doit être regardé dans la grande majorité des cas, comme la manifestation locale d'une maladie générale qu'il faut traiter par les moyens purement médicaux. Il en est de même de la tuberculose ; de plus, lorsqu'on se trouve en présence d'un néoplasme primitif du foie (et de tous ces néoplasmes primitifs, c'est le cancer qui est le plus fréquent) nous avons vu à propos de l'anatomie pathologique que le plus souvent les tumeurs sont multiples et disséminées dans le parenchyme de la glande ; ce caractère de multiplicité est encore une contre-indication à toute opération. Alors en effet que par leur situation les tumeurs seraient accessibles à l'opérateur, la multiplicité des portions de foie à réséquer, les difficultés de chaque intervention rendraient l'opération impraticable, et du reste, pour des raisons faciles à saisir, tout est fait inutile.

Il faut donc, pour qu'on puisse tenter l'extirpation d'une tumeur

du foie, que cette tumeur soit *unique* ; il faut de plus *qu'elle siége en un point facilement accessible à l'opérateur*, c'est-à-dire d'ordinaire au niveau du lobe gauche ; ne voyons-nous pas, en effet, un chirurgien italien, Tricomi, pratiquer la résection du lobe gauche du foie en entier, et pour arriver à ce résultat ne pas hésiter à réséquer l'appendice xiphoïde, à sectionner le muscle droit de l'abdomen et à couper le ligament triangulaire gauche ? Ainsi le lobe devenu mobile put être extrait de la cavité abdominale.

Il ne saurait être question, bien entendu, de s'attaquer à des tumeurs profondément situées dans l'épaisseur de l'organe, et cela pour des raisons sur lesquelles il est inutile d'insister.

Un caractère qui favorise notablement l'extirpation, c'est la *pédiculisation* de la tumeur, qui a rendu possible dans certains cas l'intervention sur des tumeurs développées aux dépens de la face inférieure du foie.

Au point de vue des indications thérapeutiques : le nombre, le siège et la pédiculisation du néoplasme, sont donc des caractères de première importance.

Mais il peut se faire que la tumeur, même dans les cas où elle réunit les conditions précédentes, ait contracté des adhérences intimes avec la paroi abdominale ou les viscères du voisinage, adhérences rendant impossible sans danger toute extirpation, et justifiant les laparotomies restées exploratrices faites pour des tumeurs du foie inopérables.

Toutes les tumeurs du foie, quelle qu'en soit la nature, si elles sont uniques, favorablement situées, à plus forte raison si elles sont pédiculées et exemptes d'adhérences, sont justiciables de la résection du foie. En effet, les diverses variétés de tumeurs (cancers primitifs, adénomes, sarcomes, gommés, angiomes) se trouvent représentées dans les tableaux que nous donnons plus loin ; toutefois les interventions sont peu favorables en ce qui concerne le cancer, à cause de la fréquence des récidives. Nous estimons cependant que dans le foie comme ailleurs les foyers d'infection créés par les néoplasmes malins doivent être supprimés, et que même dans les cas où leur ablation serait impossible, des opérations palliatives — telles la cholécystostomie, — pourraient être indiquées pour remédier à des troubles fonctionnels (phénomènes de compression ou autres) menaçant, à bref délai, la vie du malade.

En ce qui concerne la syphilis (les cas de gommés hépatiques opérées sont assez nombreux, comme nous le verrons), il faut être sobre



d'interventions. Là, comme ailleurs, le traitement antisyphilitique doit être longtemps poursuivi, l'administration de mercure et d'iodure doit être faite à des doses suffisantes pour qu'on puisse juger de leur inefficacité; et c'est seulement alors, lorsque aucune modification n'est survenue dans l'état du sujet, que les accidents de douleur et de compression ou les troubles généraux éprouvés par le malade nécessiteront l'intervention.

*Comment cette intervention doit-elle être conduite?* Telle est la seconde question à laquelle nous devons répondre.

