

afin d'éviter l'ouverture secondaire de la plaie. Il s'agit, en effet, de malades souvent cachectiques, chez lesquels les phénomènes de réparation sont ordinairement lents (Vanverts).

Le pansement doit être compressif et élastique; destiné à combler le vide laissé par l'extirpation de la rate, il jouera le rôle d'agent hémostatique.

Après cette description, il me suffira de signaler simplement les *difficultés et accidents* de la splénectomie.

Les *difficultés* sont amenées par l'existence d'adhérences étendues et résistantes, par le volume et l'enclavement de la tumeur, par l'absence de pédicule.

Les *accidents* à redouter sont : outre la syncope, provoquée par les tiraillements du plexus solaire (Spanton), les hémorragies qui ont quelquefois, nous le savons déjà, déterminé la mort au cours même de l'opération. Ces hémorragies reconnaissent pour causes : la déchirure des adhérences, la déchirure de la rate, la rupture des vaisseaux spléniques. Enfin, on a signalé aussi comme accidents la déchirure du diaphragme et de la plèvre.

Telle est la description générale du manuel opératoire de la splénectomie. On devra naturellement y apporter quelques modifications ou plutôt prendre certaines précautions, suivant la nature de la lésion splénique.

L'opération sera d'une grande simplicité dans les cas de rate ectopée; elle sera très simple aussi dans les plaies et ruptures si l'on a affaire à un organe antérieurement sain.

Dans les cas de hernie traumatique, on s'efforcera de ne pas infecter le péritoine par les liquides provenant du sphacèle de la glande. On sera même obligé, dans cette crainte, de se contenter quelquefois d'une splénectomie partielle.

Si l'on se trouve en présence d'un abcès splénique, on tâchera d'éviter la rupture de la poche et l'on aura bien soin, au cours de l'opération, d'isoler l'organe tout entier de la cavité abdominale, au moyen de compresses, en prévision de cet accident.

Enfin, pour les kystes, il sera bon, s'ils sont tant soit peu volumineux, de les ponctionner avant de chercher à les extraire.

MALADIES CHIRURGICALES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

PAR

J.-L. FAURE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Le temps n'est plus où toute la chirurgie du foie se résumait en quelques pages. Quelques observations éparses, ayant trait presque toutes aux plaies et aux lésions directes, aux kystes hydatiques, la constituaient tout entière et, malgré les tentatives hardies des chirurgiens du xviii^e siècle, le foie faisait partie, au même titre que tant d'autres, des viscères inexplorés. Mais aujourd'hui il n'est plus, pour le chirurgien, nul organe sacré. Peut-être même n'est-il aucun viscère, à l'exception de l'utérus et de ses annexes, qui, dans ces dernières années, ait donné lieu à des travaux aussi intéressants, à des recherches aussi multipliées que le foie et la vésicule. La chirurgie de la vésicule biliaire, en particulier, est née de toutes pièces, il y a vingt ans à peine. Depuis lors, depuis dix ans surtout, d'innombrables observations ont été publiées qui nous permettront, sinon d'établir dès aujourd'hui des règles absolues et définitives, au moins de dégager quelques principes incontestables et d'entrevoir dans ses grandes lignes ce qui demain sera la vérité.

Plus nous allons, plus se restreint, dans les affections hépatiques, le champ de la pathologie médicale. Il est cependant encore bien vaste; un bon nombre de maladies du foie n'intéresseront jamais que le médecin (1). Il en est, au contraire, qui sont du seul ressort de la chirurgie et qui ne sauraient trouver leur remède ailleurs que dans une intervention active: tels sont les *abcès*, les *kystes hydatiques*. D'autres affections siègent sur cette limite de plus en plus incertaine qui sépare la médecine de la chirurgie, et qui, d'ordre médical par leur origine et leurs manifestations ordinaires, rentrent, par leurs

(1) Voy. *Traité de médecine* publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, t. V., art. Foie, par A. Gilbert, L. Fournier et H. Surmont.

complications les plus communes, dans le domaine de la chirurgie : j'ai nommé la *lithiase biliaire*. Celle-ci, par ses complications et les moyens de traitement qu'on leur oppose, constitue, à l'heure actuelle, le chapitre le plus important de la pathologie chirurgicale du foie.

