

Inutile de multiplier les exemples ; les bulletins de la *Société anatomique* de Paris renferment un grand nombre de faits de même nature.

Nous tenons à rapporter cependant une intéressante observation qui a été publiée par Lambotte et Herman, dans les *Annales de la Société de Médecine d'Anvers* (1895). Il s'agit d'une plaie par arme à feu de l'abdomen avec perforation du foie, de l'estomac et de l'aorte ; la mort ne survint pas immédiatement et la laparotomie fut pratiquée avec le diagnostic de plaie du foie. Pendant l'opération la plaie de l'aorte fut méconnue ; on la constata seulement à l'autopsie en même temps que la migration du projectile jusque dans l'iliaque primitive qui était dilatée.

Les lésions du foie ont pour conséquence l'épanchement de bile et de sang dans la cavité abdominale. La bile provient alors de l'ouverture des voies biliaires intra-hépatiques, à moins qu'il n'existe en même temps une blessure des voies biliaires extra-hépatiques. Nous étudierons ultérieurement les épanchements de bile, dont l'histoire se rattache plus directement à celle des traumatismes des voies biliaires.

L'épanchement de sang est au contraire le symptôme dominant des plaies du foie proprement dites. La quantité de sang épanché est très variable ; dans certains cas, elle atteint des proportions énormes : c'est ainsi que Dagron rapportait à la *Société anatomique* (1888, p. 688), une observation où quatre litres de sang s'étaient collectés dans la cavité abdominale.

Le sang se coagule plus ou moins facilement suivant sa richesse en fibrine, suivant qu'il provient des artères ou des veines. Les liquides épanchés ont toujours tendance à se porter vers les parties déclives de la cavité abdominale et dans les plaies du foie, ils se collectent principalement dans la fosse iliaque droite. La raison donnée par Malgaigne est facile à saisir : le mésentère et l'intestin grêle forment une sorte de cloison verticale médiane qui sépare la cavité abdominale en deux moitiés latérales. Les épanchements qui se font à droite sont bridés par le mésentère et le cæcum, et s'arrêtent à la fosse iliaque droite : ceux qui se font à gauche descendent jusque dans le petit bassin. Dans l'observation de F. Terrier, nous avons pu constater l'exactitude de cette règle.

Le sang est généralement bien supporté par le péritoine, qui réagit légèrement en se congestionnant pour absorber l'épanchement.

A côté des lésions d'ordre purement traumatique, il en est d'autres

sur lesquelles nous passerons assez rapidement et qui sont la manifestation d'accidents septiques dus au transport d'agents infectieux dans le tissu du foie et dans le péritoine. Le foie s'enflamme au voisinage de sa plaie, il se forme une hépatite localisée qui aboutit à la formation d'un abcès.

Cet abcès généralement unique est de volume variable ; le pus est d'un brun plus ou moins foncé, et lorsque le malade ne succombe pas rapidement aux accidents d'infection, ce pus tend à migrer dans les régions voisines, dans la cavité péritonéale, au niveau de la paroi abdominale, dans la cavité pleurale et péricardique, ou encore dans les bronches après perforation du diaphragme, dans le tube digestif (estomac ou intestin), dans les voies biliaires, enfin dans les gros vaisseaux du voisinage (veine cave, veine porte, veines sus-hépatiques, etc.).

Ces abcès, d'après les auteurs, seraient susceptibles de subir la transformation calcaire.

La péritonite consécutive aux blessures du foie est généralisée ou circonscrite. Dans les cas d'abcès du foie auxquels nous venons de faire allusion, il y a toujours de la péritonite, circonscrite autour du foyer de l'abcès.

Cette péritonite circonscrite en dehors des faits où il y a abcès, peut être sus ou sous-hépatique. Dans le premier cas, elle siège tantôt à gauche, tantôt à droite du ligament suspenseur au-dessus des lobes correspondants. Ces foyers de péritonite circonscrite sont formés par une coque de fausses membranes qui tapissent les organes voisins et au centre de laquelle se trouve collecté un liquide séro-purulent. L'inflammation, en se propageant du côté des séreuses voisines a pu déterminer des pleurésies ou des péricardites séro-purulentes.