Les opérations doivent être divisées en opérations *palliatives* et *curatives*.

Les premières sont applicables aux cas où l'extirpation de la tumeur pour une cause ou une autre est impossible; on peut alors par certains moyens remédier aux phénomènes douloureux et de compression biliaire ou intestinale qui peuvent exister et retarder ainsi la marche d'accidents qui ne manqueraient pas d'emporter rapidement les malades. C'est, à l'heure actuelle, le devoir de tout chirurgien d'intervenir, pour prolonger et rendre tolérable la vie des patients.

Dans nos relevés statistiques, nous rapportons une observation de Jawadynski dans laquelle le chirurgien trouva l'estomac, le foie, le pancréas et l'épiploon ne formant qu'une seule masse cancéreuse, qui comprimait les voies biliaires; il y avait de l'ictère; la vésicule biliaire était très dilatée; à l'aide de l'aspirateur Potain, le chirurgien la ponctionna, en retira un demi-litre de liquide, puis l'aboucha à la paroi abdominale. Après l'opération, l'état général s'améliora, les douleurs disparurent, la température tomba à 37° et s'y maintint (elle était avant l'opération de 38°,5); il persista une fistule biliaire. Après une amélioration de quelques semaines, l'état général s'altéra et la malade mourut de cachexie, trois mois après l'opération. Tuffier, dans un cas analogue, pratiquait également la cholécystostomie.

Les opérations *curatives* ont fait l'objet de travaux publiés par l'un de nous sur les divers procédés de résection du foie.

Le mode d'incision de la paroi abdominale dans les interventions pour tumeur du foie est très variable; tantôt l'incision est médiane, tantôt latérale, tantôt parallèle au rebord costal; il est des cas enfin où, deux incisions, l'une verticale, l'autre oblique, ont été combinées

par le chirurgien. En l'espèce l'opérateur doit se comporter selon les circonstances, et ne pas hésiter à faire les incisions qui lui paraîtront nécessaires pour voir clair au fond de la plaie et agir à son aise sur des parties profondément situées.

De même, il ne devra pas hésiter, lorsque la cavité abdominale est ouverte, à pratiquer certaines manœuvres, qui lui permettront d'attirer le plus possible le foie dans la plaie abdominale et d'agir plus aisément sur l'organe. C'est ainsi que, sur l'un de ses opérés, Tricomi, pour faire sortir tout le lobe gauche du foie hors de la cavité abdominale, n'hésita pas à sectionner les ligaments coronaire et triangulaire gauches. Dans la section du ligament coronaire, on agira avec prudence pour éviter de perforer le centre aponévrotique du diaphragme, et d'ouvrir la plèvre ou le péricarde.

Dans le même but, O. Lannelongue recommande de réséquer la partie inférieure du thorax; il devient ainsi facile d'atteindre la surface convexe du foie cachée sous le diaphragme.

Récemment Micheli proposait, au congrès italien de Chirurgie, (1897), de pratiquer une opération préliminaire, encore plus considérable, destinée à faciliter l'accès du foie. A l'aide de deux incisions verticales, commençant à la hauteur de la cinquième côte et se réunissant à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal par une troisième incision transversale, il prétend arriver, en sectionnant les côtes et sans ouvrir la cavité pleurale, à former un lambeau comprenant les parties molles, les côtes, le sac pleural et le diaphragme, lambeau qui, récliné par en haut, doit permettre d'atteindre facilement toute la face diaphragmatique du foie.

Un certain nombre de procédés d'ablation des tumeurs du foie ont été déjà depuis longtemps mis en usage sur l'homme par d'habiles opérateurs, cependant aucun de ces procédés n'offrait de garanties absolues au point de vue de l'hémorragie toujours à redouter dans les plaies du foie. Ceci explique les tentatives récentes de certains chirurgiens et de nous-même, tentatives ayant pour but d'assurer une hémostase rigoureuse par des procédés spéciaux de ligature intra-hépatique.