J'étudierai successivement.

1° Les *lésions traumatiques* du foie et des voies biliaires, lésions subdivisées elles-mêmes en *contusions*, *ruptures* ou *déchirures*, et en *plaies* ;

2° Les *lésions infectieuses* : *angiocholites* et *cholécystites*, *abcès*, *tuberculose*, etc., provoquées par une *invasion microbienne* ;

3° Les *lésions organiques* : dans ce groupe, et sans préjuger en rien de leur nature et de leur origine, rentrent tout naturellement les *tumeurs*, et en particulier les tumeurs de la vésicule biliaire.

4° Les *lésions de nutrition*, et en premier lieu la lithiase, bien que l'apparition des calculs soit due très probablement à l'envahissement des voies biliaires par des microorganismes. Mais c'est là un point encore discutable, tandis qu'il est absolument certain que les prédispositions individuelles et l'état de la nutrition générale jouent un rôle des plus importants dans la genèse des calculs.

Dans ce chapitre j'étudierai la chute du foie, l'*hépatoptose*, qui, à elle seule, mériterait de constituer un groupe à part. Mais comme il y a certainement aussi à l'origine de cette affection, une prédisposition morbide liée à l'état de la nutrition, je crois meilleur de ne point compliquer les choses, et je me garderai de créer un chapitre nouveau.

5° Dans un autre chapitre, qui ne sera pas le moins important, je décrirai les *lésions par parasites non microbiens*, et, en particulier, les *kystes hydatiques*.

Enfin, il me semble indispensable de donner un aperçu aussi court mais aussi clair que possible, des règles de médecine opératoire qui doivent présider à l'exécution des opérations délicates qui se pratiquent sur les voies biliaires. J'estime qu'il vaut mieux les grouper ainsi côte à côte, plutôt que de les décrire en même temps que les affections qui les nécessitent, et qui sont disséminées elles-mêmes dans les chapitres les plus divers. J'éviterai ainsi des redites sans nombre.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Des *contusions* plus ou moins violentes, des *plaies* plus ou moins profondes et plus ou moins étendues, telles sont les lésions qui peuvent atteindre le foie.

Elles ne diffèrent point autant les unes des autres qu'on serait, au

premier abord, tenté de le croire, et, quand le foie est meurtri, quand il est ouvert, quand il saigne, peu importe, en somme, qu'il ait été déchiré à distance par une violence extérieure ou blessé directement par quelque projectile ou quelque arme tranchante. A égalité de désordres, les plaies et les contusions sont, pour ainsi dire, des lésions identiques. Elle ne diffèrent que par un seul point : c'est la possibilité d'une infection extérieure qui vient assombrir quelque peu le pronostic des plaies. Les contusions, hors les cas où les canalicules biliaires ouverts sont infectés eux-mêmes, sont presque toujours des lésions aseptiques. Les plaies, au contraire, s'accompagnent ordinairement d'une infection extérieure, et l'on se trouve ici dans des conditions comparables à celles que l'on rencontre dans des affections d'un ordre tout différent. C'est ainsi qu'il y a entre les contusions et les plaies du foie les mêmes rapports qu'entre les fractures fermées et les fractures ouvertes, les fractures à foyer stérile ou les fractures à foyer septique. Dans le tissu hépatique comme dans le tissu osseux, l'évolution des lésions sera tout autre suivant que le foyer du mal sera septique ou vierge de tout germe. Telle est la notion capitale qui domine toute l'étude des lésions traumatiques du foie.

En dehors des complications infectieuses, beaucoup plus fréquentes dans les plaies que dans les contusions et les déchirures, les diverses lésions traumatiques du foie présentent donc beaucoup de caractères communs sur lesquels je crois utile d'insister un peu, afin de n'y point revenir plus tard.

