

| AUTEUR | SEXE, AGE | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DIAGNOSTIC | TRAITEMENT | RÉSULTATS |
|--------------------------------|------------|---|--|--|
| Müller, 1893. | F. 49 ans. | tement anti-syphilitique sans succès. Diagnostic probable : gomme ou adé- nome du foie. | che. Ablation à la curette tranchante. La capsule ne fut pas enlevée en totalité. Tamponnement à la gaze iodoformée ; les extrémités de la gaze traversaient la plaie extérieure, en partie fermée. Peu à peu on réduisit le tamponnement, puis on l'enleva. <i>Syphilome du foie.</i> | <i>Guérison.</i> La malade sort de l'hôpital 4 mois après l'opération. |
| Müller, 1897. | ? | La tumeur abdominale fut considérée comme un kyste de l'ovaire. | <i>Laparotomie.</i> La tumeur provenait du foie. Le contenu fut vidé et la tumeur extraite de l'abdomen. La base qui s'implantait sur la face inférieure du foie contenait de grosses veines qui empêchèrent l'a- blation totale; le pédicule fut lié et enlevé, mais non en totalité, au thermocautère. Le fragment de tumeur restant s'en alla peu à peu par nécrose ; on acheva de l'extirper dans une 2 ^e séance à l'aide du thermocautère, et après une nouvelle ligature. Examen microscopique : la tu- meur se composait de canalicules biliaires, agrandis, kystiques, tapissés d'épithé- lium cylindrique. <i>Kyste des notes biliaires, non parasitaire.</i> | <i>Guérison opératoire.</i> Mort par métastase 7 mois après. |
| Müller, 1897. | ? | Angiosarcome à large pédicule du lobe droit. | Réssection cunéiforme de la tumeur et trai- tement extrapéritonéal du pédicule. | Mort le onzième jour d'embolie pulmo- naire. |
| Petersen, 1898. 5 cas. | | L'auteur signale uniquement le résultat de ses opérations. | <i>Extirpation d'un syphilome.</i> Extirpation de d'un grand kyste biliaire. Extirpation de trois sarcomes. La technique opératoire comprend : la ligature élastique, les sutures profondes et le tamponnement pour arrêter le sa- ignement abondant. L'auteur emploie l'eau chaude soit, et il a pu arrêter l'hémorragie. | <i>Guérison.</i> <i>Guérison.</i> <i>Deux morts.</i> <i>Une guérison</i> (le malade était bien portant 7 mois après l'opéra- tion). |
| Poirier et Chaput, 1897. | H | Le malade présentait des accidents de sténose pylorique. | <i>Laparotomie.</i> On constate seulement l'exis- tence d'une constriction du pylore ; mais on aperçoit qu'il existe à la surface du foie un <i>nodule cancéreux</i> bien circon- scrit ; il atteignait le volume d'une grosse noix. On en pratiqua l'ablation en pas- sant dans le tissu hépatique, pour faire l'hémostase, des fils entre-croisés qui furent serrés en bourse. | <i>Guérison opératoire.</i> Mort 6 mois après cancer généralisé. A l'autopsie on constate que le point de départ de la néoplasie se trouvait au-dessous de la partie inférieure de l'œsophage. |
| Palacio Ranam, 1899. | ? | Grosse tumeur épigastrique. Vomisse- ments, diarrhée intense, ictère. Diagnostic : tumeur maligne de l'épi- ploön ou de l'estomac. | <i>Laparotomie sus-ombilicale.</i> La tumeur venait du foie, on l'isole de ses adhé- rences, puis on applique à sa base un lien et on extirpa avec le thermocautère, on le séparément un rameau de la veine porte. On avait lié avant l'opération la branche gauche de l'artère hépatique pour faire l'hémostase préventive. On applique sur la plaie de la gaze. <i>Syphilome du foie.</i> | <i>Guérison.</i> La malade quitte l'hô- pital 24 jours après l'opération. |
| Rosenthal, 1897. | F. 41 ans. | Tumeur du volume d'une tête d'adulte, occupant la partie inférieure de l'abdo- men, très dure, mobile et indépen- dante de l'utérus. Son tympanique entre elle et le foie. Diagnostic : kyste dermoïde de l'ovaire ou tumeur de l'épiploön. | <i>Incision.</i> Tumeur provenant du lobe de Spiegel. On l'extrait de la cavité abdomi- nale, on applique une ligature élastique serrée sur son large pédicule, puis on sectionne. On pose des ligatures sur la surface de résection, puis on fixe le moi- gnon en dehors du péritoine. Le pédicule nécrosé fut enlevé au thermocautère. Tamponnement à la gaze iodoformée. <i>Angiome fibreux du foie.</i> | <i>Guérison.</i> La malade a été revue 15 mois après complètement guérie. |
| Routier, 1897. | F. 20 ans. | Douleurs du côté du foie depuis un an. On trouve une tumeur au niveau du bord antérieur du foie. | On ponctionne ; il sort du pus ; on fait le diagnostic de kyste hydatique supprimé et on met un grand drain à la place de la grosse canule du trocart ; il sort des matières grisâtres, sales. Au bout de quelques jours la fièvre s'établit. Croyant à une rétention du pus, Routier fait une laparotomie et tombe sur une poche flé- trie contenant des débris semblant être des débris d'hydatides. Il s'agissait d'un <i>cancer du foie.</i> | Mort au bout de quel- ques jours. |

