

considérable. Grisolle a vu une rate qui pesait plus de 8 livres.

Cette tuméfaction ne se développe pas sans amener des troubles sérieux de la santé générale. C'est d'abord la diminution de l'appétit, des altérations de la nutrition, la perte graduelle des forces, puis des vomissements, des dyspepsies, de la gêne de la respiration, des palpitations, des troubles cardiaques; une ascite plus ou moins considérable, de l'œdème des membres inférieurs. Tous ces phénomènes prennent dans les derniers temps de la vie un accroissement considérable et conduisent fatalement à la mort.

Dans ces conditions, la nature de l'affection étant bien déterminée, le devoir du chirurgien serait de proposer la splénotomie, puisque d'après quelques auteurs cette opération a fourni jusqu'ici les résultats satisfaisants qui ne pourront que s'améliorer : sur une quinzaine d'opérations, sept auraient été suivies de guérison (Duplay). Les chiffres donnés par Gilson dans la *Revue de chirurgie*, 1885, sont loin d'être aussi encourageants : sur 12 opérations pratiquées pour les hypertrophies non leucémiques, cet auteur ne relève que 2 guérisons. Ajoutons-y un succès de Billroth, dans un cas de lymphosarcome de la rate.

L'extirpation de la rate ne doit donc pas être proposée légèrement pour les tumeurs solides et les hypertrophies de cet organe, mais lorsque l'influence paludique et leucocythémique peut être mise en doute, et lorsque les progrès de la tumeur font craindre une terminaison fatale, il nous semble possible de pratiquer cette opération.

L'incision de la paroi abdominale sera faite, soit sur la ligne médiane, soit sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté gauche; ses dimensions seront naturellement en rapport avec le volume de la tumeur.

Le dégagement de la tumeur est toujours difficile à cause de la faible consistance de la rate, hypertrophiée ou non. — Les adhérences seront déchirées avec beaucoup de précaution à l'aide de la main et les doigts, en ne se servant pas, autant que possible, d'instruments qui déchireraient le parenchyme. — Les aides suivent tous ces mouvements, protégeant les intestins et facilitant, autant que possible l'énucléation de la tumeur. Enfin dans la ligature du pédicule, les ligatures partielles multiples sont préférables à la ligature totale. La tumeur détachée, le pédicule, sera suivant les cas, réduit dans le centre ou fixé dans l'angle supérieur de la plaie.

HUITIÈME PARTIE

TUMEURS DU MÉSENTÈRE

L'histoire de ces tumeurs est encore une conquête récente de la chirurgie abdominale; quelque incomplète qu'elle soit, cette étude peut cependant être entreprise, grâce aux documents rassemblés par Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, 1886.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs ganglionnaires liées à la tuberculose, à la syphilis, à la leucocythémie ne sauraient rentrer dans cette description,

Les véritables tumeurs du méSENTÈRE sont les unes plus fréquentes : kystes, lipomes, tumeurs malignes; les autres, plus rares : lymphangiomes, fibromes, embryomes.

1° *Kystes.* — Ce sont les tumeurs les plus communes. On en distingue quatre variétés :

a. Des *kystes hydatiques*, assez rares en somme, et rarement limités au méSENTÈRE;

b. Des *kystes séreux*. — Cette importante variété résulterait d'une dégénérescence spéciale des ganglions, ou de la dilatation des chylofères, ou d'un enkystement de lympho épanchée par suite de la rupture de ces derniers vaisseaux, ou enfin d'une malformation congénitale, analogue aux lymphangiomes kystiques (Quénu). Ces tumeurs souvent très volumineuses décollent les feuillets du méSENTÈRE, mais elles contractent peu d'adhérences et s'énucléent presque toujours facilement.

Le contenu est, au début du moins, un liquide épais, crémeux, d'aspect graisseux, semblant tenir de la craie en suspension; plus tard la coloration se modifie, le liquide devient plus fluide, verdâtre ou jaunâtre.

c. Des *kystes hématisés*, les uns traumatiques, les autres spontanés. — Ces derniers ne sont souvent que des transformations d'anciens kystes séreux. — La vascularisation énorme de la paroi de certains de ces kystes séreux (Richet) rend bien compte de la possibilité d'hémorragies dans l'intérieur du kyste.

d. Des *kystes dermoïdes*, tout à fait exceptionnels.

2° *Lipomes*. — Les lipomes du méésentère viennent par ordre de fréquence après les kystes, — Augagneur en a réuni 16 observations. — Ce sont des tumeurs peu vasculaires, presque toujours très largement implantées au voisinage de la fosse iliaque; elles sont extrêmement volumineuses; dans le cas de Terrillon, le poids atteignait le chiffre énorme de 29 kilogrammes. La marche est très rapide et ce fait doit sans doute être rapproché de la présence d'éléments myxomateux en assez grand nombre, mélangés à la masse grasseuse qui constitue la tumeur.

3° *Tumeurs malignes*. — Presque toujours secondaires, ces tumeurs se développent dans les ganglions méésentériques, mais à l'inverse des précédentes, elles atteignent rarement un volume notable et présentent une grande tendance à diffuser au loin et à contracter des adhérences nombreuses avec les tissus voisins.

Les tumeurs plus rares renferment : deux cas de lymphangiomes (Wieschelbaum, le Dentu), un cas douteux de fibrome (Péan), un kyste dermoïde, et un embryome observé par Dickinson chez une petite fille de deux ans.

Symptomatologie, diagnostic et traitement. — Les tumeurs du méésentère apparaissent presque toujours dans la région ombilicale; au début elles offrent une mobilité remarquable aussi bien de bas en haut que transversalement. — Cette mobilité se perd plus tard par le fait de l'accroissement de volume, plus rarement par adhérence.

La tumeur constituée est une tumeur médiane; au devant d'elle et au-dessous d'elle la percussion délimite ordinairement une zone de sonorité due à la présence des anses intestinales.

Les *signes fonctionnels* n'éclairent pas beaucoup le diagnostic; ils ne sont guère accentués que lorsque la tumeur évolue rapidement; ils consistent en troubles digestifs fréquents pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale, douleur très variable, développement de la circulation veineuse de la paroi, et plus tardivement, sauf le cas de tumeurs malignes, ascite et cachexie.

Ces tumeurs ont été rarement diagnostiquées; on les a presque toujours prises pour des kystes de l'ovaire; seules la ponction aspiratrice et mieux la laparotomie exploratrice en raison des dangers réels de la ponction fournissent dans un certain nombre de cas, des renseignements réellement utiles.

Les lipomes ont ici une marche et un développement très rapides qui doivent être signalés; leur durée ne dépasse guère trois ans. La durée totale des tumeurs du méésentère varie de six mois à sept ans.

L'ablation est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible : kystes, lipomes, fibromes, etc. Certains kystes sont justiciables de l'ouverture et du drainage. Enfin, toutes les tumeurs malignes rencontrées par Kœberlé ont paru inopérables à cet habile chirurgien.