Quelle que soit la cause qui les produit, ces deux ordres de lésions se traduisent toujours, en définitive, par une division, une dilacération plus ou moins étendue du tissu hépatique. Or le foie est un organe terriblement vasculaire, autant et plus peut-être que la rate elle-même. Les branches de l'artère hépatique, de la veine porte, des veines sus-hépatiques y rampent, s'y ramifient et s'y entre-croisent dans tous les sens. Non seulement autour des cellules hépatiques se développe un réseau capillaire d'une incomparable richesse, mais partout s'insinuent des troncs d'un volume assez considérable et qui même deviennent énormes vers le hile où pénètre la veine porte, et vers la gouttière de la veine cave où viennent s'aboucher les veines sus-hépatiques. Ces branches veineuses n'ont aucune tendance, même après les déchirures irrégulières, à s'oblitérer d'elles-mêmes ; bien plus, les branches sus-hépatiques, adhérentes au tissu ambiant restent béantes à la coupe, et dès qu'elles sont de quelque importance peuvent en bien peu de temps laisser s'écouler des flots de sang. Dans toutes les lésions traumatiques du foie, l'hémorragie est donc le phénomène imminent, redoutable, menaçant, celui auquel il faudra immédiatement songer et contre lequel le chirurgien devra, s'il en a le temps, lutter par tous les moyens, même les plus hardis, même les plus téméraires.

Mais bien souvent, heureusement, lorsque la plaie n'est pas trop profonde ou la déchirure trop étendue, l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Le grand danger est alors conjuré, le malade est alors guéri, pourrait-on presque dire, s'il n'était encore exposé aux complications infectieuses qui peuvent se produire et sur lesquelles j'insisterai plus loin.

En effet, les lésions du foie ne comportent pas le pronostic effrayant que leur attribuaient les anciens, imbus des idées galéniques. Ambroise Paré ne dit-il pas quelque part : « Les playes faites au foye sont mortelles, parce que c'est la partie qui sanguifie et est nécessaire à la vie. » C'était là, il est vrai, une exagération manifeste, puisqu'il déclare lui-même ailleurs « qu'une partie et portion du lobe du foye peut être ostée sans mort ». Il n'en est pas moins vrai que si la plupart des chirurgiens, aussi bien postérieurs qu'antérieurs à Ambroise Paré, croyaient à la guérison possible des blessures du foie, ils les considéraient comme excessivement graves. Après la ruine définitive des théories de Galien, ces idées se modifièrent quelque peu. Le foie, déchu de son rang, cessa d'être considéré comme un organe inviolable et sacré, mais ses blessures épouvantaient encore les chirurgiens, y compris ceux de la première moitié de ce siècle, à cause surtout de la gravité des hémorragies qui les accompagnent et de l'importance des complications qui peuvent survenir. Celles-ci, étant presque toutes d'origine infectieuse, sont, aujourd'hui, est-il besoin de le dire, passées au second plan. Nous sommes armés, et bien armés, contre l'infection, nous le sommes moins bien contre l'hémorragie, ou au moins contre l'hémorragie du foie. L'infection, en tous cas, n'est jamais immédiate, elle laisse le temps de lutter contre elle, elle n'enlève pas le malade, comme l'hémorragie, avec cette rapidité qui déconcerte et stupéfie et qui fait que le chirurgien, quel qu'il soit, qui voit un malade succomber sous ses yeux à une hémorragie qu'il ne peut arrêter, en reste malgré lui plus impressionné que s'il l'avait vu mourir, emporté lentement par quelque complication septique. Voilà pourquoi c'est l'hémorragie, je dirai presque l'hémorragie seule, que nous redoutons au cours des blessures du foie. Voilà pourquoi, ainsi que je le disais plus haut, il est presque permis de dire que lorsque l'hémorragie est arrêtée, le malade est guéri.

