

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 ballottement. Hartmann conseille de chercher ce ballottement 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.

Sans doute, la rate peut être contusionnée sans lésion appréciable des parois thoraco-abdominales ; mais alors, de deux choses l'une, ou bien la lésion est très légère et passe inaperçue, ou bien elle est sérieuse et rentre dans la catégorie des ruptures que nous étudierons dans un instant.

Le professeur Verneuil (1), malgré cette difficulté, a voulu cependant décrire le type de la contusion simple de la rate, et voici quels seraient, d'après lui, les signes qui permettent d'arriver à un diagnostic précis :

1° Douleur à l'hypocondre gauche, parfois vive, le plus souvent limitée ou irradiée à l'abdomen et au membre inférieur gauche, augmentée par la pression et les mouvements respiratoires ;

2° Fièvre à type quotidien, revenant par accès plus ou moins complets ou réguliers, le soir ou la nuit ;

3° Augmentation du volume de la rate.

2° RUPTURES DE LA RATE.

Il est bien entendu que sous le nom de ruptures de la rate, j'étudierai les contusions et les ruptures de l'organe, la première de ces lésions ne représentant, en somme, qu'un degré moins avancé de la seconde. J'ai déjà dit ce que pouvait être la contusion simple de la rate.

Étiologie. — Ces ruptures peuvent se produire dans deux circonstances différentes. Dans le premier groupe se trouvent les faits de rupture succédant à un violent traumatisme des parois thoraciques ou abdominales, dont les divers facteurs signalés sont : passage d'une roue de voiture, chute d'un lieu élevé, coup de pied d'homme ou de cheval, chute sur une planche, coup de pierre, choc par timon de voiture, resserrement entre deux camions. L'influence du traumatisme est très nette dans ces cas.

Il est, par contre, toute une catégorie de faits dans lesquels la rupture est survenue à la suite d'une contusion légère, et l'on devine l'importance de ces faits au point de vue médico-légal. D'autres fois, la rupture a été la conséquence d'un effort ou d'un simple accès de toux ou de vomissements.

On raconte l'histoire d'un homme qui, dans le cours d'une discussion, sous l'empire d'une vive colère, s'affaissa tout à coup et mourut rapidement ; l'autopsie permit de constater une rupture splénique. Enfin, la rupture peut survenir à la suite de l'exploration de la région splénique, et même sans cause apparente, d'une façon spontanée. Est-il besoin d'ajouter que ces ruptures spontanées s'observent chez des sujets dont la rate est plus ou moins profondément altérée ?

(1) VERNEUIL, Mém. de chir., vol. III. — MATTON, thèse de Paris, 1876.

Ces altérations peuvent être consécutives à la fièvre typhoïde ; mais elles reconnaissent le plus souvent pour cause l'infection paludéenne.

E. Collin, ai-je dit plus haut, a attiré l'attention des médecins sur les dangers de l'exploration de la région splénique chez les paludéens. Voici textuellement comment il s'est exprimé à ce sujet : « La rate est toujours le côté vulnérable de certains fébricitants, et celui qu'ils doivent constamment protéger. De là, l'expresse recommandation d'entourer de ménagements et de soins, de surveiller sans cesse les malades atteints de fièvre ou de cachexie paludéenne, principalement ceux qu'on évacue dans cet état, souvent à de grandes distances ou bien ceux qui, dans nos salles, sont en proie à des accès pernicieux, sans conscience de ce qu'ils font ni de ce qu'ils souffrent.

« 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.