Symptomatologie.

Il nous paraît inutile, comme l'ont fait certains auteurs, de séparer l'étude clinique des contusions et déchirures du foie de celle des plaies de cet organe ; dans l'un et l'autre cas, les symptômes d'ordre médical sont les mêmes, les symptômes objectifs seuls varient.

Ces derniers, en effet, peuvent, même dans les cas de contusions très violentes de la paroi abdominale, faire totalement défaut. Les observations sont nombreuses où on ne retrouve aucune trace du traumatisme sur la surface cutanée, ou bien ce ne sont que des

ecchymoses très légères qui indiquent la violence extérieure.

Dans les cas de plaie du foie, la plaie qui intéresse soit la paroi abdominale, soit la paroi costale se présente sous des aspects très différents; nous n'avons point à revenir ici sur les caractères spéciaux des solutions de continuité produites par des balles, des instruments piquants ou tranchants, caractères sur lesquels nous avons suffisamment insisté à propos de l'anatomie pathologique. Retenons seulement que, dans certains cas, la paroi abdominale est assez largement ouverte pour que l'on puisse constater, à travers la solution de continuité, l'état des organes sous-jacents: par ces larges plaies, l'intestin, l'épiploon, le foie lui-même peuvent faire hernie à l'extérieur. D'autres fois, la plaie abdominale est de petites dimensions, elle ne permet pas d'explorer les régions profondes; on peut alors hésiter sur l'existence de la pénétration dans la cavité abdominale. C'est par l'étude des commémoratifs et par la recherche des signes que nous allons étudier et qui sont l'apanage des blessures du foie, qu'on pourra supposer l'existence d'une lésion de cet organe; mais le diagnostic présente parfois de réelles difficultés.

Les lésions du foie peuvent tuer immédiatement par une espèce de *commotion abdominale* bien connue dans ses résultats, très obscure dans sa pathogénie: c'est ce que les Anglais appellent le choc (*shock*). On admet généralement que, dans ces cas, l'ébranlement communiqué aux nerfs splanchniques, au plexus solaire, joue le principal rôle dans le mécanisme de la mort et que celle-ci a lieu par arrêt réflexe du cœur et de la respiration. Il y a, dit-on, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'expérience de Goltz, qui détermine une syncope en portant un coup brusque sur l'abdomen d'une grenouille? Savory a pensé que la mort par le choc n'était rien de plus que la mort par un épuisement temporaire du fluide nerveux, résultant d'une dépense violente, soudaine et excessive qui en a été faite, ce qui du reste n'explique rien.

Quoi qu'il en soit, la commotion abdominale a des degrés. On compte peu de cas de commotion au plus haut degré, amenant la mort immédiatement. La commotion plus faible est beaucoup plus fréquente et se manifeste par les symptômes suivants: prostration, débilité générale, face pâle et grippée, état syncopal, ralentissement du pouls, hypothermie, vomissements, météorisme sans lésion péritonéale accusée. Cet état de collapsus peut être fugace ou se prolonger pendant plusieurs jours, d'autant plus que souvent l'hémorragie vient l'aggraver et l'entretenir.

L'hémorragie est le symptôme que nous devons placer au premier rang dans l'étude clinique des traumatismes du foie. Très fréquente et parfois très abondante, elle peut être interne ou externe, et s'accompagne des symptômes de l'anémie aiguë: pâleur de la face, yeux vitreux et cernés, pupilles contractées immobiles, extrémités froides, sueur visqueuse, pouls petit, soif ardente, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, anxiété, convulsions, délire, vomissements, oppression, syncopes.

Indépendamment de ces symptômes généraux, l'hémorragie se traduit encore à l'examen de la cavité abdominale par une zone de matité étendue, dont la percussion révèle l'existence, généralement dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, où le sang s'est collecté de préférence; collection qui dans certains cas est manifestement fluctuante. Mais la recherche de ces signes physiques est rendue parfois délicate par l'augmentation de volume et la tension du ventre, dues à la parésie intestinale et au météorisme.