Et puis aussi, il faut bien le dire, depuis les merveilles de la réunion immédiate, nos conceptions sur le mode de réparation des tissus ont complètement changé, et nous savons que tout tissu dont les éléments anatomiques n'ont pas été tués par la violence première et ne sont point désorganisés par l'envahissement microbien, ne demande qu'à proliférer et à guérir. Le tissu hépatique ne fait point exception à la règle, et c'est pour cela qu'il est permis de dire que

toute blessure du foie qui ne s'accompagne ni d'infection, ni d'une mortification trop étendue des éléments anatomiques, entre immédiatement, dès l'arrêt de l'hémorragie, en voie de réparation et marche vers la guérison.

D'ailleurs ces phénomènes de réparation du foie ont donné lieu, récemment, à d'importantes recherches. Lapeyre (1) a étudié le mécanisme de la réparation du tissu hépatique après les lésions aseptiques, lésions provoquées par des injections intraglandulaires d'acide phénique. Il a constaté que la réparation se fait aux dépens des cellules hépatiques et de l'épithélium des conduits biliaires.

« Les cellules néoformées se disposent sous forme de tubes qui sont rattachés aux divisions terminales de l'appareil biliaire. Ces tubes forment des groupements bien définis, de véritables lobules biliaires, d'après l'expression de Sabourin. »

Il se forme également des néocanalicules biliaires aux dépens des travées nucléaires qui, d'une part, s'abouchent dans les canalicules anciens et d'autre part creusent l'ancien parenchyme et se continuent par leur extrémité périphérique avec les travées hépatiques. Cornil et Carnot (2) ont tout récemment publié des recherches histologiques sur cette question de la réparation des plaies du foie.

Mais il y a mieux. Non seulement le foie se répare, mais encore il se régénère. Les expériences, vraiment intéressantes, de Ponfick (3) sont, sur ce point, des plus démonstratives. Il a enlevé, chez des lapins, jusqu'aux trois quarts de la masse totale du foie. Or, non seulement les animaux ont survécu à l'opération, non seulement le foie s'est réparé et cicatrisé, mais il s'est régénéré, et avec une rapidité surprenante, si bien que l'animal sacrifié au bout de peu de temps présente un foie plus volumineux qu'avant l'opération. Dans un cas où l'animal fut mis à mort cinq jours seulement après l'excision du foie, Ponfick put constater que celui-ci s'était régénéré dans la proportion de 80 p. 100. Les phénomènes histologiques qui accompagnent cette extraordinaire régénération du tissu hépatique et que j'ai brièvement décrits plus haut d'après le travail de Lapeyre, sont analogues à ceux que Tuffier a observés dans la régénération du rein après excision partielle de cet organe. Mais, quels qu'ils soient, il est évident qu'au point de vue pathologique, nous n'en saurions tirer qu'une conclusion, c'est que lorsqu'un organe présente une aussi grande puissance de réparation et de vie, les lésions traumatiques qui peuvent l'atteindre doivent, lorsqu'elles ne dépassent pas certaines limites, guérir avec une facilité merveilleuse.

(1) LAPEYRE, De la régénération hépatique et de son mécanisme, thèse de Montpellier, 1889.

(2) CORNIL et P. CARNOT, *Acad. de méd.*, 29 juin 1897.

(3) PONFICK, *XIX^e Congrès des chirurgiens allemands*, 10 avril 1890, *Sem. méd.* Paris, 1890, p. 130.

Cette commune tendance à la guérison spontanée, à la réparation intégrale, qui se rencontre en même temps dans les contusions et dans les plaies du foie, ne permet point cependant de les réunir dans une même description.

Il y a, en effet, dans le mécanisme, l'anatomie pathologique et les complications ordinaires de ces deux ordres de lésions des différences profondes qui légitiment et même nécessitent la division de leur étude.

Je n'ai rien dit encore des lésions des voies biliaires. Leur histoire présente bien des points communs avec celle des lésions du foie. Aussi est-il tout naturel de les étudier en même temps. Mais, au moins pour les voies biliaires extra-hépatiques, s'il y a des points communs, il y a, en même temps, de trop grandes différences pour qu'il soit possible de les confondre dans une même description. Je crois donc indispensable, pour la clarté de l'exposition, de leur réserver un chapitre absolument indépendant de ceux que je consacrerai aux contusions et aux plaies de la glande biliaire elle-même.