« A Paris, on a parfois besoin, pour formuler un diagnostic précis, d'être exactement renseigné sur l'état de la rate d'un fébricitant ; mais cette nécessité n'existe presque jamais pour l'Afrique, et mes conseils s'adressent aux médecins de ce pays. Là, les fièvres paludéennes, avec leurs variétés de types et de formes, sont toujours parfaitement caractérisées. On sent d'ailleurs que, dans leur intensité, la fréquence de leurs récidives et la gravité de leurs complications, elles ne sont nullement subordonnées au volume de la rate. A quoi bon, dès lors, tourmenter de pauvres malades pour le vain plaisir de fixer chez eux les limites précises de ce viscère ? Je suis persuadé, pour ma part, que les accidents dont j'ai fait la lugubre histoire seraient plus communs en Algérie, si les médecins militaires se croyaient obligés, envers et contre tous, de palper, percuter, déprimer fortement la région splénique, en un mot, d'exécuter toutes les manœuvres de la *plessimétrie orthodoxe*. » (E. Collin.)

J'ai dit aussi que Catrin, pour éviter les dangers de l'exploration de la rate, avait proposé d'examiner cet organe par le procédé de l'*effleurement*.

En résumé, deux catégories de rupture de la rate :

1° Les ruptures nettement traumatiques ;

2° Les ruptures reconnaissant pour principale cause l'altération primitive de l'organe.

Anatomie pathologique. — Je ne signale que pour mémoire la rupture sous-capsulaire de Barrallier, dans laquelle il y aurait une lésion du tissu splénique avec intégrité de la capsule. Il ne s'agit pas, en effet, dans ce cas, d'une véritable rupture.

Ce qui frappe tout d'abord le chirurgien qui intervient dans un cas de rupture vraie de la rate, ou qui pratique l'autopsie d'un individu mort des suites de cet accident, c'est l'épanchement de sang dans la cavité abdominale.

La quantité de sang épanché a été souvent évaluée à plusieurs litres. A côté du sang liquide, on trouve des caillots adhérents à la rate et qui masquent la lésion.

Le siège de cette lésion est variable : bord antérieur, face externe, face externe et bord antérieur, face interne au niveau du hile. Riegner trouva la rate complètement séparée en deux au niveau de sa partie moyenne; le segment supérieur tenait partiellement au ligament phrénico-splénique et aux vaisseaux du hile.

La déchirure, rarement oblique, est tantôt longitudinale, tantôt transversale; elle peut avoir 4 et même 12 centimètres de long.

Dans certains cas, on a affaire à un véritable écrasement, c'est une bouillie splénique. On peut d'ailleurs trouver tous les degrés des contusions viscérales.

Il va sans dire que la rupture peut s'accompagner de fractures de côtes, de lésions du foie, du rein, etc.

Je signalerai, à titre de curiosité anatomo-pathologique, l'intéressante observation de Sirleo (1). Un homme de trente-cinq ans avait subi au côté gauche du tronc un traumatisme bientôt suivi d'une douleur spontanée à l'hypocondre, douleur qui alla en diminuant; un beau jour éclatent des symptômes d'occlusion intestinale. Conduit à l'hôpital, le malade ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouva une péritonite septique. La rate, augmentée de volume, adhérait par son pôle inférieur à l'angle gauche du côlon. Dans l'intérieur de la rate, on voyait une caverne du volume du poing, qui s'était ouverte dans le péritoine et communiquait aussi avec l'intestin. Voici quelle avait été la succession morbide : splénite et péri-splénite consécutives au traumatisme; adhérence de la rate au côlon, ulcération de la paroi intestinale, infection par cette voie, formation d'une caverne intrasplénique, et rupture spontanée de cette caverne dans le péritoine.

Symptômes, diagnostic, pronostic. — On décrit habituellement deux formes symptomatiques de rupture de la rate : la forme suraiguë et la forme aiguë. Dans la première, la mort peut être foudroyante, ou survenir au bout de quelques heures.

