

Les cinq malades de Stiller étaient des femmes et Heddaeus sur 23 malades n'a trouvé que 4 hommes.

Stiller pense que, lorsque le cancer de la vésicule est abandonné à lui-même, sa durée est longue, et atteint en général cinq ou six ans. Lanceraux est moins optimiste et croit son évolution beaucoup plus rapide.

L'extension aux parties environnantes, au foie, au péritoine, l'ulcération des cavités voisines, l'infection sous toutes ses formes, l'hémorragie, l'affaiblissement progressif amènent tôt ou tard une terminaison fatale et que rien ne peut enrayer.

En dehors des traitements médicaux destinés à apaiser les souffrances, à stimuler l'appétit, je ne crois pas qu'il faille attendre grand'chose du *traitement chirurgical*.

Ce n'est pas que la cholécystectomie, la seule intervention raisonnable, soit faite pour effrayer le chirurgien. Mais elle donne vraiment dans ces conditions de bien médiocres résultats.

Hochenegg, il est vrai, a eu un beau succès. Il a enlevé une vésicule cancéreuse et la partie voisine du foie envahie, chez une femme qui, dix-huit mois après, était encore sans récurrence. Mais à côté de ce succès, Riedel et Czerny pour des sarcomes, Kocher pour un carcinome ont fait des opérations incomplètes, et se sont bornés à ouvrir la vésicule. P. Segond (1) pense, et il a évidemment raison, qu'il est préférable, à l'exemple de L. Tait, de Courvoisier, de Socin, de se borner à refermer le ventre lorsque toute opération radicale semble impossible.

Plus récemment, Heddaeus (2), dans un travail basé sur 23 cas, résume la pratique de Czerny. Ce chirurgien, dans les 9 cas pour lesquels il est intervenu, a dû trois fois se borner à une laparotomie exploratrice. Dans un cas où il y avait propagation au pylore, il fit une gastro-entérostomie à laquelle le malade ne survécut que vingt-cinq jours. Dans 2 cas, où il se borna à une cholécystostomie, il eut une mort au bout de six jours et une guérison opératoire qui n'empêcha pas le malade de mourir un an plus tard. Enfin, sur trois extirpations totales, il eut deux morts et une guérison opératoire qui n'a évidemment pas empêché le malade de mourir quelque temps après, puisqu'il ne put enlever deux ganglions dégénérés.

Ces résultats de la pratique d'un chirurgien de grand mérite sont évidemment des plus médiocres et n'ont rien de bien encourageant. On dira que ces désastres tiennent aux mauvaises conditions dans lesquelles les malades ont été opérés, et on aura raison de le dire. Il est évident qu'un cancer de la vésicule ne trouvera quelque chance

(1) P. SEGOND, *Traité de chirurgie*, publié sous la direct. de Duplay et Reclus, t. VII, p. 316.

(2) HEDDAEUS, *Beiträge zur klin. Chir.*, Band XII, 2, et *Sem. méd.*, 1895, p. 251.

de guérison que dans une opération complète, et une opération ne pourra être complète qu'à condition d'être très précoce. Et nous nous heurtons ici à un nouvel obstacle. Comment faire une opération précoce, alors que le diagnostic de la maladie est à peu près impossible, au moins au début, précisément dans la période favorable? La question est donc insoluble, ou plutôt elle n'a qu'une solution. Cette solution, c'est la laparotomie exploratrice extrêmement hâtive, tout à fait au début, au moindre signe, au moindre soupçon d'une affection vésiculaire chronique. Mais chaque chose vient en son temps et nous n'y sommes point encore.

IV

LÉSIONS DE NUTRITION

J'emploie ce titre, faute d'en trouver un meilleur, parce que les affections de cet ordre me paraissent dépendre d'un trouble particulier de l'économie, d'un défaut de la nutrition générale, beaucoup plus que des conditions spéciales dans lesquelles fonctionne la glande hépatique chez les malades qui en sont atteints. Ce sont avant tout des affections médicales, et si depuis quelque temps l'une d'elles a singulièrement bénéficié des progrès de la chirurgie, c'est parce que la chirurgie, sans avoir aucune prise sur sa cause première, permet de traiter victorieusement ses complications les plus graves. Les lésions de cet ordre qui intéressent le chirurgien sont au nombre de deux : l'une, l'*hépatoptose*, ne nous retiendra pas longtemps, l'autre, la *lithiase biliaire*, mérite, au contraire, par ses complications chirurgicales, une étude approfondie. On sait qu'on tend de plus en plus à admettre une infection des voies biliaires à l'origine de la lithiase. Cette affection pourrait avec vraisemblance être décrite avec les lésions infectieuses. Comme ce n'est pas là un fait péremptoirement démontré, comme il est possible sinon probable que la lithiase biliaire soit favorisée, au moins dans certains cas, par un vice de la nutrition générale, il est plus simple de me conformer aux habitudes actuelles et de la décrire en ce lieu.