1^o CONTUSIONS ET DÉCHIRURES DU FOIE.

Il y a *contusion* du foie lorsque les lésions qu'il présente, toujours consécutives à une violence extérieure, ne s'accompagnent d'aucune solution de continuité totale de la paroi et ne communiquent pas avec l'extérieur. Ordinairement la peau elle-même est intacte, ainsi que les couches musculaires sous-jacentes, le foie seul est meurtri, rompu ou déchiré. Mais pour qu'il y ait contusion, cette condition n'est pas nécessaire, et la peau peut, elle aussi, être meurtrie et déchirée : tant que la paroi ne sera pas détruite ou perforée dans toute son épaisseur, tant que le foie ne sera pas à nu, il y aura simple contusion ; au contraire, dès qu'il y aura communication entre la lésion hépatique et l'extérieur, à travers la paroi percée d'un étroit orifice ou déchirée par quelque large ouverture, il y aura *plaie*.

Cette persistance de la paroi, en tout ou en partie, établit, entre les contusions et les plaies, une différence profonde. La paroi qui reste intacte, quelle que soit sa minceur, isole et protège le foie, c'est la barrière contre l'infection, et cela suffit largement pour imprimer à chacune de ces lésions une allure particulière.

Le foie peut être contus et déchiré sous l'influence de causes multiples et par des mécanismes fort différents. Presque toujours il s'agit de *causes directes*. La contusion *indirecte* ou *par contre-coup* est plus rare.

Les *causes directes* sont innombrables. Toutes les violences qui viennent s'exercer sur l'hypocondre droit, coups de bâton, coups de poing, coups de pied, coups de pied de cheval surtout, chute sur un corps dur, sur quelque coin saillant, quelque arête tranchante,

tous les chocs, tous les heurts peuvent meurtrir le foie sans rompre la paroi. Au reste, les lésions hépatiques sont d'autant plus profondes que la paroi se défend moins. Celle-ci, constituée par des muscles puissants et par la cuirasse costale, oppose bien souvent un obstacle insurmontable aux violences extérieures. Cela est vrai surtout quand la paroi contractée tend au devant du foie l'inflexible rideau de ses muscles rigides. A moins d'être d'une extrême violence, comme il arrive par exemple dans un coup de pied de cheval, le choc s'épuise sur la paroi même, la meurtrit plus ou moins, brisant au besoin quelque côte, mais respecte le foie. Si les muscles sont, au contraire, relâchés, si la paroi est souple, si surtout elle est flasque, comme pendant l'ivresse, la même violence, appliquée au même point, la déprimera sans qu'elle résiste et viendra, derrière elle, surprendre et déchirer le foie, que sa masse et sa fixité empêchent de se déplacer et de fuir vers la profondeur. Il est évident que, dans ces conditions, la lésion hépatique sera en rapport avec la dimension de l'agent vulnérant, l'intensité du choc, l'existence d'un point d'appui du côté opposé.

Les *pressions* violentes rentrent également dans les causes directes, bien qu'elles agissent par un mécanisme différent de celui que je viens de décrire. Il faut évidemment des pressions considérables pour meurtrir le foie à travers la paroi costo-abdominale, mais elles ne sont pas rares et les écrasements par roues de voitures, tampons de chemin de fer, éboulements, etc., en sont les causes les plus communes. Le mécanisme est encore ici des plus simples. Le foie est serré entre le corps vulnérant ou les côtes qui se dépriment et parfois se fracturent et la colonne vertébrale. Il s'écrase et les lésions sont d'autant plus profondes et plus étendues que la pression s'est fait sentir plus longuement et sur une plus large surface.

Les contusions *indirectes* ou *par contre-coup* se produisent par un mécanisme bien différent. Il n'y a là ni coups portés sur la région hépatique, ni pression s'exerçant directement sur la glande. Les lésions sont consécutives à un ébranlement du foie, presque toujours à la suite de quelque chute grave. Dans une chute sur les pieds, les genoux, les ischions, par exemple, au moment où le corps s'arrête brusquement, le foie, relativement libre dans la cavité abdominale, tend à continuer sa route. Il tire alors violemment sur ses ligaments suspenseurs, sur la veine cave, qui constitue, comme on le sait, sa principale attache. Il peut ainsi se déchirer sur une étendue variable, soit au niveau des insertions ligamenteuses, soit même à quelque distance de ces insertions. C'est qu'en effet, dans ces conditions, il n'y a pas seulement des tiraillements ligamenteux plus ou moins violents et produisant des déchirures, il y a encore des modifications brusques de la courbure du foie qui peuvent parfaitement déterminer sur l'une et l'autre face des fissures plus ou moins profondes.

De même, dans une chute sur la tête, le foie peut venir se froisser contre le diaphragme, et dans les chutes obliques et latérales, surtout sur le côté gauche, il ira, en arrachant une partie de ses ligaments, s'écraser sur la colonne vertébrale. Enfin il est des cas d'un mécanisme plus obscur. Poljakoff a publié une observation de rupture du foie au cours d'une attaque d'épilepsie (1), et Taylor, Percheron ont cité des cas de déchirure à la suite d'efforts musculaires. On comprend d'ailleurs aisément que la forme, la dimension, l'importance et le siège des lésions puissent varier avec l'état de vacuité ou de réplétion des intestins, la souplesse et l'épaisseur plus ou moins grandes de la paroi. Ces conditions ne sont d'ailleurs pas particulières aux lésions par contre-coup, mais bien à toutes les blessures du foie. Il est évident que les états pathologiques antérieurs qui peuvent modifier son volume, sa consistance et sa friabilité peuvent avoir sur l'importance de ses déchirures une influence dominante. Il en est de même de la lithiase qui prédispose surtout, il est vrai, aux ruptures des voies biliaires. Enfin, certaines conditions physiologiques entrent aussi en ligne de compte, et le foie est évidemment plus accessible, pendant l'inspiration, lorsque le diaphragme le repousse vers le bas, au-dessous du rebord costal, que pendant l'expiration, au cours de laquelle le diaphragme l'entraîne, au contraire, vers le haut, sous la protection naturelle de la paroi costale.

Anatomie pathologique. — Des observations éparses dans tous les recueils, les expériences de Terrillon (2), l'examen direct que permet aujourd'hui l'intervention chirurgicale, telles sont les sources principales qui permettent de décrire les lésions hépatiques. Dans le travail très complet de Roustan (3), auquel on peut se reporter, elles sont étudiées dans tous leurs détails. On trouvera également dans l'excellent mémoire de Terrier et Auvray (4) les indications les plus précieuses.

Ces lésions sont très variables suivant le mécanisme de la contusion ou de la rupture et l'intensité de la cause vulnérante. Dans les cas les plus bénins, on peut ne rencontrer qu'une simple ecchymose sous-capsulaire, une légère suffusion sanguine qui s'étale sous la capsule de Glisson en la décollant plus ou moins. Mais la plupart du temps la capsule elle-même est rompue, elle présente, au point contus, une fissure plus ou moins allongée, plus ou moins irrégulière. Parfois on aperçoit sur la surface du foie de véritables craquelures, ou bien encore une étoile à branches divergentes, consécutives surtout aux contusions produites par un objet de dimen-

(1) POLJAKOFF, Protok. Zasaïd. Kavkazsk (*Med. Obsh.* Tiflis, 1891, 2, XXVIII, 427).

(2) TERRILLON, De la contusion du foie (*Arch. de physiol.*, 1875, p. 23).

(3) ROUSTAN, Des lésions traumatiques du foie, thèse d'agrég. Paris, 1875.