Dans la forme aiguë, le malade peut survivre quelques jours; c'est alors que l'on voit se dérouler les signes de la rupture, qui ne sont autres que ceux de la déchirure d'un viscère intraabdominal. En première ligne, se placent les signes d'une hémorragie interne grave, auxquels succèdent une vive douleur irradiée ou localisée dans l'hypocondre gauche, la gêne respiratoire, puis la fièvre, les nausées, les vomissements, le ballonnement du ventre, l'altération du faciès, indiquant la réaction du péritoine. Souvent il est permis de constater dans l'hypocondre gauche l'existence d'une matité assez considé-

(1) L. SIRLEO, Caverne de la rate communiquant avec l'intestin; rupture, péritonite consécutive (*Il Policlinico*, 1896).

nable, résultant de l'épanchement sanguin. Barraillier a insisté sur un signe particulier à la rupture de la rate, la tache ecchymotique localisée à l'abdomen et à la région lombaire.

Le *diagnostic* des ruptures de la rate peut être porté en se basant sur ces particularités, et sur le point d'application du traumatisme dans l'hypocondre gauche, ou à la base du thorax du même côté. La préexistence d'une hypertrophie de la rate doit faire songer naturellement à une lésion de cet organe. Mais il faut bien reconnaître que ce diagnostic reste souvent incertain dans les cas de rate saine ou supposée telle. Il rentre d'ailleurs dans l'étude générale de la question encore si complexe et si délicate du diagnostic des contusions de l'abdomen, question qui tend à se simplifier par la pratique de l'intervention précoce.

Le *pronostic* de la lésion qui nous occupe doit toujours être très réservé, et il est le plus souvent très sombre. Vincent est arrivé à un total de 134 morts contre 6 guérisons; il insiste sur la gravité de l'hémorragie, cause habituelle de la mort. Sur 100 faits accompagnés de détails d'autopsie, 76 fois l'épanchement de sang dans le péritoine a été considérable, et la mort a pu être attribuée à l'hémorragie; dans 11 cas, la quantité de sang n'est pas notée, et dans 13 cas seulement il y a bien eu aussi hémorragie, mais la mort a paru être le résultat d'une autre complication, telle que péritonite, pleurésie, pneumonie, rupture du cœur, etc. Si le malade survit, le foyer traumatique peut quelquefois devenir le siège d'un abcès.

3° PLAIES DE LA RATE.

En consultant les statistiques des plaies de l'abdomen, on reconnaît bien vite que les plaies de la rate ne sont pas fréquentes, ce qui s'expliquerait, comme pour le pancréas, par la situation profonde de l'organe, et par la coexistence d'autres lésions viscérales ou vasculaires qui peuvent faire négliger la recherche d'une blessure de la glande splénique. Aux 48 cas cités par Mayer en 1878 et à ceux rapportés dans *l'Histoire de la guerre de Sécession*, je puis ajouter les faits de Tiffanay, Peyrot, Deaver, Lamarchina, Sodo, et ceux que j'ai signalés en parlant des affections traumatiques du pancréas.

Étiologie. — Ces plaies ont surtout été produites par des instruments tranchants ou par des armes à feu, 25 fois par instruments tranchants et 21 fois par armes à feu, d'après le relevé de Mayer; bien rarement elles ont été déterminées par des instruments piquants (2 fois, Mayer).

Parmi les agents vulnérants qui ont déterminé des plaies par instruments piquants, on cite le trocart évacuateur d'une ascite, le couteau, des baïonnettes, épées, sabres. On cite aussi des plaies par coups de cornes.

A propos des plaies par armes blanches, Larrey, dans ses *Cliniques*,

a fait une remarque assez intéressante et toute naturelle d'ailleurs, à savoir que « les personnes qui font des armes de la main gauche étaient plus exposées à la lésion de la rate, parce qu'elles présentent à découvert le flanc de ce côté ». L'histoire d'un grenadier gaucher qui avait reçu une blessure de la rate dans un duel, vient à l'appui de son observation. Les plaies par armes à feu, fusil ou revolver, s'accompagnent souvent de lésions des viscères de l'abdomen et de la cavité thoracique.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes des plaies de la rate sont ceux des plaies de l'abdomen en général. Il est donc inutile d'insister. Quant au diagnostic, il rentre également dans l'étude des plaies de l'abdomen; le siège de la plaie peut seul faire songer à une lésion splénique.