| AUTEUR | SEXE, AGE | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DIAGNOSTIC | TRAITEMENT | RÉSULTATS |
|------------------------|------------|--|---|--|
| Tiffany, 1892-1893. | H. 25 ans. | Début par des douleurs dans la région épigastrique. Plus tard apparut dans la même région une tuméfaction. On constate au palper une tumeur dure et résistante, qui suit les mouvements respiratoires. | <i>Laparotomie.</i> Le sommet de la tumeur était adhérent au péritoine pariétal. Celle-ci siégeait dans le lobe gauche du foie non loin du bord libre antéro-inférieur. Une ponction exploratrice dans la tumeur resta sans résultat. La tumeur fut fixée à la paroi, et extirpée avec des ciseaux courbes et le thermocautère. La cavité creusée dans la substance hépatique mesurait un pouce de profondeur sur un pouce et demi de largeur. Tamponnement iodoformé. Suivement sanguin abondant pendant vingt-quatre heures. Nature de la tumeur mal déterminée. | <i>Guérison.</i> 18 mois après l'opération le malade est en excellente santé, il ne souffre pas et peut se livrer aux travaux de la campagne. |
| Tricomi, 1894. | H. 27 ans. | Tumeur épigastrique, grosse comme un poing, de consistance dure, et suivant les mouvements respiratoires. Diagnostic : tumeur du lobe gauche du foie. | <i>Incision sus-ombilicale.</i> Tumeur développée au niveau de la face inférieure du lobe gauche; le néoplasme se prolongeait jusqu'au sillon longitudinal gauche. On mobilise le lobe gauche, et on le fait sortir par l'incision abdominale. Un lien élastique est placé dans le sillon longitudinal, gauche et le foie fixé à la paroi abdominale. A chaque pansement le lien élastique était serré davantage, mais comme on n'arrivait pas à nécroser la tumeur, on se décida le 18 ^e jour après l'opération à l'enlever en l'amputant. L'hémorragie fut arrêtée par le thermocautère et l'application de perchlorure de fer. La tumeur enlevée pesait 930 grammes, c'était un <i>adénome du foie.</i> | <i>Guérison.</i> Cicatrisation complète 66 jours après l'opération. Des renseignements inénumérés nous ont été communiqués gracieusement par le Dr Tricomi; voici ce qu'est devenu le malade : Il est mort 3 ans 1/2 après l'opération. Les 3 premières années, il était bien, et continuait son métier de forgeron, sans souffrance. Puis survint de la tuméfaction à l'hypocondre droit et de l'ascite. On trouva à l'autopsie un adénocarcinome du foie. |

| | | | | |
|---|------------|---|--|---|
| Tricomi, 1884. Observation inédite communiquée par le prof. Tricomi. | F. 52 ans. | 14 ans avant son entrée à l'hôpital pour la lésion actuelle, accès douloureux au niveau de l'hypocondre droit, avec irradiation vers l'épaule. Ils se répétaient tous les 5 ou 6 jours. La douleur est réparée, il y a six mois, d'abord par accès, puis continue. Marche très pénible à cause de la douleur. Pas d'ictère, pas d'expulsion de calculs. Amaigrissement. Tumeur dans l'hypocondre droit, ferme, élastique, lisse, du volume du poing, mobile latéralement. Se continue avec le foie. | <i>Incision parallèle au rebord costal.</i> Tumeur pédiculée sur le bord droit du foie, que l'on extrait de la cavité abdominale. Sur sa base d'implantation, on place un lien élastique, puis on circonscrit deux lambeaux latéraux de façon à avoir une perte de substance cunéiforme dans le parenchyme restant. On lie 3 gros vaisseaux sur la surface de section; puis on réunit les 2 lambeaux au moyen de sutures au catgut. On enlève le lien élastique et on abandonne le foie dans la cavité abdominale, que l'on ferme. <i>Adénome du foie</i> présentant : en longueur 9 cent. 1/2; en largeur 8 cent. 5; en épaisseur 5 cent.; en circonférence 22 cent. au maximum. | <i>Guérison.</i> L'opérée quitta la clinique au bout de 18 jours, 3 ans après, l'opérée va bien, se nourrit bien et n'a aucune souffrance. |
| Tricomi, 1899. | F. 40 ans. | Syphilome de la face concave du lobe droit. | <i>Incision au bistouri</i> circonscrivant la tumeur, énucléation avec le doigt, hémorragie abondante, tamponnement à la Mikulicz. Poids de la tumeur = 450 grammes. | <i>Guérison.</i> |
| Tuffier et Claude, 1895. | F. 61 ans. | Ictère persistant, accompagné de coliques hépatiques. A l'examen : tumeur dure, tendue, arrondie, douloureuse, de deux ou | Après ouverture du péritoine, on arrive sur le foie à la surface duquel se remarquent de petits points blancs, saillants. La vésicule volumineuse, très distendue, | <i>Mort.</i> le lendemain de l'opération. Le col de la vésicule, d'aspect néoplasique, est inti- |

| AUTEUR | SEXE, AGE | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DIAGNOSTIC | TRAITEMENT | RÉSULTATS |
|---------|------------|---|---|---|
| Wagner. | F. 43 ans. | trois travers de doigt de largeur, saillant sous les fausses côtes, à droite et au-dessus de l'ombilic. Le foie débordait les côtes de trois travers de doigt et atteint en haut le niveau du mamelon. Diagnostic clinique : lithase biliaire. | est incisée. Il en sort un liquide noirâtre, épais, et l'on en extrait une vingtaine de calculs. On essaie en vain le cathétérisme des voies biliaires ; le col de la vésicule paraît contenir un calcul. L'ouverture de la vésicule est suturée à la paroi, et l'on établit un drainage à la gaze. <i>Cholé-cystostomie.</i> Diagnostic anatomique : <i>cancer du foie propagé à la vésicule.</i> | mement uni à la face inférieure du foie par un tissu lardacé. A ce niveau le foie présente un bloc volumineux caséux ; de plus il est parsemé de petits nodules de même nature. Le canal cholédoque est comprimé entre deux ganglions envahis par la néoplasie. |
| | | Tumeur très mobile dans la partie supérieure droite de l'abdomen, de surface inégale. Douleurs locales, ascite, grand affaiblissement. | Incision parallèle au rebord costal droit. Écoulement de liquide ascitique. Tumeur du volume de trois poings réunis. Après destruction des adhérences, la base de la tumeur fut divisée en plusieurs portions et chacune d'elles ligaturée. Quelques vaisseaux qui donnaient du sang furent saisis et liés à part ; puis on enleva la tumeur. La tumeur était un <i>syphilome.</i> | <i>Mort</i> quelques heures après l'opération ; la mort est attribuée à l'hémorragie. |

Nous partageons également l'avis de A. Broca sur la ponction exploratrice, appliquée seule au diagnostic de la nature d'une tumeur du foie. Ce chirurgien, pour se renseigner sur la nature d'une tumeur du foie, fit une ponction à travers la paroi abdominale ; il sortit du sang. Or, le malade mourut dans la soirée avec tous les symptômes d'une hémorragie interne ; aussi A. Broca pense-t-il que, dans ces cas, il faut rejeter les ponctions exploratrices, infiniment plus dangereuses que la laparotomie exploratrice.

Il nous reste à parler ici de la méthode thérapeutique employée par Hanks dans le traitement d'un angiome du foie. Le chirurgien ayant reconnu, après la laparotomie, qu'il s'agissait d'un angiome, ferma la plaie abdominale et soumit aussitôt la malade à l'électricité galvanique, l'une des électrodes étant fortement appliquée au-dessous des côtes, contre le foie. Il fit usage également, mais une seule fois, de la ponction galvanique. La tumeur perdit environ les deux tiers de son volume et le malade put vaquer à ses occupations.

Ce cas de Hanks est le seul dans lequel l'électricité ait été appliquée au traitement des angiomes du foie ; nous ne saurions donc nous prononcer, en l'absence de renseignements plus amples, sur la valeur thérapeutique de cette méthode.

Il n'est pas question dans ce chapitre des cas où la résection a pu être appliquée au traitement des lobes flottants, des kystes hydatiques du foie, ou des cancers du foie secondaires à un cancer de la vésicule.

Les cas nombreux où une simple laparotomie exploratrice a été pratiquée sont également laissés de côté. Nous ne signalons dans les tableaux ci-dessus que les faits où une intervention chirurgicale importante a été tentée.

Résultats.

Quatorze cas nouveaux figurent dans nos tableaux statistiques et portent à 54 le nombre des faits de tumeurs du foie de nature différente traités chirurgicalement.

Dans ces 54 cas, il y a eu deux opérations palliatives, pratiquées par Jawadynski et Tuffier dans le but de remédier à des accidents de compression des voies biliaires. Ces deux chirurgiens ne firent

| AUTEUR | SEXE, AGE | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DIAGNOSTIC | TRAITEMENT | RÉSULTATS |
|------------------------|------------|---|---|--|
| Schmidt, 1893. | F. 37 ans. | Au niveau de l'ombilic, tumeur dure, bosselée, mobile et suivant les mouvements respiratoires. Diagnostic : tumeur carcinomateuse ou tuberculeuse du colon transverse. | <i>Incision médiane.</i> La tumeur était fixée par un court pédicule au lobe gauche du foie. Elle fut suturée à la soie aux bords de la plaie extérieure; une ligature élastique fut placée à la base du pédicule et on fit la résection au bistouri. Artères et veines furent liées et la surface de la plaie cautérisée au thermo. La plaie se couvrit rapidement de granulations; 42 jours après l'opération, on la couvrit d'un lambeau de peau pris à la hanche. C'était une <i>gomme du foie</i> . | <i>Guérison.</i> |
| Schmidt, 1893. | F. 60 ans. | Foie augmenté de volume; tumeur abdominale, grand épaissement. | <i>Laparotomie.</i> On trouva une tumeur du foie remplie d'une masse sanguinolente, nécrotique. La cavité fut nettoyée à la curette tranchante et tamponnée de gaze. | <i>Guérison.</i> Le foie diminua et revint aux dimensions normales. 6 ans après l'opération la malade était très bien portante. |
| Schrader, 1897. | F. 30 ans. | Fortes douleurs dans la région du foie. Grand affaiblissement. Au niveau du bord droit du foie: tumeur ferme, très sensible. Diagnostic probable: lithiase biliaire. | <i>Laparotomie.</i> Le bord du foie correspondant à la vésicule biliaire est envahi par un noyau carcinomateux et la vésicule elle-même est intacte. Extirpation de la tumeur; cautérisation de la surface de section. La capsule de Glisson tout au tour de la plaie du foie fut fixée au péritoine pariétal de façon à ce que la plaie du foie se trouve en dehors de la cavité péritonéale. | <i>Guérison rapide.</i> |
| Skliassowsky, 1890. | F. 24 ans. | On sent une tumeur du volume d'une tête d'adulte, qui suit les mouvements respiratoires, et occupe la partie droite de l'abdomen. Diagnostic: on suppose que la tumeur partait de l'épiploon, du mésentère ou du foie. | <i>Laparotomie médiane.</i> La tumeur provenait du lobe carré à droite du ligament suspenseur du foie. Une forte aiguille fut passée à travers la base de la tumeur, et sur cette base qui contenait de gros vaisseaux on plaça un lien élastique. On réséqua la tumeur, puis on établit des sutures de fixation au péritoine et aux parois abdominales. | <i>Guérison.</i> |
| Spencer, 1898. | II. | Tumeur à développement lent, adhérente à la paroi abdominale et à la masse intestinale. | Fixation de la tumeur à la paroi: <i>curettage et tamponnement</i> à la gaze. Auparavant traitement antisyphilitique. | <i>Guérison rapide.</i> |
| F. Terrier, 1897. | H. 50 ans. | Antécédents de famille excellents. Début des accidents, avril 1897, par douleurs violentes de reins et amaigrissement. Troubles intestinaux; expulsion d'une notable quantité de gaz le matin; évacuation des matières mêlées avec du liquide sanguinolent. Affaiblissement progressif. Digestions mauvaises, avec parfois des vomissements. Tumeur siégeant au niveau du colon transverse, un peu à droite de la ligne médiane; volume d'un gros œuf de poule. Elle suivait les mouvements du diaphragme. On pensa à une tumeur du colon transverse adhérente au foie. | Opération le 45 juillet 1897. L'explication de l'acte opératoire est longuement donnée précédemment. Des ligatures en chaîne furent faites avec de la grosse soie plate tout autour de la tumeur en plein parenchyme hépatique sain. Un seul vaisseau donne du sang après la section. On applique sur lui une pince à pression. La tumeur pesait 270 grammes. Suites: 16 juillet, on renouvelle le pansement, imbibé de sérosité sanguinolente; 18 juillet, on retire la pince à pression; 24 juillet, on retire définitivement la mèche de gaze qui tamponnait; 3 août, chute d'une partie des fils du pédicule; 14 septembre, chute des derniers fils du pédicule. <i>Epithélioma cylindrique du foie. Cancer secondaire d'origine probablement intestinale.</i> | <i>Amélioration</i> de l'état général très marquée. Disparition des douleurs lombo-sacrées et des troubles digestifs. Amélioration très sensible pendant au moins 3 mois. Le malade est revu; on constate dans l'abdomen des masses indurées, qui sont croûtes qu'une néoformation primitive existait au niveau du bassin. L'examen par le toucher rectal reste négatif. Mort ultérieure. |
| Tillmanns, 1890. | F. 40 ans. | Diagnostic de sarcome du foie. Malade dans un état très mauvais. Pas de signes de syphilis. | La tumeur, du volume d'un œuf d'oie, fut considérée comme tumeur hépatique avec quelques réserves. Elle fut fixée aux bords de l'incision cutanée, et quand le microscope eut démontré sa <i>nature syphilitique</i> , Tillmanns la détruisit au thermocautère. (Tillmanns propose de pratiquer l'ablation des tumeurs hépatiques en plusieurs séances.) | <i>Guérison.</i> |