L'hémorragie est variable avec la cause même de la blessure du foie. C'est ainsi que les piqûres exposent peu à l'hémorragie, tandis que les plaies par arme à feu, surtout par instrument tranchant, et les ruptures s'accompagnent généralement de ce redoutable symptôme. Et encore parmi ces dernières les plaies contuses du foie, que Roustan appelle avec raison les lésions locales au point frappé, donnent rarement lieu à un écoulement considérable de sang.

« L'hémorragie, dit encore Roustan, est d'autant plus à craindre que la lésion est plus profonde et plus rapprochée soit du hile du foie, soit de l'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave ».

Le sang épanché est surtout du sang veineux; cependant les branches de l'artère hépatique peuvent être atteintes et donner issue à du sang artériel. Au sang peut se mélanger de la bile provenant de la rupture des canaux biliaires intra-hépatiques.

L'hémorragie est facilitée par certaines prédispositions physiologiques et pathologiques, telles que la congestion physiologique de la digestion et toutes les congestions pathologiques du foie.

Bien que la *douleur* puisse faire défaut, il faut la considérer comme fréquente au cours des traumatismes du foie. C'est le plus souvent une douleur sourde, profonde et continue, siégeant dans la région du foie et irradiant vers l'ombilic, l'appendice xiphoïde ou l'épaule droite, comme dans la colique hépatique, ou mieux l'hépa-

talgie de Beau. Pour Boyer, la douleur de l'épaule serait en rapport avec une plaie de la convexité, tandis que les douleurs au niveau de l'appendice xiphoïde seraient l'indice des lésions de la face concave; ces affirmations ne doivent être acceptées qu'avec la plus grande réserve.

La douleur est variable dans son intensité; parfois paroxystique et intermittente, elle s'exagère sous l'influence des mouvements et de la pression directe, de la congestion physiologique, nous dit Roustan, qui accompagne la digestion; de là le précepte de recommander un régime très sévère dans tous les cas.

Souvent aussi la douleur est exaspérée par la lésion des parties voisines: plèvre, péricarde, rein. La douleur s'accompagne généralement dans les cas de contusion de l'abdomen avec lésion profonde du foie d'un état de défense, de tension de la paroi abdominale très manifeste dans la région hépatique. Tout le ventre est évidemment douloureux, mais la douleur est exagérée par la plus légère pression exercée dans l'hypochondre droit, et s'accompagne d'une *rigidité spéciale* de la paroi abdominale en ce point, rigidité qui est un signe d'une importance capitale en faveur du diagnostic d'une lésion profonde, dans le cas qui nous occupe, comme toutes les fois qu'il s'agit d'une contusion de l'abdomen.

L'ictère est un symptôme assez rarement observé, que A. Verneuil dans une intéressante étude sur l'ictère traumatique (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris 1872), a bien mis en relief et qu'il décrit sous le nom « d'ictère traumatique proprement dit, c'est-à-dire par lésion directe du foie ». Ludwig, sur 267 observations, note son existence 24 fois seulement; Chauvel et Nimier l'observent dans la proportion de 22,8 p. 100; et le premier de ces auteurs admet qu'il serait plus fréquent dans les plaies par armes à feu.

Nous estimons que l'ictère est rare dans les traumatismes du foie, car nous ne le trouvons signalé qu'un très petit nombre de fois. Nous le rencontrerons au contraire d'une façon très fréquente au cours des traumatismes des voies biliaires, où la bile épanchée, dans la cavité abdominale est toujours plus ou moins abondante et où la résorption biliaire, cause de l'ictère, se fait d'une façon énergique.

L'ictère peut être un symptôme du début; mais, le plus souvent, il ne survient qu'au bout du deuxième jour ou même plus tardivement. Il paraît dû soit à la résorption de la bile épanchée, soit aux perturbations survenues dans le fonctionnement du foie.

L'ictère se présente à des degrés divers, depuis la simple coloration des conjonctives, jusqu'à la teinte jaune verdâtre plus ou moins foncée de la face. L'examen des urines, des matières fécales ne devra pas être négligé.

L'examen des urines en particulier, même en décelant la présence d'une faible quantité de pigment biliaire, permettra d'affirmer une lésion hépatique, que ni la coloration de la peau, ni celle des conjonctives n'avaient fait supposer.

