

Par contre, lorsque l'absence de signes inquiétants, le relèvement rapide de l'état général, la tenue satisfaisante du pouls, la coloration normale des téguments font supposer qu'elle est d'importance minime ou moyenne, on peut surseoir à l'opération immédiate au prix d'une surveillance constante durant les heures qui suivent l'accident. Pour peu que l'état général faiblisse, l'intervention devient nécessaire. S'il s'améliore, au contraire, il y a lieu d'attendre, mais en imposant au blessé un traitement sévère.

Le repos complet au lit dans le décubitus dorsal, l'opium en pilules ou mieux la morphine en piqûre immobilisent les organes abdominaux ; la diète absolue évite toute contraction intestinale et toute congestion hépatique favorisant l'hémorragie ; enfin les larges applications de glace sur la région du foie passent pour aider à l'hémostase.

L'intervention chirurgicale, quand elle est indiquée, doit être faite suivant certaines règles. L'incision médiane, complétée, au besoin, par une entaille transversale, paraît celle qui permet l'exploration la plus aisée et la plus large.

Le foyer une fois découvert, l'hémostase s'y fait par suture ou par tamponnement. La suture n'a guère été employée jusqu'ici, nous croyons pourtant qu'elle peut rendre des services et convient surtout aux fissures étroites, et de profondeur moyenne.

Le tamponnement sera fait, autant que possible, à la manière de Mickulicz.

L'infection du foyer de contusion crée à son niveau un véritable abcès du foie et réclame le traitement de cette dernière affection [V. FOIE (ABCÈS)].

Dans les rares cas où une péritonite généralisée a pour origine une contusion du foie infectée, il va sans dire que son traitement est celui de toutes les péritonites aiguës, quelle qu'en soit la cause.

PLAIES. — Les plaies du foie ont pour caractère essentiel la communication constante de leur foyer avec l'extérieur et partant son infection fréquente. C'est par là qu'elles se différencient surtout des contusions.

Lésions. — Leur étude anatomo-pathologique exige qu'on les divise, suivant la formule classique, en plaies par instruments piquants ou tranchants et plaies par armes à feu.

Chacun de ces agents peut atteindre le foie après avoir perforé la paroi en un point quelconque de son étendue ; cela dépend absolument de sa longueur et de sa direction s'il s'agit d'une arme tranchante, de sa direction et de sa force de pénétration s'il s'agit d'une balle ou d'un éclat d'obus.

Mais il est une région facile à délimiter, qu'on pourrait appeler *zone de vulnérabilité hépatique directe*, où tout instrument qui perforé normalement la paroi atteint presque fatalement le foie. Cette zone comprend toute la partie inférieure de l'hémithorax droit, une bonne partie de la région épigastrique et un segment variable, mais toujours restreint, de l'hypocondre gauche. Le bord supérieur du foie se projette, en effet, suivant une ligne presque horizontale, qui coupe la base de l'appendice xiphoïde sur la ligne médiane, croise le 5^e espace intercostal sur la ligne mamillaire, le 7^e un peu plus en dehors sur la ligne axillaire et atteint le 10^e en arrière près de la colonne vertébrale. Le bord inférieur suit le rebord costal droit qu'il déborde légèrement en avant, croise la ligne médiane, plus près de l'appendice xiphoïde que de l'ombilic et

atteint le rebord costal gauche à l'union des 7^e et 8^e cartilages costaux pour aller, oblique en haut, rejoindre le bord supérieur et délimiter l'extrémité aiguë du lobe gauche. Tout l'espace compris entre ces deux lignes constitue la zone de vulnérabilité hépatique directe.

Ce n'est pas à dire cependant, que, sur toute cette étendue, le foie soit en rapport immédiat avec la paroi. Loin de là, et, en dehors du segment épigastrique de l'aire hépatique où ce contact est direct, il en est partout séparé par le diaphragme, la plèvre et le poumon. Ainsi s'explique anatomiquement la fréquence des lésions simultanées du foie et de ces trois derniers organes.

Les lésions anatomo-pathologiques varient beaucoup avec les divers agents qui les peuvent produire.

Les *piqûres*, par coups de fleurets, de poinçon, par aiguille aspiratrice au cours d'une ponction, entraînent des désordres minimes et des accidents nuls à moins qu'un gros vaisseau n'ait été traversé.

Les *instruments tranchants* sont de nature diverse : les sabres font de larges brèches à la paroi et de grandes plaies au foie, les poignards et les couteaux des dégâts proportionnés aux dimensions de leurs lames. Les lésions peuvent se limiter au parenchyme glandulaire ou s'étendre aux gros vaisseaux. Lorsque ceux du hile sont atteints, comme ce fut le cas chez le président Carnot, l'hémorragie est mortelle en quelques heures, et ne saurait guère être arrêtée. Enfin, il faut se souvenir que le couteau peut traverser l'organe de part en part, et toujours rechercher, au cours de l'intervention, s'il n'existe pas un orifice de sortie. L'oubli de cet examen explique la continuation possible de l'hémorragie et la mort, dans certains cas, malgré la suture de l'orifice d'entrée.

En même temps que le foie, d'autres organes sont souvent atteints par l'instrument tranchant.

Enfin, il peut se faire par l'orifice pariétal, des hernies du foie, de l'épiploon ou beaucoup plus rarement de l'intestin.

Le groupe des *armes à feu* comprend lui aussi de nombreuses unités d'effets bien différents : éclats d'obus gros ou petits ; balles de forme et de calibre très divers, à faible ou à forte vitesse initiale entraînant une force de pénétration minime ou considérable.

Un gros éclat d'obus crée une large plaie pariétale, détermine un véritable broiement du foie et entraîne une mort rapide. Un petit éclat agit à la façon d'une balle, mais cause des dégâts beaucoup plus considérables à cause de sa forme irrégulière.

Les balles, après perforation de la paroi et passage fréquent au travers du diaphragme et de la plèvre se comportent très différemment par rapport au foie. Elles peuvent pénétrer dans son intérieur et s'y arrêter avec des esquilles ou des fragments de vêtement, tracer un sillon à la surface de l'organe, se creuser un véritable tunnel rectiligne et direct au travers de son parenchyme. La lumière en reste béante, l'orifice d'entrée régulier plutôt elliptique qu'arrondi, l'orifice de sortie déchiqueté ; il en part des incisures nombreuses, profondes et souvent très étendues. Le foie, enfin, peut éclater tout entier sous l'action d'une balle animée d'une grande vitesse et tirée de près.

Quelle que soit la variété des lésions produites, l'hémorragie est presque toujours peu considérable et sans gravité immédiate. Par contre, la blessure

des organes voisins est extrêmement fréquente dans les plaies par armes à feu.

Symptômes. — Le processus symptomatique initial des plaies du foie diffère fort peu de celui que nous avons décrit à propos des contusions. On retrouve au début, d'une façon inconstante aussi, un état de choc abdominal intense dont le malade se relève au bout d'un temps indéterminé mais qui peut aussi l'emporter.

A son réveil, la *douleur* apparaît avec sa localisation et ses irradiations caractéristiques; le *hoquet* et l'*anxiété respiratoire* traduisent, lorsqu'ils existent, l'atteinte du diaphragme.

Dès le début l'*hémorragie* s'est faite, d'abondance variable avec l'étendue de la plaie et la nature de l'agent vulnérant; insignifiante dans les piqûres ou les plaies par balles, elle peut devenir inquiétante dans les plaies par instruments tranchants et rapidement mortelle si de gros vaisseaux ont été lésés. La majeure partie du sang coule vers l'abdomen, une petite quantité sort par la plaie pariétale; le fait n'a d'ailleurs rien de caractéristique tant sont nombreux les vaisseaux pariétaux qui peuvent être blessés et saigner.

L'existence de la *plaie pariétale* est le seul fait nouveau, il est rare qu'il apporte à lui seul des renseignements précis sur la profondeur de pénétration de l'agent vulnérant.

Évidemment, lorsque la brèche est large et laisse voir la surface du foie, à plus forte raison lorsque le segment blessé est hernié au travers, le diagnostic saute aux yeux; mais ce sont là des cas exceptionnels. En règle générale, la plaie est étroite, et le siège qu'elle occupe, les commémoratifs de l'accident, la forme, les dimensions, la direction de l'agent vulnérant sont les seuls éléments qui renseignent sur la plus ou moins grande probabilité d'une lésion hépatique.

Un fait pourtant en donnerait la certitude, c'est l'écoulement de bile par la plaie; encore y a-t-il là matière à analyse. L'issue d'une bile pure et abondante traduit beaucoup plutôt une lésion des voies biliaires extra-hépatiques; alors qu'un écoulement de bile associé à un écoulement sanguin continu résulte presque certainement d'une plaie du parenchyme glandulaire (Faure).

Evolution. — L'évolution normale des plaies du foie est la cicatrisation rapide et la guérison complète; mais elle n'est possible qu'autant qu'il n'y a pas d'infection. A strictement parler, celle-ci existe toujours, les agents vulnérants et la peau qu'ils traversent n'étant jamais aseptiques. Mais, dans un tissu aussi vasculaire, une infection de virulence légère est rapidement annihilée par la phagocytose et la destruction des germes. C'est seulement lorsque la victoire reste aux microbes envahisseurs que l'injection se traduit en clinique par des complications graves.

Complications. — Les complications infectieuses revêtent deux modalités qui peuvent exister isolément ou simultanément: l'*hépatite suppurée* dont la guérison spontanée est exceptionnelle et la terminaison mortelle si on n'intervient pas [V. FOIE (ABCÈS)]; la *péritonite localisée* sous forme de périhépatite, d'abcès sous-phrénique; la *péritonite généralisée* presque toujours aiguë, apparaissant d'habitude dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident, parfois plus tardive et consécutive à une hépatite infectieuse abcédée. La mort en est la conséquence presque fatale.

Pronostic. — Le pronostic de semblables lésions est toujours grave, en principe; mais à des degrés essentiellement variables avec la profondeur et l'étendue des lésions primitives, la virulence des infections consécutives. Le traitement chirurgical, dont les indications ont été singulièrement étendues durant ces dernières années a d'ailleurs considérablement amélioré ce pronostic.

Traitement. — En dehors de certains cas particuliers, le traitement des plaies du foie relève exclusivement de la chirurgie et a pour base l'intervention opératoire.

L'expectation aidée de la diète et du repos absolu ne convient qu'aux plaies étroites consécutives à une piqûre, lorsque le pouls reste bon, l'état général parfait, la douleur très modérée et qu'il n'y a pas de matité sous-hépatique. Dans ces conditions, elle donne des succès presque constants.

Toutes les autres variétés de plaies nécessitent, à notre sens, un traitement opératoire. La chose est indiscutable lorsqu'une large brèche pariétale laisse voir dans la profondeur le foie déchiré et saignant; un nettoyage minutieux de la plaie et des zones voisines s'impose alors suivi du tamponnement des surfaces qui saignent ou de leur suture, quand elle est possible. Si un segment de foie fait hernie et qu'il paraisse à peu près sain, on le réduira; si, au contraire, il est meurtri, dilacéré, sa résection est indispensable. Dans les deux cas il faut drainer largement.

En cas de plaie étroite, lorsque l'état général est bon, l'hésitation resterait permise entre l'expectation et l'intervention. Je ne la comprends pas, pour ma part. Le parti de beaucoup le plus sage et le plus prudent, étant donnée surtout la fréquence des lésions concomitantes, est de considérer la pénétration comme l'indication suffisante d'une intervention immédiate (Lejars).

Cette *intervention* comprend deux temps distincts: la découverte du foie et la recherche de ses lésions; l'hémostase à leur niveau.

1°) Pour la *découverte* du foie, il n'est pas indiqué, en général, de suivre le trajet de la plaie. C'est seulement dans les cas de perforation de la plèvre et du diaphragme qu'on doit se guider sur lui. Après résection d'une ou de plusieurs côtes et incision du diaphragme, on aborde ainsi la solution de continuité du foie.

Dans toute autre circonstance, il faut donner la préférence aux incisions médiane ou para-médiane. La laparotomie médiane, avec ou sans incision complémentaire permet l'examen facile et complet du bord antérieur et de la face convexe, du lobe gauche, de la vésicule et des voies biliaires. L'incision verticale le long du bord externe du droit, complétée par une incision parallèle au rebord costal, facilite la recherche et le traitement des lésions qui siègent très loin en arrière, au voisinage de la face postérieure.

Le foie découvert, les plaies ne sont pas toujours visibles, et pour leur recherche certaines manœuvres sont souvent nécessaires.

Lorsque les lésions siègent sur la face convexe, il faut abaisser le foie et incliner en avant sa face supérieure. Pour parfaire l'exploration, il peut être très commode d'introduire profondément entre le foie et le diaphragme deux ou trois doigts ou même la main et de s'en servir pour refouler en avant et déprimer l'organe (Lejars).

L'examen de la face concave et du bord postérieur exige une manœuvre inverse. Elle consiste à relever le bord antérieur du foie, à faire, autant que pos-

sible, basculer l'organe de bas en haut et d'avant en arrière et à le refouler en masse dans la concavité du diaphragme, en même temps qu'on récline en bas au maximum l'épiploon, le duodénum, l'estomac et le côlon (Lejars).

2°) Les lésions une fois reconnues, on passe à l'hémostase. Dans les plaies par instrument tranchant, la suture est la méthode de choix et le tamponnement un procédé d'exception. Le thermo-cautère, au rouge sombre, constitue un moyen fort infidèle, et, par conséquent, très périlleux. (Lejars).

Pour suturer le foie, on doit employer une grosse aiguille courbe, et un gros fil. Il est très important d'autre part de charger beaucoup de parenchyme. L'aiguille doit pénétrer à 2 ou 3 centimètres en dehors de la plaie, passer profondément en plein tissu hépatique et ressortir à une distance pareille du côté opposé. Ainsi l'on évitera de laisser un espace mort où le sang puisse s'accumuler sous la suture. Il faut serrer sans violence et modérément. L'accolement simple des berges du fossé suffit à l'hémostase et à la cicatrisation.

Si le siège de la solution de continuité ou la fragilité du parenchyme rendent la suture impossible, le tamponnement devient la seule ressource. Plutôt que de le faire avec des lamelles isolées de gaze aseptique, il vaut mieux procéder à la Mickulicz en portant sur le doigt, avec une pince, jusqu'au fond du foyer, l'extrémité du sac enveloppant (Lejars).

Lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie par balle et qu'on aperçoit un orifice, on doit songer immédiatement qu'il peut en exister un second par où l'hémorragie se poursuivrait après oblitération du premier et le rechercher minutieusement.

Toute tentative d'extraction du projectile est absolument contre-indiquée à moins d'apparaître très facile. La seule conduite à tenir est de fermer par la suture le ou les orifices et les fissures qui s'en détachent.

Les complications infectieuses des plaies du foie relèvent uniquement du traitement opératoire; ces chances de succès en seront d'autant plus grandes qu'on y aura recours d'une façon plus précoce. PIERRE WIART.

FOIE (LOBE FLOTTANT). — Il y a *lobe flottant du foie, hépatoptose partielle*, lorsqu'une masse de tissu hépatique, distincte de l'organe principal mais rattachée à lui par un pédicule plus ou moins épais, forme tumeur dans l'abdomen.

Les caractères anatomo-pathologiques du lobe flottant sont assez variables : volume parfois considérable, celui des deux poings; forme ovoïde, quadrilatère, arrondie, à bords tranchants; implantation par un pédicule large ou étroit sur le bord antérieur du lobe droit, à droite de la vésicule ou à son niveau en la cachant complètement; consistance du foie normal ou dureté d'un foie sclérosé; surface généralement lisse; légère mobilité transversale et antéro-postérieure; coexistence fréquente de cholécystite calculeuse, d'ectopie rénale droite, d'entéroptose, tels sont ses attributs les plus ordinaires.

L'étiologie et la pathogénie de l'affection se résument le plus souvent en ceci : il y a allongement hypertrophique d'un segment du foie tiraillé par une tumeur viscérale de voisinage ou par une vésicule biliaire altérée, et l'affection se rencontre surtout chez la femme.

Le tableau clinique, lorsqu'il y en a un, a pour élément dominant la

douleur. Tantôt continue, tantôt survenant sous forme de crises très pénibles durant deux ou trois jours, elle irradie de la tumeur vers le dos, les flancs, les cuisses. Rapidement, elle empêche tout travail et immobilise le malade. Le décubitus dorsal ne la calme pas toujours, et parfois, seul, le décubitus ventral y apporte quelque soulagement.

À la douleur s'ajoutent parfois des palpitations, des bouffées de chaleur, des accès de fièvre, des troubles dyspeptiques. La malade maigrit et éprouve une lassitude extrême.

L'examen physique, lorsque les signes sont au complet, ce qui n'est pas la règle, révèle dans le flanc droit une tumeur de consistance ferme, appendue au bord antérieur du foie, mate à la percussion et dont la matité se continue avec la matité hépatique, mobile latéralement, susceptible de balloter, suivant d'accord avec le foie les mouvements respiratoires.

Enfin, dans le passé des malades, on relève bien souvent des accidents de lithiase biliaire.

Traitement. — Lorsqu'il est nécessaire d'établir un traitement, car nombre de lobes flottants ont été trouvés à l'autopsie qui n'avaient, durant la vie, donné lieu à aucun symptôme, il doit toujours être chirurgical et comporte trois ordres de moyens :

La *résection du lobe flottant*, opération radicale, excellente, mais inutile, et plus grave que la suivante;

L'*hépatopexie partielle*, toujours suivie de succès, et qui convient à tous cas non justiciables de la troisième intervention;

La *cholécystostomie*, ou telle autre opération dirigée contre la lithiase vésiculaire, qui doit être pratiquée lorsque l'hépatoptose partielle a pour cause certaine la lésion vésiculaire, et a donné, dans ces conditions, des résultats très satisfaisants. PIERRE WIART.

FOIE (MÉLANOME). — Presque toujours secondaires, les mélanomes du foie ont, du fait même de leur rareté, peu d'importance clinique. Le plus souvent ils succèdent à des tumeurs mélaniques de l'œil ou de la peau, notamment à la suite d'interventions opératoires qui peuvent remonter à de longues années en arrière (plus de vingt ans dans un cas). Parfois latents, ils ont souvent une symptomatologie assez chargée qui rappelle celle du cancer du foie. On a signalé la précocité et l'intensité des troubles digestifs, l'hypertrophie considérable et la dureté du foie à surface tantôt lisse, tantôt mamelonnée, l'existence fréquente mais inconstante de douleurs hépatiques, l'absence habituelle d'ictère, la cachexie rapide. Tous ces symptômes n'ont rien de bien caractéristique, et le diagnostic resterait le plus souvent en suspens, si deux signes ne venaient permettre de l'affirmer : d'une part, l'existence d'accidents antérieurs sur l'œil ou la peau (d'après Hanot et Gilbert, une seule observation de mélanome primitif du foie, celle de Belin, doit être retenue); d'autre part, la *mélanurie*; les urines normales au moment de leur émission prennent, plus ou moins rapidement à l'air, une coloration brune ou noire mise également en évidence par l'action de l'acide nitrique ou surtout de l'acide chromique en solution au 10° : à la mélanurie se joint souvent une acétonurie notable. C'est la mélanurie qui, tout récemment, nous a permis de faire le diagnostic de sarcome mélanique