

ou propagation de tumeurs de même nature du sein, de l'estomac, du foie. — Besnier a cependant cité quelques observations de carcinome primitif; ces observations sont au nombre de 7 (Jeannel), mais certaines d'entre elles ne sont pas accompagnées d'un examen histologique suffisant. Depuis cette époque, E. Gaucher a décrit dans sa thèse, à propos d'une observation très complète recueillie dans le service de M. Potain, l'*épithélioma primitif* de la rate. Mais cette observation est unique, et on ne peut que se demander si dans un cas de ce genre la splénotomie eût été justifiée.

Reste l'*hypertrophie splénique* : ici comme le fait très justement remarquer Duplay, on doit introduire une division des plus importantes.

Certaines de ces hypertrophies spléniques sont secondaires, elles sont la conséquence de lésions variées : cirrhose du foie, obstruction de la veine, impaludisme, leucocythémie splénique.

Dans ces cas, l'état actuel de la science doit faire absolument rejeter la splénotomie. Cette opération n'a donné qu'un seul succès sur 19 opérations relevées par Gilson. Mais il est d'autres faits où cette splénomégalie est pour ainsi dire primitive. — Elle survient sans cause connue, son début est insidieux, sa marche lente et progressive, sa terminaison presque toujours fatale.

Aux signes d'une tuméfaction générale de la rate, la palpation vient ajouter des caractères de fermeté, de résistance, d'égalité qui pourront dans quelques cas permettre le diagnostic d'hypertrophie splénique, de tumeur solide de la rate. Le volume est souvent 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, qui 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 ainsi bien déterminée, le devoir du chirurgien est de proposer la splénotomie puisque cette opération a fourni jusqu'ici des résultats satisfaisants qui ne pourront que s'améliorer. — Sur une quinzaine d'opérations, 7 ont

été suivies de guérison (Duplay). Les chiffres donnés par Gilson, dans la *Revue de chirurgie*, 1885, sont loin d'être aussi encourageants : sur douze opérations pratiquées pour les hypertrophies non leucémiques, cet auteur ne relève que deux guérisons. Ajoutons-y un succès de Billroth, dans un cas de lympho-sarcome 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 ou 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 des 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, si cela est 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 ventre ou fixé dans l'angle supérieur de la plaie.

SIXIÈME PARTIE

TUMEURS DU MÉSÉNTÈRE

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 fréquentes. On en distingue trois variétés :

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

b. Des *kystes séreux*. — Cette importante variété se développe le plus souvent sans doute dans les ganglions, et atteint parfois des dimensions considérables. Ces tumeurs 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.

Quelques-uns de ces kystes ne sont sans aucun doute que des kystes hydatiques modifiés.

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.

2° *Lipomes*. — Les lipomes du méSENTÈRE 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 graisseuse qui constitue la tumeur.

3° *Tumeurs malignes*. — Presque toujours secondaires, ces tumeurs se développent dans les ganglions méSENTÉRIQUES, 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 et diagnostic. — Les tumeurs du méSENTÈRE 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 ; à sa partie inférieure 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, 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 surtout la laparotomie exploratrice 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 5 ans. La durée totale des tumeurs du méSENTÈRE varie de 6 mois à 7 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.