

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

épiploons, au rein gauche et à la capsule surrénale correspondante, à la queue du pancréas.

Le bord antérieur convexe et tranchant, appliqué sur l'estomac, présente les incisures que l'on connaît.

Le bord postérieur en rapport avec le rein présente lui aussi quelquefois des incisures.

L'extrémité supérieure ou *tête de la rate* (Testut), répond à la voûte diaphragmatique.

Quant à l'extrémité inférieure ou *queue de la rate* (Testut), elle repose sur le coude gauche du côlon.

La rate est fixée dans sa loge par des ligaments, dont l'énumération sera faite au chapitre des déplacements de l'organe.

Telle est la topographie générale de la rate, mais il était intéressant, au point de vue clinique, d'étudier d'une façon précise la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique. C'est ce qu'a fait Picou (1) dans un excellent travail dont je ne puis que rapporter les conclusions :

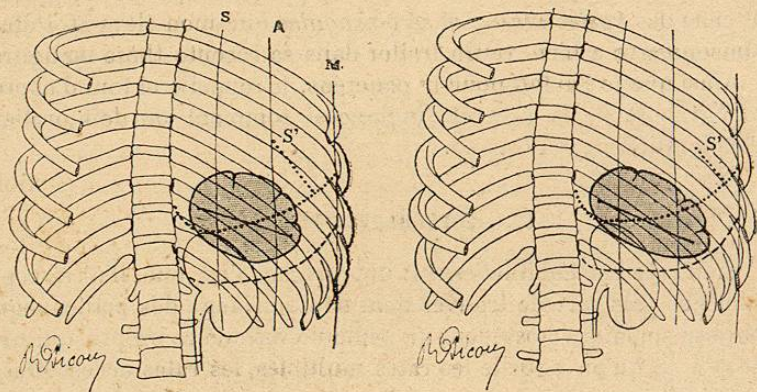


Fig. 10. — Hommes. — S, ligne scapulaire; Fig. 11. — Femmes. — S', scissure interlobaire.
A, axillaire moyenne; M, mamelonnaire;
S, scissure interlobaire.

(D'après la thèse de M. Picou.)

I. — Il faut s'attendre à rencontrer la rate, chez l'adulte, entre le bord inférieur de la onzième côte, quelquefois même plus bas, et le bord supérieur de la huitième, comme l'avait vu Hewson. Ces limites, très étendues en apparence, le sont beaucoup moins en réalité si l'on tient compte de l'obliquité des organes (côtes et rate) (fig. 10 et 11). L'axe de la rate ordinairement confondu avec le hile est la partie la plus fixe; on le trouve généralement dans le neuvième espace.

II. — L'axe de la rate est généralement beaucoup moins oblique

(1) Picou, De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte, thèse de Paris, 1896.

que celui de la neuvième côte, et ainsi se trouve confirmée l'opinion des vieux cliniciens qui ont regardé cet organe comme ayant une direction presque horizontale.

III. — Sous l'influence de la distension des organes voisins, la direction de la rate peut se modifier. Pendant la réplétion de l'estomac, elle se porte en bas et en avant comme l'avait vu Richet, mais en devenant plus oblique comme l'avait vu Leichtenstern.

Pendant la réplétion du côlon, elle remonte vers le centre phrénique, presque parallèlement à elle-même. Pendant la distension seule des poumons, elle tend à devenir horizontale par abaissement de son extrémité postérieure et élévation moindre de l'extrémité antérieure. Ce dernier cas est le seul où l'extrémité postérieure présente des mouvements plus étendus que l'antérieure. Généralement les deux extrémités se meuvent en sens inverse, et l'extrémité postérieure se déplace moins que l'extrémité opposée.

Je rappelle que, d'après Niemeyer, la matité normale de la rate s'étendrait du bord supérieur de la onzième côte jusqu'à la neuvième. En avant, cette matité serait limitée par une ligne qui, partant de l'extrémité antérieure de la onzième côte, se dirigerait vers le mamelon; en arrière, elle se confondrait avec celle du rein gauche.

II. — EXPLORATION DE LA RATE.

L'examen de la région splénique doit se faire par l'inspection, la palpation et la percussion.

L'inspection ne donne en général que peu de renseignements. Quelquefois, cependant, elle permettra de constater l'existence d'une déformation de l'hypocondre gauche ou d'un soulèvement des espaces intercostaux du même côté. Dans les cas de traumatisme, elle révélera la présence d'ecchymoses ou de lésions plus ou moins étendues des parties molles.

La palpation de la rate, comme celle de tous les organes intra-abdominaux, se fera dans le décubitus horizontal, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci fléchies sur le bassin. Elle ne donne aucun renseignement lorsque la rate est normale, car, nous l'avons dit plus haut, cet organe est profondément caché dans l'hypocondre gauche et séparé par la paroi thoracique de la main exploratrice. Si, au contraire, la rate est augmentée de volume et dépasse le rebord costal, si, dans son déplacement, elle a quitté la fosse splénique, on la sent alors facilement et l'on percevra, selon les cas, soit une tumeur à surface unie, molle ou rénitente, soit une tumeur dure, bosselée, irrégulière, soit enfin, une masse de consistance ferme, avec un bord tranchant découpé d'incisures plus ou moins profondes: ces deux derniers caractères permettront d'affirmer que la tumeur sentie à la palpation n'est autre chose que la rate hypertrophiée. Dans ces cas de

splénomégalie, l'exploration manuelle rencontrera une tumeur envahissant une partie plus ou moins grande de la cavité abdominale.