1^o HÉPATOPTOSE.

L'hépatoptose, encore appelée foie mobile, foie flottant, *hepar-migrans*, etc., est la chute du foie à la suite du relâchement de son appareil suspenseur. Cette définition exclut donc les cas dans lesquels le foie est abaissé mécaniquement, par un épanchement pleural par exemple, et elle a l'avantage de préciser en même temps que le

phénomène principal de la maladie, la cause qui la détermine.

Dans une thèse qui remonte à 1892 (1), et à laquelle je ferai de larges emprunts, j'ai fait l'historique complet de cette affection, historique que je résumerai très brièvement ici. Si l'on en excepte une observation de Heister, qui remonte à 1754, c'est avec Cantani (2) que commence l'histoire de l'hépatoptose. Blet (3) réunit quelques observations qui depuis lors avaient paru de loin en loin. Le livre de Landau (4) apporte de nouveaux documents, en même temps que d'intéressantes et consciencieuses études pathogéniques. Il fut bientôt suivi de la thèse de Curtius (Halle, 1887). Déjà quelques tentatives chirurgicales dues à Billroth et à Tscherning avaient eu lieu, mais ces chirurgiens n'avaient fixé à la paroi que des lobes mobiles de peu d'importance.

Avec Gérard-Marchant commence l'histoire vraiment chirurgicale de l'hépatoptose, puisqu'il fut le premier, le 28 mars 1891, à pratiquer une hépatopexie totale. Depuis 1892, époque où parut, fort peu de temps après ma thèse, l'article de Segond, d'autres observations ont vu le jour; Mathieu (5), Weissenberg (6), von Leube (7) en ont publié, tandis que Richelot (8) et Lanelongue (de Bordeaux) (9) pratiquaient de nouveau la fixation du foie. Cette dernière opération a inspiré la thèse de Couturier (10), d'ailleurs fort incomplète. Puis les observations se sont multipliées et les thèses de Sangline (11), de Duvernoy (12), de Chevallier (13), les articles si documentés de Glénard (14), l'important mémoire de Terrier et Auvray (15), ont apporté une foule de faits nouveaux.

Anatomie pathologique. — Nous sommes très pauvres en documents précis sur l'anatomie pathologique de cette affection. A vrai dire, les autopsies sont fort rares et celles qu'on a faites n'ont pas montré grand'chose, si ce n'est précisément cet abaissement et cette mobilité du foie qui constituent presque toute l'affection. Le foie atteint facilement la crête iliaque et descend même jusque dans la

(1) J.-L. FAURE, L'appareil suspenseur du foie; l'hépatoptose et l'hépatopexie, thèse de Paris, 1892.

(2) CANTANI, *Annali univ. de med. e de chir.* Milano, 1866, p. 373.

(3) BLET, Étude sur le foie mobile, thèse de Paris, 1876.

(4) LANDAU, *Die Vanderleber und der Haugebauch der Francen.* Berlin, 1885.

(5) MATHIEU, *Soc. méd. des hôp.*, 20 oct. 1893.

(6) WEISSENBERG, *Deutsche med. Wochenschr.*, B. XIV, 1893, p. 1267.

(7) VON LEUBE, *München. med. Wochenschr.*, B. XLI, 1894, p. 61.

(8) RICHELLOT, *Acad. de méd.*, 18 juillet 1893.

(9) LANELONGUE et FAGUET, *Congrès de Bordeaux*, 1895.

(10) COUTURIER, Contribution à l'étude de l'hépatopexie, thèse de Bordeaux, 1895.

(11) SANGLINE, Contribution à l'étude de l'hépatopexie, thèse de Paris, 1896.

(12) DUVERNOY, Le foie mobile, thèse de Paris, 1897-98.

(13) CHEVALLIER, Technique de l'hépatopexie (procédé de Legueu), thèse de Paris, 1897-98.

(14) GLÉNARD, *Revue des maladies de la nutrition*, 1896-97 (79 observations).

(15) TERRIER et AUVRAY, Le foie mobile (*Revue de chir.*, 1897, p. 621 et 729). Voir dans ce mémoire de nombreux détails que je ne puis donner ici.

fosse sous-jacente que remplit en partie l'extrémité de son lobe droit. Sa mobilité est grande et il est facile à déplacer en tous sens. Les ligaments n'en paraissent pas très sensiblement allongés et jamais on n'a constaté le méso-hépar invoqué par Meissner. Dans un cas que j'ai moi-même rencontré au cours de mes recherches cadavériques, le point le plus élevé de la face convexe arrivait presque au niveau du rebord costal. Comme lésions pouvant expliquer cet abaissement anormal, je n'ai trouvé qu'une très grande laxité de la veine cave, laquelle, on le sait, joue le premier rôle dans la suspension du foie.

Quelquefois la glande hépatique présente une véritable lobulation. Il y a là une sorte de lobe erratique attendant au côté du foie par un pédicule souvent assez mince, et présentant des mouvements assez tendus pour faire songer à un rein mobile.

Quelquefois on trouve un lobule appendiculaire, assez mobile également, mais dépendant de la vésicule biliaire. C'est un cas tout à fait particulier. La vésicule malade, en augmentant de volume, à la suite d'une obstruction du canal cholédoque par exemple, entraîne avec elle la languette de tissu hépatique qui la recouvre, s'en coiffe pour ainsi dire et augmente ses dimensions en même temps qu'elle s'accroît elle-même. Bien plus, si l'on vient à pratiquer la cholécystotomie et si la vésicule, comme dans le cas de Riedel et Terrier, reprend son volume normal, le lobule appendiculaire se rétracte peu à peu et disparaît avec la cause qui l'avait fait naître. Bien que ces cas puissent simuler le foie mobile, ils ne peuvent pas être considérés, en réalité, comme des cas d'hépatoptose.

On a pu dans quelques cas (Sismanowsky, Bobrof, Richelot) trouver des adhérences entre le foie déplacé et les viscères voisins.

Dans l'immense majorité des cas, l'hépatoptose s'accompagne de lésions analogues du côté des viscères abdominaux et si l'on ne trouve rien de net du côté des ligaments qui soutiennent le foie, on trouve en revanche un affaissement général de tous les viscères, néphroptose accentuée, entéroptose complète, éventration absolue, bref toutes les lésions qui précèdent, accompagnent et compliquent le relâchement de la paroi abdominale et des organes qu'elle recouvre.

Symptômes et diagnostic. — Il est d'abord certainement des cas d'hépatoptose plus ou moins prononcée qui ne s'accompagnent d'aucun trouble et passent complètement inaperçus. La plupart du temps, après un début marqué par les phénomènes les plus vagues au milieu desquels les troubles digestifs occupent presque toujours le premier plan, les choses se précisent, et on voit alors se succéder une série de troubles fonctionnels qui se manifestent surtout par trois ordres de phénomènes : douleurs, troubles gastro-intestinaux, troubles du système nerveux.

Les *douleurs*, qui d'ailleurs peuvent manquer pendant toute la maladie, sont souvent assez marquées. Parfois ce sont des sensations

vagues de pesanteur abdominale, des tiraillements épigastriques et rétro-sternaux (1), des irradiations confuses en divers sens, du côté du rein, de l'estomac, du bas-ventre, de l'ombilic, de l'omoplate. La station, la marche, les exercices violents, les exagèrent. Le repos et surtout le repos au lit, les calment, les font même souvent totalement disparaître. Parfois l'influence d'une certaine position agit manifestement sur elles, et certaines femmes, car c'est presque toujours de femmes qu'il s'agit, ne trouvent de repos qu'en se couchant sur le côté, ou même sur le ventre. Le repas les atténue assez souvent, sans doute parce que la réplétion de l'estomac contribue à soutenir et à immobiliser le foie. Enfin ces douleurs revêtent parfois un caractère particulier, celui du déplacement brusque d'un organe, comme si quelque chose venait à « se décrocher » dans l'intérieur du corps. Ce sont là en somme des symptômes assez analogues à ceux que l'on rencontre dans le rein mobile.

Comme dans cette dernière affection, les douleurs peuvent quelquefois devenir très vives, et simuler une attaque de colique hépatique, avec irradiations dans l'omoplate, et phénomènes généraux sérieux, nausées, vomissements, sueurs froides, voire même syncope. La crise dure un temps variable, puis s'apaise pour recommencer à la première occasion, et souvent à propos des règles.

Les troubles digestifs sont très analogues à ceux que Glénard a étudiés dans l'entéroptose, et il est possible qu'ils soient dus surtout à cette dernière affection qui, nous l'avons vu, accompagne le foie mobile ou plutôt le précède presque fatalement. Ce sont des phénomènes de « dyspepsie nerveuse » avec aigreurs, flatulence, digestion pénible, pesanteur épigastrique, météorisme, constipation, etc. On a même vu des hématomés graves et répétées qui ont complètement disparu après la fixation du foie (2).

En même temps, des phénomènes nerveux d'intensité variable font leur apparition, les malades souffrant sans cesse, mangeant peu, dormant mal, finissent par devenir irritables, insupportables aux autres et à elles-mêmes, souvent profondément névropathes, parfois franchement hystériques, et au besoin morphinomanes.

Il est d'ailleurs probable que cet état nerveux n'est pas exclusivement provoqué par les douleurs de l'entéro-hépatoptose, mais que ces douleurs apparaissent précisément chez des névropathes qui souffrent cruellement des lésions qui chez d'autres peuvent passer inaperçues.

En dehors de ces phénomènes principaux, et qui, je le répète, rappellent ceux que provoque le rein mobile, on peut observer des symptômes inconstants. Le plus fréquent est certainement l'ictère qui peut apparaître à un moment quelconque pour disparaître de

(1) GUÉNIOT, *Gaz. des hôp.*, 1897. p. 376.

(2) NAUGHTON JONES, *Med. Soc. of London*, 1^{er} avril 1895; *Gaz. hebdom.*, 1898, p. 503.

même et qu'explique suffisamment une coudure ou une compression possible des voies biliaires par l'abaissement de l'organe.

De même il peut y avoir de l'ascite par compression, coudure et même torsion de la veine porte; il peut y avoir enfin de l'œdème des membres inférieurs à la suite d'une action analogue sur la veine cave.

Comme on le voit, ces troubles fonctionnels, communs à divers états pathologiques, n'ont rien de caractéristique. Il n'en est pas de même des signes physiques, dont quelques-uns peuvent acquérir une extrême importance. Le relâchement de la paroi abdominale est souvent extrême, mais il n'est pas constant, et d'autre part il existe trop souvent après des grossesses répétées, sans s'accompagner d'hépatoptose, pour qu'on puisse lui attacher plus de valeur qu'il n'en a. Il est un signe capital; c'est la *disparition de la matité hépatique*. Quand le foie est à sa place, cette matité est constante, hors le cas tout à fait exceptionnel d'épanchement gazeux intrapéritonéal. Si la ligne supérieure de matité est simplement abaissée, — on sait qu'elle s'étend à peu près sur 10 centimètres au-dessus du rebord costal, dans la ligne axillaire, — c'est que le foie lui-même est abaissé. Si elle a disparu, c'est que le foie a subi un déplacement notable. Si la constatation d'une *matité anormale* en quelque endroit de l'abdomen vient corroborer le signe précédent en indiquant le point où se trouve le foie, on se trouve alors en présence de signes pathognomoniques d'une valeur presque absolue. Dans quelques cas, chez des malades dont la paroi abdominale est mince, flasque et facile à déprimer, il est possible de reconnaître à la palpation une tumeur profonde présentant tous les caractères extérieurs du foie.

Par le *procédé du pouce*, conseillé par Glénard et qui consiste, en saisissant la taille avec la main gauche, au-dessous du rebord costal, à déprimer la paroi antérieure avec le pouce au moment de l'inspiration, on peut sentir, à l'expiration, le bord antérieur du foie qui descend, coiffe pour ainsi dire le pouce, et fournit une sensation de ressaut lorsqu'on ramène celui-ci de bas en haut et d'arrière en avant vers le rebord des fausses côtes.

C'est le bord antérieur avec l'incisure de la veine ombilicale que l'on sent le mieux. La face convexe lisse et régulière du foie, donne aussi quelquefois une sensation des plus nettes.

Quand la tumeur ainsi reconnue est mobile, réductible et peut être ramenée dans l'hypocondre droit en même temps que reparait la matité hépatique, il n'est plus possible d'hésiter et l'on peut affirmer en toute certitude l'existence d'un foie mobile.

C'est dans l'étude de ces symptômes qu'on puise les éléments d'un *diagnostic* qui, grâce aux signes physiques, est relativement facile. Et cependant, les erreurs sont fréquentes parce l'hépatoptose est une affection assez rare, mal connue et à laquelle on ne pense pas.

Or, ici comme ailleurs, la première condition d'un diagnostic exact c'est de penser à l'affection. Aussi est-il bien rare qu'on ait cru à un foie mobile en présence d'une autre affection. L'erreur a été commise par Muller, qui crut à une hépatoptose alors qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. L'erreur inverse est bien plus fréquente, et on a bien souvent pris un foie mobile pour les tumeurs les plus diverses, kyste de l'ovaire, kyste ou tumeur du mésentère, kyste hydatique du foie lui-même, et surtout néphroptose. Si l'erreur est plus facile, elle est même assez générale. Quand on rencontre dans le flanc droit une tumeur mobile et réductible, on songe tout de suite au rein. Il faut songer aussi au foie et s'enquérir de la matité hépatique. C'est la seule façon de ne pas se tromper. — Il y faut songer, — et l'on n'y songe pas toujours.

Étiologie et pathogénie. — L'étude de l'anatomie pathologique et des signes de l'hépatoptose éclaire singulièrement sa pathogénie.

Ce n'est ni à l'absence des ligaments suspenseurs signalée d'une façon assez obscure dans une observation de Longuet (1), ni à la présence d'un méso-hépar congénital invoqué par Meissner et que Landau, que moi-même avons cherché sans le trouver et que personne n'a jamais vu, qu'il faut attribuer la possibilité du déplacement et de la mobilité du foie. S'il n'y a pas méso-hépar, de laxité congénitale de l'appareil suspenseur du foie, il faut nécessairement que celui-ci s'allonge peu à peu sous des influences particulières.

Je ne crois pas, pour ma part, que l'augmentation de volume et par conséquent de poids du viscère, ait une influence appréciable. Je ne crois pas davantage à l'influence du corset trop serré, qui, s'il peut contribuer à abaisser et à déformer un foie déjà fortement prolabé, ne peut déterminer sa chute, puisqu'il est de toute évidence que le point où le corset exerce la pression la plus forte, « la taille », situé immédiatement au-dessus de la crête iliaque, est précisément situé au-dessous du rebord costal et par conséquent au-dessous du foie lui-même. Le corset ne peut donc que tendre à soulever le foie lorsque cet organe occupe sa position normale. Les secousses répétées, l'équitation, les efforts constants, et surtout les efforts d'expiration peuvent avoir une influence. La cause la plus commune et la plus légitime est évidemment la grossesse, surtout les grossesses répétées, qui conduisent à l'éventration et privent la masse intestinale tout entière de son soutien naturel. Landau et, après lui, la plupart des auteurs se rangent à cette opinion. C'est évidemment la meilleure. Je la crois trop exclusive. Les ligaments du foie et la veine cave sont beaucoup plus puissants qu'il ne le faut pour empêcher le foie de tomber peu à peu, même après suppression du matelas intestinal que ne soutient plus la paroi abdominale effondrée; et d'ailleurs les observations sont

(1) LONGUET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 186.

innombrables de femmes qui n'ont pour ainsi dire plus de paroi abdominale et qui cependant ne présentent pas trace d'hépatoptose. L'éventration ne suffit donc pas pour la produire. D'autre part, parmi les cas où cette affection a été bien et dûment reconnue, il y en a où elle est apparue chez des hommes, chez des femmes nullipares ayant les uns et les autres une paroi abdominale parfaitement solide. Je crois cependant que Glénard exagère lorsqu'il avance que l'hépatoptose serait plus fréquente chez l'homme.

Je crois donc que l'éventration, le « ventre pendant » de Landau joue un rôle, mais un rôle tout à fait accessoire. C'est plus haut et plus loin qu'il faut aller chercher la cause. On sait que la chute du foie s'accompagne à peu près toujours de la chute du rein et du paquet intestinal tout entier. Il y a un effondrement général de tous les viscères abdominaux. La cause principale de cet effondrement général, et par conséquent de l'hépatoptose, « c'est ce trouble mal défini de la nutrition qui se traduit par une prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre, à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. C'est cette prédisposition qui chez l'homme fait les hernies, chez la femme les vergetures de l'éventration, chez tous deux les varices, le rein mobile, l'entéroptose et la chute du foie (1) ».

Traitement (2). — Le traitement *médical* n'est pas sans importance. Par une bonne hygiène, par l'hydrothérapie, on combattra ces phénomènes neurasthéniques qui constituent souvent, à eux seuls, le plus clair de la maladie. Le régime alimentaire peut avoir aussi sur les troubles dyspeptiques une influence considérable. C'est un traitement identique à celui que réclame l'entéroptose (3).

Le traitement *chirurgical* est un traitement mécanique. Les douleurs étant dues en grande partie aux tiraillements exercés par le foie sur ses attaches et ses ligaments, il faut par tous les moyens tâcher de soutenir ce foie désemparé.

Je ne pense pas que l'électrisation de la paroi abdominale, destinée

(1) J.-L. FAURE, *loc. cit.*, p. 112.

(2) BILLROTH, *Berlin. klin. Wochenschr.*, t. XXV, 1888, p. 37 (publié par RITTER VON HACKER, *Wien. med. Wochenschr.*, 1886, nos 14 et 15). — TSCHERNING, *Centralbl. für Chir.*, 1888, p. 426. — GÉRARD-MARCHANT, *Acad. de méd.*, 18 juillet 1893. — LANELONGUE et FAGUET, *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Bordeaux, 1895; *Sem. méd.*, 1895, p. 333. — PÉAN, *Congrès de chir.*, Paris, 1896, p. 490. — GUELLIOT, *Ibid.*, p. 434. — DELAGENIÈRE, *Soc. de chir.*, 31 mars 1897. — FRANCKE, *Centralbl. für Chir.*, 8 août 1896, et *Sem. méd.*, 1896, p. 460. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, cité par GUENIOT, *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 375. — BOBROW, *Soc. de chir. de Moscou*, oct. 1895. — TREVES, *Brit. med. Journ.*, 4 janv. 1896. — ARULZA, *Rev. de méd. et chir. prat.*, 5 juillet 1896. — W. RAMSAY, *Brit. med. Journ.*, 8 mai 1897. — GLÉNARD, *Rev. des mal. de la nutrition*, 1897, p. 348. — PÉAN, *Congrès de chir.*, 23 oct. 1896, p. 490. — DEPAGE, De l'intervention chirurgicale dans le splanchnoptose. Bruxelles, 1893. — TERRIER et AUVRAY, *Rev. de chir.*, 1897 (nombreux détails et indic. bibliogr.).

(3) Voy. *Traité de médecine et de thérapeutique*, publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, Paris, 1898, t. V, p. 50.

à faire revivre les muscles, et préconisée par Cartier, ait des chances sérieuses de produire une amélioration sensible, et j'ai infiniment plus de confiance dans le port d'une bonne ceinture et, en particulier, d'une ceinture analogue à celle que Glénard a recommandée pour l'entéroptose, avec pelotes latérales assez saillantes et qui, tout en maintenant solidement la paroi, peut contribuer efficacement, en s'enfonçant pour ainsi dire dans l'abdomen, à soutenir les viscères qui y sont contenus (1).

Ces ceintures sont certainement très utiles. Les observations sont nombreuses où l'on signale, après leur application, un grand soulagement. C'est par ce moyen qu'on commencera. Mais la thérapeutique de l'hépatoptose ne devait pas s'arrêter là.

Les chirurgiens ont été plus loin et se sont adressés directement au foie.

Langenbuch, le 13 février 1887, a pratiqué la résection d'un lobe pédiculé et mobile. La malade a guéri, non sans avoir failli mourir d'hémorragie, et a été débarrassée de ses douleurs. Malgré ce succès et quelles que soient les raisons, d'ailleurs assez sérieuses, que donne Langenbuch pour justifier son opération, je pense qu'elle doit être condamnée. Si les douleurs étaient dues à la mobilité de la tumeur, l'hépatopexie, une fois le ventre ouvert, eût certainement suffi. Dès lors, pourquoi faire courir à la malade de sérieuses chances de mort? Billroth avait déjà, en 1884, fixé à la paroi abdominale, par un point de suture, un lobe pédiculé et mobile, qu'il avait pris pour un néoplasme du rein. La malade guérit et de son opération, et de ses douleurs. Deux ans plus tard, Tscherning fit une opération identique, toujours pour un lobe pédiculé qu'il fixa par quatre points de suture. La malade fut également complètement guérie.

Ce n'étaient là que des opérations partielles et c'est Gérard-Marchant qui, le 28 mars 1891, fit la première hépatopexie totale, en fixant, par quatre fils de soie, le bord antérieur du foie au cartilage du rebord costal. Les douleurs, il est vrai, ne disparurent pas et ne cédèrent qu'à une hépatopexie ultérieure. Richelot a de même fixé un foie descendu jusque dans la fosse iliaque droite, où il était adhérent. Le succès a été complet. Lanelongue et Faguet, au cours d'une laparotomie, ont trouvé un foie complètement prolabé. La face convexe fut avivée au bistouri, sur une longueur de six centimètres et une largeur de trois. Le foie fut fixé à la paroi par trois points de suture au catgut. Près de trois ans après, le foie de nouveau prolabé, avait complètement perdu sa mobilité mais la malade était restée guérie de ses douleurs.

Péan a eu un beau succès en établissant au-dessous du foie prolabé un cloisonnement péritonéal horizontal destiné à le soutenir.

(1) MONTENNIS, L'entéroptose ou maladie de Glénard. Paris, 1897, p. 159.

Guelliot et Delagenière ont opéré chez des malades qui étaient atteints d'affections complexes, mais chez lesquels l'hépatopexie a donné des résultats satisfaisants. Francke, Lucas-Championnière, Bobrow, Trèves, Arulza, W. Ramsay, cités par Glénard qui en a recueilli treize observations, Legueu, ont également pratiqué la fixation du foie par des procédés qui diffèrent plus ou moins les uns des autres.

Ces opérations se sont bien souvent faites après erreur de diagnostic et pour ainsi dire par surprise, et chaque chirurgien a employé le procédé qui lui a paru le plus commode, étant données les circonstances dans lesquelles ils se trouvait. Il n'y a donc, en réalité, aucune règle fixe à donner sur ce point, puisque cette règle générale pourrait ne convenir à aucun cas particulier. On ne pratique l'hépatopexie et sans doute on ne la pratiquera guère qu'autant qu'on aura fait quelque erreur de diagnostic ou qu'on aura trouvé un foie mobile au cours d'une laparotomie exploratrice. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans bien des cas de chirurgie hépatique. Dans ces conditions, on ne peut que recommander l'incision qui paraîtra la plus favorable au cas en présence duquel on se trouve. Incision médiane si la tumeur est médiane. Incision le long du bord externe du grand droit si elle est latérale et se rapproche de la région hépatique. Si l'on avait porté le diagnostic ferme du foie mobile et qu'on ait décidé l'opération, en présence d'un foie réductible, on donnera la préférence à l'incision latérale, au niveau du bord externe du grand droit à hauteur du rebord costal. Une incision oblique, parallèle aux fausses côtes et située à 1 ou 2 centimètres au-dessous, donnerait évidemment beaucoup de facilités pour suturer le foie au rebord costal; mais elle produirait, du côté de la paroi, des délabrements bien considérables, nécessiterait la section transversale d'une partie du grand droit, et en même temps de quelques vaisseaux. Je crois donc bien préférable l'incision verticale, qui, avec des écarteurs, donne un jour très suffisant et permet de placer assez de fils pour la suture.

Les fils, qu'ils soient en gros catgut ou en soie plate, doivent être passés dans le tissu du foie avec beaucoup de précautions, de crainte de le déchirer. On se trouvera bien d'employer des aiguilles mousses, pour éviter la perforation toujours sérieuse de vaisseaux de quelque importance. Les fils seront ensuite fixés dans les cartilages costaux, comme l'a fait Gérard-Marchant, si la situation du foie et sa réductibilité s'y prêtent, sinon on les fixera le plus haut possible, dans les lèvres de la plaie. En règle générale, il n'est pas nécessaire de dénuder le foie, de l'aviver en enlevant la capsule de Glisson. Certainement, et des expériences me l'ont montré, les adhérences entre le tissu hépatique avivé et la partie profonde, saignante de la plaie abdominale prennent toutes les qualités d'un véritable tissu de cicatrice et sont plus solides que les simples adhérences de

séreuse à séreuse. Mais cet avivement du foie qu'il faut faire au bistouri, en rasant la face superficielle de la glande, car la capsule de Glisson est adhérente et ne se décolle pas, détermine une légère hémorragie qui nécessite un petit tamponnement. Il y a, de ce chef, une certaine perte de temps, et cet inconvénient me porterait à préférer la suture simple, et l'accolement de séreuse hépatique à séreuse pariétale, sans avivement, beaucoup plus rapide et en somme très suffisante.

Tout récemment, Legueu a employé un procédé de suture un peu différent. Il a suspendu le foie au moyen d'une grande anse de fil double qui traverse complètement le viscère, entrant au niveau du lobe gauche et ressortant au niveau du lobe droit. Pour éviter d'étrangler la vésicule, le fil rentre dans le tissu hépatique, à gauche de cette dernière, pour ressortir à sa droite sous la face inférieure du foie. Les fils, à leur point d'émergence sur la face antérieure du foie, sont noués l'un à l'autre par un nœud qui les arrête et les empêche de couper le tissu du foie, comme celui du rein dans la néphropexie par le procédé de Guyon. Delagenière avait déjà noué ses fils de la même façon dans le procédé ordinaire. Richelot, en revanche, à l'inverse de Legueu, avait conseillé de ne point traverser le foie de part en part pour éviter une hémorragie possible et difficile à arrêter.

Péan, au Congrès de chirurgie de 1896, a relaté une observation d'hépatopexie par un procédé différent. Après incision transversale, il a établi au-dessous du foie un cloisonnement horizontal par la réunion, au moyen de fils de soie et de catgut, du péritoine qui double la paroi abdominale antérieure, au péritoine postéro-latéral. Ce cloisonnement suffit à soutenir la glande et à empêcher sa chute.

Le procédé de Francke est tout autre. Il fait une incision parallèle au rebord costal. Il fixe alors le foie par huit ou neuf fils qui unissent son bord antérieur à la paroi. Il ne place pas de sutures dans la région vésiculaire. Par cette solution de continuité une mèche de gaze iodoformée est introduite et disposée en éventail entre le foie et le diaphragme, puis enlevée au bout de huit jours. Cette irritation a suffi pour provoquer entre la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme des adhérences solides qui empêchent le foie de retomber. C'est donc, on le voit, un procédé assez original. Il a été employé dans deux cas et a donné deux succès opératoires et thérapeutiques. Il est d'ailleurs parfaitement rationnel, mais l'avenir seul nous apprendra si les adhérences ainsi obtenues sont solides, résistantes et durables.

Depage a obtenu de bons résultats en associant à l'hépatopexie une résection étendue de la paroi abdominale qu'il diminue à la fois dans sa largeur et dans sa hauteur par une véritable excision en T. Il est certain que, si cette méthode est plus compliquée, elle n'en constitue pas moins un perfectionnement sérieux, puisqu'elle

s'adresse en même temps au foie qui tombe et à la paroi qui ne le soutient plus.

Voilà donc différents procédés qui, en somme, donnent des résultats comparables. Sur les 14 opérations rassemblées et analysées dans le mémoire de Terrier et Auvray, il y a eu 10 guérisons, 1 amélioration, 1 cas incertain, celui de Gérard-Marchant, qui pratiqua en même temps une néphropexie, et enfin 2 morts, survenues, il est vrai, dans des cas défavorables, mais qui n'en mettent pas moins une ombre à ce tableau. Cependant cette opération s'est montrée, dans la grande majorité des cas, assez efficace, elle a soulagé suffisamment les malades pour pouvoir être considérée comme parfaitement légitime lorsque les douleurs sont vives, rendent l'existence insupportable, et que rien, à commencer par le port d'une ceinture appropriée, n'est parvenu à les calmer. Dans ces conditions il me semble évident, et je suis sur ce point parfaitement d'accord avec Terrier et Auvray, qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer une hépatopexie. Il ne faut pas oublier que jusqu'ici l'opération a été la plupart du temps consécutive à une erreur de diagnostic, et il est à peu près certain que, bien que l'attention soit actuellement un peu plus éveillée sur ce point, il en sera la plupart du temps ainsi dans l'avenir. L'indication d'une hépatopexie faite de propos délibéré se posera donc rarement, et c'est presque toujours après une laparotomie pratiquée dans un autre but, à la suite même d'une simple incision exploratrice, qu'on sera appelé à agir. Il n'est pas permis d'hésiter, en présence des résultats obtenus, et si on rencontre un foie manifestement mobile, on le fixera par celui des procédés signalés plus haut qui paraîtra le plus pratique, et, à mon avis, le plus simple sera le meilleur.

Si les circonstances sont favorables, si le malade n'est pas trop affaibli et semble devoir supporter facilement une opération un peu longue, il sera évidemment avantageux d'employer le procédé de Depage et de compléter la fixation du foie, par la reconstitution d'une paroi abdominale solide.

2° LITHIASE BILIAIRE.

L'histoire de la genèse des calculs biliaires appartient à la médecine (1). Mais celle de leurs complications est aujourd'hui devenue presque exclusivement chirurgicale. Je ne dirai donc rien, ou à peu près rien, sur toute cette partie de l'étude de la lithiase biliaire qui a

(1) La bibliographie de la lithiase biliaire est immense. Elle remplirait un volume. Dans ces dernières années les communications sur son traitement opératoire ont été innombrables. Je donnerai simplement, au cours de cet article, les quelques indications qui me paraîtront nécessaires.