Cet examen, dans bien des cas, révélera aussi l'existence d'une *glycosurie passagère*, que Cl. Bernard a décrite comme conséquence des contusions du foie (*Leçons de physiologie expérimentale*, Paris, 1855, p. 345). Cet auteur cite une observation dans laquelle le sucre fut constaté jusqu'à la guérison complète; la malade garda même une polyurie persistante. Enfin on a noté la présence d'albumine dans les urines de malades atteints de contusion hépatique.

Comme dans toutes les autres lésions abdominales, les blessés sont en proie à l'agitation, à l'insomnie, au délire même, conditions qui ne font qu'aggraver le pronostic dans une affection où il est besoin, avant tout, d'un repos absolu.

Aux symptômes précédents se joignent des *troubles digestifs* plus ou moins marqués: langue saburrale, nausées, vomissements bilieux, constipation plus ou moins opiniâtre.

Le *hoquet* a été fréquemment observé au cours des traumatismes du foie; Owen a pensé qu'on l'observait le plus habituellement dans les lésions de la face convexe de l'organe.

La *respiration* des blessés est généralement pénible, courte, accélérée; les malades mettent en jeu les muscles respirateurs accessoires, essaient d'immobiliser leur diaphragme, dont les contractions sont douloureuses et dont le jeu peut être gêné par le météorisme abdominal. Ces troubles respiratoires sont dans certains cas sous la dépendance des lésions du poumon, de la plèvre, du péricarde, ou même sous l'influence de la commotion générale. Les lésions de la plèvre et des poumons peuvent se traduire par des accès de toux pénibles, douloureux, et à l'auscultation par des râles, des souffles, etc.

Dans certains cas, les phénomènes observés du côté du poumon ont pu donner naissance à des erreurs de diagnostic sur lesquelles il importe d'être prévenu. On peut en donner pour exemple le fait suivant rapporté par Février dans la *Gazette médicale de Paris* de 1888, p. 439-441, sous le titre: « Déchirure du foie avec vaste épanchement sanguin péritonéal ayant simulé un hémithorax droit. »

Le malade ne présenta jamais aucun symptôme qui pût faire penser à une lésion abdominale ; le ventre a conservé sa souplesse, son volume normal ; il n'était pas douloureux. Tout faisait penser au contraire à une lésion thoracique : on constatait en arrière et à droite de la matité à la base du poumon, qui, augmentant progressivement, semblait remonter jusqu'à l'omoplate. La matité du foie était normale, l'organe ne débordait pas les fausses côtes. Ces symptômes, joints à une dyspnée toujours croissante, à une température de 39°,6, avaient fait porter le diagnostic de septicémie pleurale compliquant un hémithorax, suite de déchirure du poumon. On se préparait à faire la pleurotomie, lorsque le malade mourut.

On trouva à l'autopsie une vaste déchirure du foie, avec un épanchement sanguin abondant dans la cavité abdominale, surtout dans l'hypochondre droit.

L'augmentation du volume du foie se retrouve dans presque tous les cas ; elle est surtout marquée lorsque la glande devient le siège d'un ou plusieurs abcès à la suite du traumatisme ; c'est par la palpation et la percussion qu'on se rendra compte des changements subis par le foie ; mais l'exploration sera parfois rendue difficile par la tension des muscles de la paroi abdominale.

L'examen de la région hépatique a permis de constater, dans un fait cité par Dalziel et que nous rapportons dans nos observations, l'existence d'une fistule de l'hypochondre droit chez un enfant de cinq mois. Cette fistule existait depuis deux mois sans que la mère pût en connaître la cause : un stylet introduit dans le trajet de la fistule rencontra au fond quelque chose de dur. Nous verrons ultérieurement que la laparotomie fut pratiquée et permit l'extraction d'une aiguille siégeant dans le lobe droit du foie ; c'est le seul cas de ce genre qu'il nous ait été permis de rencontrer.

La température des blessés s'est montrée le plus souvent inférieure à la normale dans les jours qui ont suivi le traumatisme, ce qui n'a pas lieu d'étonner quand on considère l'état de prostration profonde dans laquelle ils sont plongés pour la plupart, et les hémorragies abondantes qui succèdent aux traumatismes du foie. Toutefois, il n'est pas rare de voir la température s'élever et annoncer, avec les frissons et les accès fébriles caractéristiques, l'invasion des accidents septiques.

Tels sont en somme les symptômes que l'on peut rencontrer, à des degrés d'ailleurs très divers, chez les malades atteints de traumatismes du foie. A ces symptômes qui appartiennent en propre aux

lésions de la glande hépatique, peuvent s'en ajouter d'autres, liés à la blessure relativement fréquente des organes voisins (rein, plevre, poumon, péricarde, estomac, intestin, etc.), phénomènes sur lesquels nous n'insisterons pas, mais qui assombrissent singulièrement le pronostic déjà si grave en lui-même des traumatismes du foie.

Marche. — Terminaison.

Nous avons insisté, dans le précédent chapitre, sur l'état de collapsus généralement marqué dans lequel se présentent les malades après le traumatisme du foie. Empressons-nous de dire qu'il n'en est pas toujours ainsi, et nous verrons bientôt, en traitant la question de l'intervention chirurgicale, que la laparotomie immédiate a été pratiquée dans des cas où les accidents du début paraissaient insignifiants, et où l'opération a pleinement justifié la conduite du chirurgien.

Pour le moment, retenons ce fait, des plus importants à noter, que parfois dans les heures qui suivent l'accident, l'état général du blessé est excellent ; témoin le cas cité par Zeidler d'un homme de vingt-huit ans, qui reçut dans l'hypochondre droit un coup de tranchet de cordonnier, vint à pied à l'hôpital avec un pansement sale sur sa plaie, une demi-heure après l'accident ; et cependant il y avait hernie de l'épiploon à travers la plaie ; la laparotomie immédiate permit de constater une plaie du foie, qui fut traitée par la thermo-cautérisation et guérit.

Dans les faits, de beaucoup plus fréquents, où l'état de commotion existe au début tel que nous l'avons décrit, l'évolution de la maladie est, dans la suite, essentiellement variable.

La commotion qui n'a pas tué le blessé dans les premières heures va généralement en diminuant : le malade sort peu à peu de sa torpeur, le pouls se relève, les forces renaissent et, au bout d'un temps plus ou moins long, les blessés peuvent se considérer comme définitivement guéris.

Il y a même des cas où l'évolution de la lésion est essentiellement bénigne. Nicaise a rapporté, dans la *Gazette médicale de Paris* (1871), l'observation d'un homme qui, pendant la guerre de 1870, avait eu l'abdomen perforé de part en part par une balle qui avait blessé le foie au niveau de la face convexe ; il n'était survenu ni ictère, ni péritonite, aucun symptôme grave, seulement quelques douleurs dans

l'hypochondre. Nicaise considère ces faits comme n'étant pas extrêmement rares, ce qui est relativement vrai; mais il ne faut pas se montrer trop optimiste, car dans la très grande majorité des cas, les blessés restent exposés aux complications les plus graves et à leurs funestes conséquences.

L'hémorragie, que nous avons longuement étudiée à propos des symptômes, peut devenir par son abondance une cause rapide de mort; c'est ce qui surviendra lorsqu'un des gros canaux du système porte, par exemple, aura été sectionné au voisinage du hile du foie. Le blessé peut alors succomber dans les instants qui suivent le traumatisme.

D'autres fois l'hémorragie primitive s'est arrêtée, tout danger immédiat semble conjuré; mais le malade, en proie à une vive agitation, peut, dans ses mouvements désordonnés, ébranler les caillots qui oblitéraient les vaisseaux et être emporté par une hémorragie secondaire. Roustan signale des hémorragies survenues très tardivement, de dix à vingt jours après l'accident; dans certains cas, il survenait chaque jour, par la plaie extérieure, des hémorragies assez abondantes, tout s'arrêtait ensuite pour recommencer le lendemain. Peut-être l'alimentation du malade et la congestion du foie due à la digestion, expliquent ces phénomènes qui doivent plutôt résulter d'accidents de septicémie.