Des procédés très simples d'ablation ont été employés dans des cas particulièrement favorables.

C'est ainsi que Jacobs (de Bruxelles) put se servir du *thermocautère* seul pour la section du pédicule d'un carcinome relié au bord du foie, et que Bruns enleva au *bistouri* un segment de foie du volume d'une noix, se contentant ensuite de toucher la surface de la plaie



au thermocautère. Ce sont là des faits exceptionnels, où le peu de volume des néoplasmes et leur peu de vascularité rendaient l'extirpation particulièrement facile.

Mikulicz et Schmidt ont eu recours à la *curette tranchante* et ont pratiqué ensuite un *tamponnement à la gaze iodoformée*. Mikulicz s'attaquait à une gomme du foie; il l'énucléa à l'aide de la curette, sans enlever la capsule en totalité; il tamponna la cavité ainsi formée à l'aide de gaze iodoformée; le bout des mèches traversait la plaie extérieure. Le huitième jour après l'opération, on réduisit le tamponnement; le douzième jour, il fut totalement enlevé et la guérison fut ainsi obtenue.

Schmidt détruisait à la curette tranchante une masse sanguinolente et nécrotique (?) et tamponnait la cavité ainsi formée avec de la gaze iodoformée. La malade était restée guérie *six ans* après l'opération.

Eiselsberg, en pratiquant l'ablation d'un angiome du foie à l'aide du thermocautère à peine rouge, fut conduit à faire la *ligature isolée des vaisseaux*; puis en passant des fils de soie dans les feuilletés antérieur et postérieur de la capsule, il put en les rapprochant diminuer notablement la surface de résection; enfin il compléta l'opération par un tamponnement à la gaze iodoformée. La malade guérit. Ce procédé de ligature isolée des vaisseaux n'a pas lieu de nous étonner; nous verrons qu'il a été fréquemment employé au cours des opérations, dont il nous reste à donner la description; du reste, nous l'avons déjà signalé à propos des plaies du foie<sup>1</sup>.

Pour se convaincre de la facilité avec laquelle les vaisseaux du foie peuvent être pincés et liés, il suffit de l'expérimenter sur la surface de section d'un foie frais; on voit qu'il est très aisé de saisir avec le mors d'une pince à forcipressure les parois d'un vaisseau, et en exerçant de légères tractions auxquelles il résiste toujours (les expériences de Kousnetzoff et Pensky<sup>2</sup> démontrent que pour obtenir la rupture des vaisseaux, il faut les soumettre à des tractions variant de 750 à 850 gr. selon leur calibre), de le dénuder sur une étendue suffisante pour poser une ligature sur ses parois.

(1) W. W. Keen de Philadelphie, dans un cas qu'il vient de publier, a extirpé un cancer du lobe gauche du foie, qui mesurait 14 centimètres en largeur, 11 centimètres en hauteur, et 7 centimètres et demi en épaisseur, en se servant du thermocautère. Il dut compléter son hémostase par l'application de ligatures au catgut pratiquées sur cinq vaisseaux qui donnaient du sang. La section du parenchyme hépatique demanda de vingt à trente minutes. Elle avait été faite en coin, en sorte que les deux lèvres de la plaie hépatique purent être rapprochées par des sutures. W. W. Keen a obtenu une guérison absolue.

(2) KOUSNETZOFF et PENSKY (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1896, t. XVI, p. 501).

La méthode suivante a été encore assez fréquemment employée : Avant de pratiquer la section de la tumeur, le chirurgien cherchait à prévenir l'hémorragie toujours à craindre, en plaçant une *ligature circulaire*, aussi serrée que le permettait la résistance du tissu hépatique, sur le pédicule qui la rattachait à la glande ou sur sa base. Il employait, dans ce but, soit des fils de forte soie ou de catgut, soit plus souvent un lien élastique.

Lücke eut même la précaution, pour éviter la section du parenchyme hépatique sous-jacent par le lien circulaire, d'entourer la base de la tumeur de gaze iodoformée, par-dessus laquelle il appliqua la ligature élastique.