(4) TERRIER et AUVRAY, Les traumatismes du foie et des voies biliaires (*Revue de chir.*, 1896, p. 718, et 1897, p. 16).

sions relativement faibles. La fissure pénètre plus ou moins profondément dans le tissu glandulaire, qui est alors déchiré et dont les surfaces saignantes présentent un aspect irrégulier. Des caillots sanguins, dont l'abondance varie suivant l'étendue des lésions, remplissent en général la fissure et recouvrent la capsule de Glisson au point où elle a été rompue. Suivant l'intensité du choc, ces déchirures présentent des dimensions très variables et tous les intermédiaires se rencontrent, de la craquelure longue de 1 à 2 centimètres et profonde d'un millimètre à peine, à la déchirure béante longue de 10 et 15 centimètres, profonde de presque autant, et allant même jusqu'à diviser le foie dans toute son épaisseur. Parfois, entre les deux berges de la fissure, on aperçoit une sorte de filament de grosseur variable. C'est un vaisseau qui a résisté et ne s'est point rompu alors que le tissu glandulaire, plus fragile, cédait autour de lui. Ces diverses lésions ont en général leur maximum à la face convexe, plus directement exposée aux chocs. Mais la face concave en présente aussi très souvent, surtout dans les ruptures par contre-coup. Elles sont alors consécutives au redressement brusque de cette face, redressement qui distend subitement la capsule et amène sa déchirure, ainsi que celle du tissu sous-jacent.

Dans les ruptures par contre-coup, la direction des déchirures est presque toujours antéro-postérieure ou oblique, rarement transversale; elles peuvent s'étendre comme dans les contusions directes à toute l'épaisseur de l'organe.

Le lobe droit, plus lourd, plus étendu, est le plus souvent et le plus grièvement atteint, mais il n'est aucune partie du foie qui ne puisse être lésée.

Parfois, et les expériences de Terrillon l'ont bien montré, il y a, sans lésion apparente de la surface du foie, des ruptures interstitielles, qui siègent dans la profondeur et succèdent à quelque violent ébranlement de la glande. Elles sont ordinairement multiples et leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ce sont des foyers hémorragiques, de véritables hématomes intra-hépatiques.

On trouve enfin des lésions moins régulières, des écrasements plus ou moins diffus, qui vont de la simple meurtrissure au broiement complet du foie. A la suite de pressions très violentes comme en peuvent produire les roues de voiture ou les tampons de chemin de fer, le foie peut, en effet, être absolument écrasé et, pour ainsi dire, réduit en bouillie.

En même temps que les vaisseaux sanguins, les canalicules biliaires intra-hépatiques sont souvent déchirés, ce qui peut donner lieu à un écoulement de bile dans le péritoine, et l'on conçoit que les lésions puissent ainsi varier à l'infini. J'ai, pour ma part, observé, à la suite d'un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit,

un véritable décollement de la vésicule biliaire, qui ne tenait plus au foie que par un lambeau péritonéal. Ogston et Kilgour ont publié des faits à peu près analogues.

Il est de toute évidence que ces contusions et ces déchirures du foie peuvent s'accompagner des lésions les plus variées des autres viscères abdominaux. Ceux-ci peuvent parfois présenter des désordres vraiment incroyables. Je n'en veux pour preuve que cette observation de Devergie qui trouva, en même temps que plusieurs fractures, une rupture du diaphragme; l'estomac, la rate broyée et le lobe gauche du foie étaient passés dans la poitrine. Le reste du foie, plus ou moins écrasé, était resté dans l'abdomen. Il est vrai que ces lésions extraordinaires étaient consécutives à une chute du haut des tours de Notre-Dame. Dans un cas plus extraordinaire encore, Marshall trouva, sur un homme écrasé entre deux wagons, le foie presque séparé en deux et un morceau pesant environ 4 grammes qui, détaché du foie, avait été emporté dans la veine cave et était venu se loger dans le tronc de l'artère pulmonaire!

Symptômes et diagnostic. — Il est des cas où la violence du traumatisme provoque une mort presque immédiate. Celle-ci n'est pas due, en général, à la seule lésion du foie, mais à l'ensemble des désordres qui l'accompagnent. Il est en effet difficile de concevoir un écrasement ou une rupture du foie capables d'entraîner une mort rapide sans que la violence initiale ait en même temps déterminé des lésions plus ou moins graves des organes voisins. Cependant il en peut être ainsi, et par exemple un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit peut blesser le foie et ne blesser que lui. Dans ces conditions, si la mort est immédiate, ce qui est possible, ou simplement très rapide, on doit l'attribuer à une syncope provoquée par la commotion et plus souvent encore à une hémorragie foudroyante consécutive à la rupture de quelque gros vaisseau.

Mais ce sont là, heureusement, des cas exceptionnels, et les lésions du foie, et même les lésions graves n'entraînent pas, en général, si rapidement la mort qu'on ne puisse essayer de leur porter remède.

Le difficile est de les reconnaître. Rien n'est, en effet, moins précis, moins tranché, moins caractéristique que les signes qui accompagnent les contusions et les déchirures du foie. Tous les grands traumatismes abdominaux, il faut bien le dire, se ressemblent absolument. Ils se ressemblent d'autant plus, au point de vue de leurs symptômes, qu'on examine le malade à un moment plus rapproché de l'accident. En dehors de quelques cas particuliers, lorsqu'un malade a reçu sur l'abdomen un coup violent, qu'il ait ou non le foie meurtri, qu'il ait ou non l'intestin rompu, qu'il ait ou non des lésions viscérales, les signes sont les mêmes. Le malade est en état de shock, pour employer ce mot si expressif et qui vaut à lui seul tout une description. Il est pâle, anxieux, avec les traits tirés, la

respiration haletante, avec le pouls petit, rapide, parfois presque insensible, les extrémités glacées, le front couvert d'une sueur froide, le ventre sensible, douloureux, parfois ballonné, parfois, au contraire, aplati et comme excavé par la contraction des muscles pariétaux. Bien souvent des nausées et même des vomissements bilieux viennent secouer le malade et aggraver encore ses souffrances presque toujours vives. Lorsque cet état se prolonge, le malade peut tomber dans le collapsus et succomber dans l'adynamie: ce sont les cas graves. Il peut, au contraire, se relever lentement, voir ces divers symptômes s'atténuer peu à peu et guérir sans aucun incident: ce sont les cas bénins.

Entre les deux il y a place pour d'innombrables cas intermédiaires qui évolueront différemment et présenteront des complications variables suivant l'importance des lésions profondes et la nature des organes blessés. Il est de toute évidence que si le malade résiste aux premiers accidents, une rupture de l'intestin, par exemple, n'évoluera pas comme une rupture du foie. Les complications résultant de ces deux blessures seront bien différentes. Mais au début, dans les premières heures, je le répète, puisqu'on ne saurait trop insister sur ce point, il est à peu près impossible de distinguer une blessure du foie des autres lésions abdominales et d'affirmer avec quelque certitude, non seulement la nature des lésions, mais encore l'organe lésé.

Voilà comment les choses se passent et la plupart des signes que l'on donne comme permettant de reconnaître les contusions ou les déchirures du foie relèvent plutôt de la théorie que de la clinique.

Et cependant il ne faudrait pas croire qu'on ne puisse quelquefois sinon affirmer, au moins soupçonner avec beaucoup de chances d'exactitude la contusion du foie. Cela est vrai surtout pour la contusion directe, plus incertain pour la contusion indirecte, la déchirure par contre-coup. Et d'abord il faut s'efforcer de connaître exactement la cause de l'accident, il faut surtout, et c'est là le point capital, déterminer avec précision le point d'application de la violence; il faut ensuite étudier avec beaucoup de soin le siège, la nature et les caractères de la douleur. Ce sont ces deux éléments qui, avant tous les autres, permettront de soupçonner, quelquefois même d'affirmer une lésion du foie. Il est bien évident que dans les contusions directes le point d'application de la violence sera celui où les lésions atteindront leur maximum. Cela se voit pour l'intestin, qui, dans les chocs violents, se rompt immédiatement en arrière du point où la paroi a été frappée. Il en est de même du foie, et c'est un point que les expériences de Terrillon ont d'ailleurs nettement établi. Si donc la violence a porté au niveau du foie, dans l'hypocondre droit, il y a bien des chances, au moins dans un traumatisme localisé, pour que les lésions soient elles-mêmes peu étendues et restent circonscrites au foie.