En somme l'hémorragie reste le symptôme redoutable que nous ayons signalé, redoutable par son abondance, sa persistance et sa répétition. Dans le cas où l'hémorragie n'est pas trop abondante, le sang répandu dans l'abdomen est ordinairement assez bien supporté jusqu'à ce que, peu à peu, il finisse par disparaître.

Parmi les autres complications, les plus graves sont les complications septiques se manifestant tantôt sous la forme d'hépatite avec abcès du foie, tantôt sous la forme de péritonite.

Les *abcès du foie* d'origine traumatique succéderont de préférence aux plaies par instruments piquants et tranchants, et aux plaies par armes à feu. Dans ces différents cas, des produits septiques sont transportés du milieu extérieur dans le parenchyme du foie, et deviennent le point de départ d'une inflammation bientôt suivie de suppuration.

L'hépatite commence souvent dès les premiers jours de l'accident et n'arrive à la suppuration que plus tard, du dixième au dix-septième jour. L'ascension de la température, les frissons, le facies du malade annoncent la formation du pus; en même temps la palpation permet

quelquefois de constater l'existence d'une tuméfaction qui se développe peu à peu. Généralement, l'évolution des abcès est aiguë, franche; mais dans certains cas l'hépatite se présente avec une allure insidieuse, irrégulière, présentant des alternatives de rémission et d'exacerbation.

Une fois l'abcès collecté, sa marche est essentiellement variable. Le pus peut faire issue dans les cavités voisines; plèvre, péricarde, tube digestif, bronches, cavité péritonéale, ou encore se faire jour en divers points de la paroi abdominale; ce sont alors les cas les plus favorables pour la guérison spontanée des abcès.

Dans une statistique de Rouis (Hépatite circonscrite, 1860), on constate que sur 203 cas, la guérison a été observée 39 fois; mais la guérison est toujours lente à se faire, et bien souvent il persiste une fistule interminable. Dans certains cas le pus a été résorbé sur place, mais le plus souvent la mort a été la terminaison des accidents d'hépatite.

La *péritonite* est une complication assez fréquente dans les traumatismes du foie, elle peut être aiguë ou chronique, généralisée ou circonscrite.

L'inflammation locale peut, en se propageant au péritoine, être le point de départ de la péritonite, mais celle-ci peut être encore due à l'action directe du traumatisme, à la communication de la cavité péritonéale avec le milieu extérieur, à l'épanchement de bile ou de sang dans l'abdomen.

La péritonite se manifestera par ses symptômes ordinaires: frissons, température, pouls, douleur abdominale avec tension du ventre, évanouissements, etc. Et c'est généralement du deuxième au troisième jour que ces symptômes apparaissent.

Tantôt il s'agit d'une péritonite généralisée, tantôt d'une péritonite circonscrite, et, dans ce dernier cas, elle peut rester localisée à la fosse iliaque et aux parties déchirées, si c'est l'épanchement qui est cause de la péritonite; ou bien au contraire être circonscrite à la partie supérieure, où la formation d'adhérences protégera le reste de la cavité abdominale.

Le pronostic de la péritonite est des plus graves.

L'apparition des accidents septiques, relativement rare à la suite des *ruptures sous-cutanées* du foie, est cependant possible. On admet alors que l'infection est due à la présence de microorganismes apportés dans le foie par la veine porte et résorbés au niveau de la surface intestinale. Langenbuch, qui attribue au foie un rôle ana-

logue à celui de la rate, lui fait jouer une action importante vis-à-vis de ces microorganismes.

L'apparition des accidents infectieux n'est-elle pas le résultat de la lutte engagée entre les microorganismes et le tissu hépatique ? Le foie sain résiste, mais le foie contusionné ou malade n'a plus l'activité nécessaire et succombe. A cet égard le rôle de la bile, septique ou non, doit avoir une importance énorme, mais encore mal connue.

Au cours des traumatismes du foie, on a encore signalé une complication redoutable, mais très rare, l'*embolie*, qui peut être de nature variable.

Hamilton a rapporté dans le *British medical Journal* du 6 octobre 1877, une observation d'*embolie graisseuse* qu'il compare aux embolies graisseuses consécutives aux fractures osseuses. Le fait paraît unique et intéressant à résumer en quelques mots : ce malade fit une chute d'un lieu très élevé sur le côté droit ; quoique étourdi, il put, au moment de l'accident, continuer à marcher ; une heure après, il fut pris d'une angoisse extrême, la respiration s'embarassa, et il mourut peu après dans le coma. A l'autopsie, on trouva que le foie avait éprouvé quelques petites ruptures, qu'il était particulièrement gras, et d'une façon tout à fait anormale. Dans le poumon, on constata que toutes les branches de petit et de moyen volume de l'artère pulmonaire étaient gorgées d'une graisse que l'acide osmique colorait en noir. Sur un grand nombre de coupes, les capillaires, même les plus petits, étaient complètement oblitérés par une grosse embolie composée de graisse. L'auteur pense que, dans certains cas de rupture de foie graisseux, on se contente trop facilement du diagnostic de choc, et que des recherches anatomiques plus sérieuses feraient reconnaître des embolies d'origine hépatique très analogues aux embolies graisseuses consécutives aux fractures osseuses.

On a signalé également le *transport embolique de fragments de l'organe déchiré* succédant à des traumatismes violents. Marshall (*Lancet*, 1874, p. 197), Roustan, Percheron, rapportent le cas d'un homme de vingt ans, chez lequel on trouva, dans l'artère pulmonaire, immédiatement en avant des valvules et remplissant presque la cavité du vaisseau, un morceau du foie, de forme conique, pesant environ 4 grammes ; le malade survécut 40 minutes à l'accident.

Deux faits analogues ont été signalés par Schmorl (1888) et un troisième par Zenker ; Karl Hess, dans un travail publié en 1860, considère les embolies parenchymateuses dans les ruptures du foie, comme n'étant pas très rares

Diagnostic.

Dès le début de ce chapitre, mentionnons l'existence de cas dont le diagnostic est absolument impossible ; ce sont ceux dans lesquels, sous l'influence d'un violent traumatisme, des lésions multiples se sont produites et masquent les symptômes propres aux plaies du foie. C'est ce qui arriva dans un fait que l'un de nous a présenté à la Société anatomique, et auquel nous avons déjà fait allusion : les accidents dus à la blessure du foie étaient masqués par les signes d'une fracture du crâne, et c'est seulement à l'autopsie que les lésions de la glande hépatique purent être constatées avec plusieurs autres altérations des organes abdominaux (rein, rate, etc.).

Lorsqu'il y a eu contusion de l'abdomen dans la région de l'hypochondre droit, sans plaie des téguments, il est permis parfois, en présence des phénomènes douloureux, d'hésiter entre une contusion profonde avec déchirure du foie, ou une *contusion superficielle* n'atteignant que la paroi abdominale.

La douleur, qui est une des causes d'erreur de diagnostic, présente cependant dans l'un et l'autre cas des caractères différents. Dans les lésions du foie, il y a surtout sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, irradiant vers l'épigastre, l'ombilic, l'épaule, etc. ; c'est une douleur profonde, peu vive et spontanée. La douleur due à la contusion des parois est plus superficielle, elle disparaît par le repos pour s'éveiller très vive à la moindre contraction musculaire ; elle s'accompagne d'ecchymoses, traces évidentes de la contusion.

Nous rappellerons que, quelque étendue que puissent avoir ces traces de contusion, elles n'ont pas de valeur au point de vue du diagnostic des lésions profondes ; n'avons-nous pas vu que, dans certains cas, les contusions de la paroi sont très marquées sans qu'il existe de déchirure du foie, et que, réciproquement, cette déchirure a pu se produire avec une paroi absolument intacte. Tout dépend de la résistance opposée par la paroi abdominale à l'agent vulnérant.

De plus, à l'élément douleur se surajoutent, dans les traumatismes du foie, un certain nombre de signes dont il faut tenir grand compte, et dont nous avons déjà parlé : signes d'hémorragie interne ; ictère ; signes fournis par l'examen des urines qui peuvent renfermer du sucre, de l'albumine, de la bile ; des traces de pigment biliaire