La palpation permettra encore de reconnaître s'il existe ou non des adhérences et fera constater quelquefois du frottement péritonéal.

S'il s'agit d'une rate ectopée et non adhérente, la pression des doigts exercée de bas en haut fera remonter l'organe déplacé dans la loge splénique.

Enfin, par le palper bimanuel, on pourra obtenir le signe du ballotement. Hartmann conseille de chercher ce ballotement par succussion de l'espace costo-iliaque.

La percussion de la rate n'est pas toujours chose facile; elle expose à pas mal d'erreurs d'interprétation, ce qui se comprend aisément si l'on songe aux rapports de l'organe avec des viscères tels que le poumon, l'estomac, l'intestin, qui sont mobiles et sonores et dont la sonorité, du moins pour les deux derniers, peut être remplacée par de la matité dans les cas de plénitude.

Pour pratiquer la percussion de la région splénique, Piorry conseillait de placer le malade dans le décubitus latéral droit, le bras gauche relevé sur la tête, laissant ainsi à découvert toute la région à examiner. Ziemssen préfère la position verticale et Besnier fait remarquer à ce sujet, après avoir longuement étudié la question sur le malade, que dans la situation verticale on est plus à l'aise pour percuter les parties inférieures de l'hypocondre rendues moins accessibles dans le décubitus latéral par la saillie des os du bassin. Cet auteur estime du reste, avec Niemeyer, qu'il ne faut pas s'astreindre à une règle absolue et qu'il sera bon de contrôler l'examen fait dans une attitude par la recherche opérée dans l'autre. En somme, il sera prudent, dans certains cas du moins, d'examiner le malade dans différentes positions.

Ce principe étant admis, le chirurgien s'efforcera de limiter la rate par la percussion, en traçant au fur et à mesure des lignes sur la peau du malade et en se guidant, bien entendu, sur les notions d'anatomie topographique que j'ai précédemment indiquées.

Je tiens à rappeler ici ce qu'a dit E. Collin au sujet de l'exploration de la rate chez les paludéens; j'y reviendrai d'ailleurs plus complètement dans le chapitre des traumatismes de la glande splénique. La rate, dit Collin, « est toujours le côté vulnérable de certains fébricitants, etc.... Il est surtout impérieusement indiqué de n'exercer sur ces malades la palpation ou la percussion de l'hypocondre gauche qu'avec une extrême réserve. » Et, en effet, plus d'une fois, la simple exploration de l'organe en a déterminé la rupture.

Catrin (1), reprenant à son tour les idées de Collin sur les incon-

(1) CATRIN, Exploration de la rate hypertrophiée chez les paludéens par le procédé de l'effleurement. Communication à la Soc. méd. des hôp., 17 janvier 1896 (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 23 janvier 1896).

vénients et les dangers de l'exploration de la rate chez les paludéens, renonce à rechercher les limites de cet organe par la palpation et la percussion, toutes les fois qu'il a dépassé les fausses côtes, c'est-à-dire toutes les fois qu'il atteint un volume un peu notable.

Aussi, conseille-t-il d'avoir recours au procédé de l'effleurement, qu'il décrit de la façon suivante : « Me plaçant à la gauche du malade, j'applique à plat la main sur la partie inférieure de l'abdomen dans la fosse iliaque gauche; puis, n'appuyant qu'à peine la pulpe des doigts sur la peau, je remonte lentement vers l'épigastre; et j'arrive ainsi, en évitant les contractions musculaires, à sentir le bord inférieur de la rate dans sa portion extracostale. »

Quant à l'auscultation de la région splénique, elle est d'un bien faible secours. On a signalé, dans quelques cas de tumeurs ou de rates mobiles, l'existence de bruits de souffle dus à la compression ou à la coudure de l'artère splénique.

MALADIES CHIRURGICALES DE LA RATE

Les maladies chirurgicales de la rate comprennent : 1° les lésions traumatiques; 2° les déplacements de l'organe; 3° la tuberculose; 4° les abcès; 5° les kystes, que l'on peut diviser aujourd'hui en kystes séreux ou séro-sanguins et en kystes hydatiques; 6° les néoplasmes.

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES (1).

Sous ce titre, on doit étudier :

1° Les contusions; 2° les ruptures; 3° les plaies; 4° les hernies traumatiques de la rate.

1° CONTUSION SIMPLE DE LA RATE.]

A dire vrai, c'est une étude à faire que celle de la contusion simple de la rate. On cite bien des cas où un fragment de côte a blessé le tissu splénique; mais ce n'est point une contusion, comme le fait si bien remarquer Quénu; il s'agit dans ce cas de plaie par esquille osseuse.

(1) VIGLA, Recherches sur la rupture spontanée de la rate (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1843 et janvier 1844). — E. COLLIN, *Mém. de méd., chir. et pharm. milit.*, 1855. — MEUNIER, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1863. — Med. and surg. Hist. of the war of the Rebellion, vol. II, 1876, p. 11. — MAYER, *Die Wunden der Milz*. Leipzig, 1878. — BESNIER, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1879. — ADELMANN, Modifications de la splénectomie (*Arch. für klin. Chir.*, Band XXXVI, 1887, p. 442. — BARRALLIER, *Arch. gén. de méd.*, 1888. — VINCENT, Sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate (*Revue de chir.*, juin 1893, p. 449). — VANVERTS, De la splénectomie, thèse de Paris, 1897. — QUÉNU, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII.