

deux fois seulement sur dix après anastomose cystico-intestinale. En outre, la durée de la survie est loin d'être la même dans les deux cas : l'opéré qui a survécu à la cholécystostomie succombe au bout de quelques semaines ; après la cholécystentérostomie, au contraire, la survie se chiffre par mois : le malade de Kappeler a travaillé pendant dix mois après son opération et a eu une survie de quatorze mois et demi. D'autres malades ont eu une survie de : un an, Körte ; dix mois, Reclus ; neuf mois, Socin ; huit mois, Terrier ; cinq mois, Reynier.

D'après Biondi, la moyenne de la survie serait de six à huit mois.

Enfin, l'état général des malades peu ou pas modifié par l'établissement d'une fistule biliaire externe, s'améliore notablement lorsque la bile passe directement de la vésicule dans l'intestin.

Il est aisé de conclure après tout cela que la cholécystentérostomie est supérieure à la cholécystostomie lorsqu'on se propose de combattre les phénomènes de rétention biliaire due à la compression du cholédoque par un néoplasme de la tête du pancréas. Est-ce à dire qu'il faille préconiser et imposer la cholécystentérostomie ? Tel n'est pas l'avis de tous les chirurgiens, et Nimier fait remarquer, avec juste raison, que c'est affaire de tempérament de la part du malade aussi bien que de l'opérateur.

3° *Obstruction du canal pancréatique.* — *Fistule pancréatico-intestinale* (1). — Il résulte de la lecture de certaines observations de cancer de la tête du pancréas, que le canal de Wirsung comprimé à son extrémité duodénale, peut acquérir des dimensions considérables, une dilatation « prodigieuse » (2). On peut donc, dans ces cas, établir une bouche pancréatico-intestinale pour amener le suc pancréatique dans l'intestin, comme on a établi une communication cystico-duodénale dans le but de rétablir le cours de la bile. Weir (3) a tenté cet abouchement pancréatico-intestinal ; mais il n'a pas réussi, s'étant placé dans des conditions défectueuses, qu'il serait trop long de rappeler ici.

(1) Je tiens à rappeler, à propos des fistules pancréatico-intestinales, que l'obstruction du canal de Wirsung peut être amenée aussi par une pancréatite chronique, par une cicatrice duodénale ou par un calcul du cholédoque arrêté au niveau de l'ampoule de Vater, ou bien encore par un calcul pancréatique. Dans ces derniers cas, l'intervention serait radicale. Mais, nous ne connaissons pas encore d'une manière précise les troubles résultant de la simple suppression du suc pancréatique ; de sorte que le diagnostic de l'obstruction du canal de Wirsung, par cicatrice ou par calculs, n'est guère possible. Si, au cours d'une laparotomie exploratrice commandée par certains désordres attribuables à une lésion du pancréas, on tombait sur une dilatation du canal pancréatique due aux causes susindiquées, le chirurgien pourrait établir une communication entre le conduit dilaté et le jéjunum près de son origine. On pourrait peut-être aussi établir directement une fistule pancréatico-duodénale en allant du duodénum vers le canal dilaté ou inversement.

Encore une fois, la clinique ne permet pas de prévoir l'existence d'une dilatation cicatricielle ou calculeuse du canal excréteur du pancréas.

(2) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1856, t. III, p. 366.

(3) WEIR, *Med. Record*, 23 décembre 1893.

Quoi qu'il en soit, l'intervention n'aurait d'autre but que de prolonger la résistance du malade en favorisant le travail normal de la digestion.

III

RATE

La chirurgie de la rate, mieux connue que celle du pancréas, a été étudiée d'une façon encore plus complète dans ces dernières années, je pourrais dire dans ces derniers temps. Les points les plus saillants dans l'histoire des affections chirurgicales de la rate sont, à l'heure actuelle : 1° le *perfectionnement* de la *technique opératoire* et les *résultats heureux* de la *splénectomie* pratiquée d'après les règles nouvelles ; 2° l'étude de la *splénopexie* ; 3° celle de la *tuberculose primitive* de la rate faite de toutes pièces par MM. Quénu et Baudet ; 4° celle des *kystes séreux* et *séro-sanguins* que mon élève M. Poterel-Maisonneuve a bien voulu traiter dans sa récente thèse inaugurale.

Ainsi que je l'ai fait pour le pancréas, je rappellerai tout d'abord la topographie de la rate et j'indiquerai comment on doit pratiquer l'exploration de cet organe.

I. — TOPOGRAPHIE DE LA RATE.

Si la rate est habituellement unique chez l'homme, il n'est cependant pas très rare de trouver dans son voisinage des petites masses de tissu splénique possédant un pédicule vasculaire propre, qui constituent ce qu'on appelle les rates multiples, les rates accessoires ou surnuméraires. On a pu rencontrer 3, 4, 7, et même 23 rates accessoires chez le même sujet. Ces organes siègent soit dans l'épiploon gastro-splénique, soit dans l'épiploon pancréato-splénique ; on en a découvert même dans l'épaisseur de la couche graisseuse périrénale et dans le grand épiploon. Cette question des rates surnuméraires peut intéresser le chirurgien au point de vue des suites de la splénectomie.

Occupant comme le pancréas l'abdomen supérieur, la rate est profondément située dans l'hypocondre gauche où elle affecte des rapports avec des organes importants.

Sa face externe, convexe et lisse, répond au diaphragme, par l'intermédiaire duquel elle se met en rapport avec le poumon gauche et la face interne des côtes inférieures.

Sa face interne, où siège le hile de l'organe, répond à la grosse tubérosité de l'estomac, à la partie terminale de l'arrière-cavité des