Les opérateurs pratiquaient alors la section du pédicule, soit à l'aide du thermocautère, soit avec le bistouri, et sur cette surface de section, ils ont eu souvent à saisir et à lier des vaisseaux, qui donnaient du sang, dans les conditions que nous avons précédemment indiquées; parfois, pour tarir une hémorragie en nappe, il a suffi d'un léger attouchement au thermocautère.

*Puis le moignon de la résection hépatique, fut traité diversement.*

Le procédé idéal consistait évidemment à réduire le moignon dans la cavité abdominale et à l'y abandonner librement en refermant la plaie extérieure. C'est ce que fit Israël qui, enlevant le lien élastique qu'il avait primitivement placé sur la base de la tumeur, appliqua des ligatures sur les vaisseaux qui saignaient et abandonna dans la cavité abdominale le moignon couvert d'une bande de gaze iodoformée, dont les extrémités passaient par le bord inférieur de l'incision cutanée.

D'autres plus prudents ont laissé à demeure la ligature élastique qu'ils avaient placée sur la base de la tumeur et après avoir enlevé la plus grosse partie du néoplasme, ils ont fixé le pédicule à la paroi, attendant patiemment la chute des parties nécrosées.

Les *procédés de fixation à la paroi* varient avec les auteurs :

Schmidt se contente de suturer le foie à la plaie extérieure et recouvre le tout de gaze iodoformée. Il obtient une guérison.

Sklifassowsky, Rosenthal, Bastianelli, traitent le moignon hépatique comme un pédicule de fibrome utérin que l'on suspend à la paroi abdominale à l'aide de tiges d'acier. Ils traversent la base de la tumeur avec une ou deux tiges métalliques, qui reposent en dehors de la plaie extérieure sur la paroi abdominale, enlacent cette même base à l'aide d'un lien élastique, suturent la capsule du foie au péritoine pariétal pour assurer la formation d'adhérences, et recouvrent



le tout d'un pansement antiseptique. Le lien élastique et les tiges d'acier étaient enlevés ou tombaient d'eux-mêmes du dixième au quatorzième jour avec les parties nécrosées.

Hochenegg fixait, lui aussi, le moignon à la paroi abdominale, mais pour parer aux dangers de l'hémorragie, il avait recours d'abord à un procédé spécial de *tamponnement* que nous devons décrire. Dans deux cas où il obtint la guérison, Hochenegg plaça sur les deux surfaces cruentées de la plaie hépatique des rouleaux de gaze iodoformée, les traversa par des fils à sutures qui passaient en même temps dans le tissu hépatique voisin et, serrant ces fils, arrêta l'hémorragie, grâce à la pression exercée par les bords de la plaie appliqués l'un contre l'autre. Puis le foie fut fixé à la paroi abdominale soit à l'aide d'une tige d'acier traversant les rouleaux, la capsule hépatique et le tampon qui remplissait la plaie, soit à l'aide de sutures réunissant le feuillet pariétal du péritoine au feuillet viscéral. Treize jours après l'opération, les sutures, le tampon iodoformé et la tige métallique étaient enlevés; le foie était recouvert de granulations et adhérait solidement aux parois de l'abdomen.

Toutes les opérations dont il vient d'être question ont été pratiquées en une seule séance; quelques opérateurs cependant ont proposé de faire l'ablation des tumeurs hépatiques *en plusieurs séances*. C'est une méthode analogue à la *méthode des opérations en deux temps* préconisée pour les tumeurs cérébrales; mais ici l'opérateur est guidé beaucoup plus par les dangers d'une hémorragie que par la crainte de contusionner le tissu du foie assez résistant.

Tilmanns fixe un syphilome du foie aux bords de l'incision cutanée, puis, au bout de quelques jours, le détruit au thermocautère.

Lücke entoure la base d'un carcinome primitif du foie d'une ligature élastique et fixe cette base à la paroi; au bout de trois jours, cette première ligature est remplacée par une autre; le 6<sup>e</sup> jour, on change encore la ligature; le 9<sup>e</sup>, le reste de la base fut sectionné au thermocautère.

O. Terrillon place une ligature élastique et suture à la plaie extérieure le lobe hépatique fortement serré. Le 7<sup>e</sup> jour, il enlève la partie gangrenée.

Enfin Tricomi, après avoir amené au dehors tout le lobe gauche néoplasique, plaça le lien élastique au niveau du sillon longitudinal gauche, et fixa le pédicule à la paroi abdominale. A chaque pansement suivant, il serrait le lien élastique. Ce lien s'étant rompu au

14<sup>e</sup> jour, il tenta la section de la base de la tumeur non encore nécrosée avec le thermocautère et eut une grave hémorragie. Il essaya alors de la constriction à l'aide d'un anneau métallique. Le 18<sup>e</sup> jour, il amputa la tumeur; l'hémorragie fut arrêtée par le thermocautère, la plaie se cicatrisa. La tumeur enlevée pesait 930 grammes.

Les premières tentatives de *ligatures intra-hépatiques* sont dues à Langenbuch et à Bruns. Elles nous conduisent aux techniques perfectionnées préconisées par Kousnetzoff et par nous.

Langenbuch et Bruns partageaient la base de la tumeur en plusieurs portions à l'aide de fils passés dans le tissu du foie, et prati-

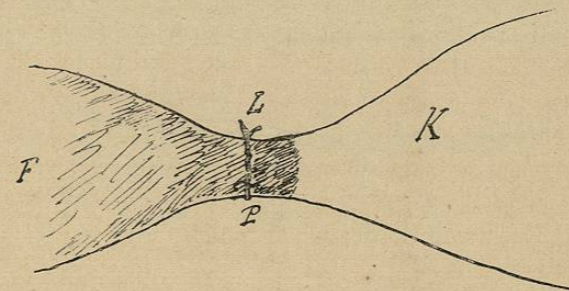


Fig. 26. — D'après Doyen. — L, ligature; P, pédicule hépatique.

quaient la ligature isolée de chacune de ces portions; puis ils sectionnaient la partie à enlever en avant des ligatures. Dans les deux cas, ces ligatures intra-hépatiques, faites sans une technique déterminée à l'avance, ont été suivies d'hémorragies; des vaisseaux durent être saisis et liés isolément sur la surface de résection.

Cependant ce procédé de ligature intra-hépatique donna un résultat

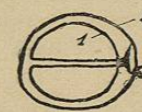


Fig. 27. — D'après Doyen. — Manière de placer le lien sur le pédicule hépatique. 1, première partie de la ligature (circulaire); 2, deuxième anse du fil (circulaire).

heureux à Doyen<sup>1</sup>, dans un cas favorable du reste, de kyste hydatique pédiculé (fig. 26 et 27). Ce chirurgien pratiqua sur le pédicule une ligature circulaire au catgut. « Les extrémités, dit-il, sont passées

(1) DOYEN, *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, 1892, t. I, p. 149 et 178.



à deux reprises au travers du pédicule, afin d'en assurer la fixité. Ce dernier offrait 4 à 5 centimètres de longueur, sur 2 ou 3 d'épaisseur; le tissu hépatique étant en ce point atteint d'une dégénérescence fibreuse, le fil creusa, sans déchirer le foie, un sillon assez marqué pour que le pédicule fût réduit dans l'abdomen comme un pédicule

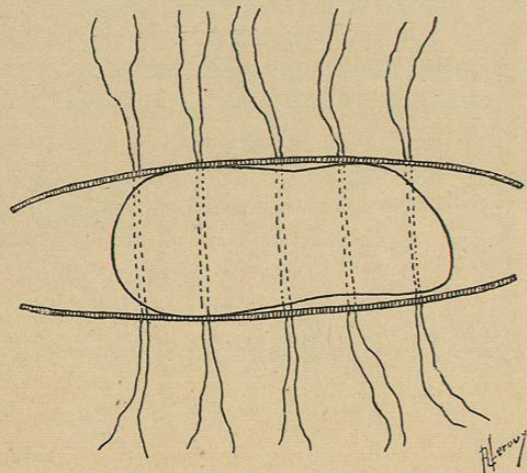


Fig. 28. — Procédé de Cecherelli et Bianchi (schématisé).

de kyste ovarique. » La figure 27 fait comprendre aisément la manière dont le lien fut placé sur le pédicule.

En 1894, au Congrès de Rome, Cecherelli et Bianchi ont donné la description d'un procédé ingénieux de ligature intra-hépatique, que nous allons décrire maintenant, mais qui nous semble beaucoup plus théorique que pratique, étant données ses difficultés d'exécution. Les figures 28, 29, 30, 31, aideront à comprendre la description du procédé. Cecherelli et Bianchi « ont songé à obvier à la friabilité de l'organe, en ajoutant au tissu du foie un autre élément « animal » résistant, mais homogène, élément résorbable ou facilement enkystable, qui puisse comprimer le tissu hépatique, en fournissant un appui ferme aux points de suture, ces points portant directement sur cet élément et non sur le tissu ». Les expérimentateurs se sont servis de tranches très minces et plates d'os de baleine préalablement décalcifiées, ramollies et désinfectées. Elles ont été perforées de trous destinés à laisser passer une aiguille.

Lorsqu'ils doivent pratiquer l'ablation d'une portion de foie, ils la circonscrivent à l'aide de deux petits rectangles, préparés dans

les conditions que nous avons indiquées, et appliqués l'un à la face supérieure, l'autre à la face inférieure. Prenant alors une aiguille

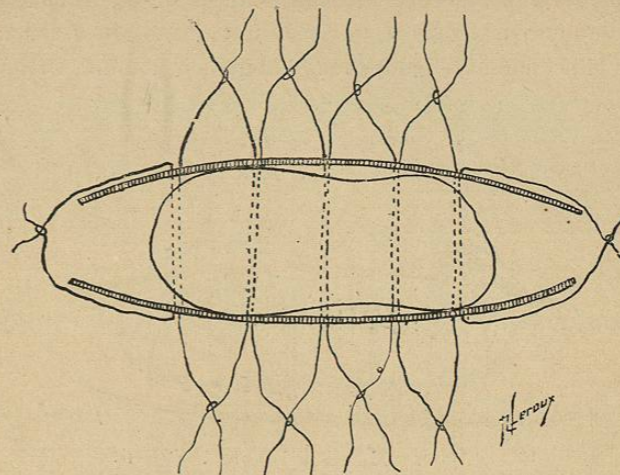


Fig. 29. — Procédé de Cecherelli et Bianchi (schématisé).

fine, armée d'un double fil de soie, ils transpercent le foie de part en part en passant à travers les trous qui se correspondent sur

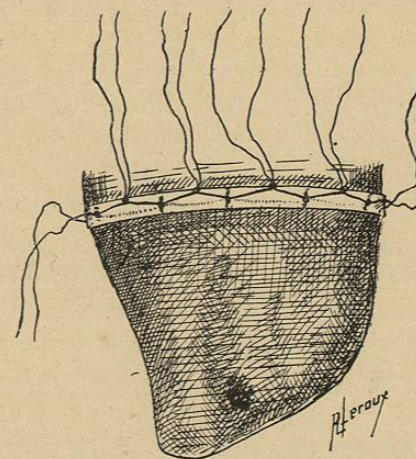


Fig. 30. — Procédé de Cecherelli et Bianchi.

chacune des deux lames osseuses. Ils placent ainsi une série de deux fils sur les bords de la surface à réséquer, et nouent les fils de la façon suivante. On sait que chaque groupe est formé de deux