Pronostic. — Il est bénin pour les piqûres, ainsi que le prouvent la pratique des ponctions de la rate faite aux Indes, dans un but thérapeutique, et les expériences de Mayer.

Il n'en est pas de même pour les plaies par instruments tranchants et par armes à feu. Sans parler des accidents consécutifs, tels que péritonite, pleurésie purulente, péricardite, il faut tenir compte de deux grands facteurs qui dominent toute la physionomie de ces plaies : ce sont l'importance des vaisseaux sectionnés (1) et la complexité des lésions qui peuvent atteindre plusieurs organes à la fois. Cette complexité s'observe surtout dans les plaies par armes à feu qui sont de ce fait les plus graves; cependant il ne faut pas croire que les plaies de la rate soient toujours mortelles; il existe quelques cas de guérison et l'on est loin de l'opinion des anciens chirurgiens qui comparaient la gravité des plaies de la rate à celle des plaies du cœur.

4° HERNIE TRAUMATIQUE DE LA RATE.

Elle est rare à la suite des plaies par armes à feu. Otis en cite un exemple intéressant : une balle entra à un demi-pouce sur la gauche de la quatrième vertèbre lombaire et vint sortir entre la huitième et neuvième côte, à mi-chemin du sternum et de l'épine vertébrale. Hernie de la rate, qui fut excisée après ligature; guérison.

Il est plus fréquent de voir la rate s'engager à travers une plaie faite par coup de couteau, dans l'hypocondre ou le flanc gauche.

Quoi qu'il en soit, il peut y avoir issue ou partielle ou totale de l'organe, à travers la plaie de la paroi abdominale; la hernie incomplète paraît être plus fréquente.

Le plus souvent, la rate n'est pas blessée; elle est simplement herniée.

(1) Un prisonnier, voulant s'échapper, reçut un coup de baïonnette dans le flanc gauche; il succomba quelques heures après et on constata que l'arme, en pénétrant seulement d'un pouce, avait sectionné l'artère splénique.

Ordinairement resserrée entre les lèvres de la plaie et irréductible, elle se présente alors sous l'aspect d'un corps charnu, de couleur violacée. Mais elle ne tarde pas à subir des modifications: insensible, froide, noirâtre, dès le début, elle ne se mortifie quelquefois que secondairement.

La plaie suppure, la partie étranglée se sphacèle et s'élimine petit à petit, dégageant une odeur fétide, et pouvant s'accompagner de phénomènes généraux si l'on ne s'évertue à aseptiser la plaie dans la plus large mesure possible. Il faut reconnaître d'ailleurs que le pronostic des hernies traumatiques de la rate est bénin.

TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RATE.

1° Traitement des plaies et ruptures. — Le point noir dans l'histoire des plaies et ruptures de la rate, c'est l'hémorragie; nous avons vu combien était grave le pronostic de ces lésions abandonnées à elles-mêmes. Aussi, la chirurgie moderne s'est-elle décidée à entrer dans une voie nouvelle et à se montrer logique en s'attaquant directement à la source même de l'hémorragie. Étant donnée la loi de l'intervention dans les traumatismes de l'abdomen, le chirurgien doit pratiquer la laparotomie pour se rendre un compte exact de la nature et de l'étendue des lésions. Or, deux éventualités peuvent se présenter alors, dit Vanverts dans sa très importante thèse : l'hémostase s'est faite spontanément au niveau de la blessure de la rate, ou bien l'hémorragie persiste. Le premier cas est embarrassant, car l'hémorragie pourrait se reproduire à l'occasion d'un mouvement ou même spontanément sous l'influence des contractions rythmées de la rate (1). Il est permis cependant d'établir certaines règles comme le fait Vanverts :

Si la plaie est insignifiante, si la rate a contracté des adhérences qui ont provoqué l'hémostase, si l'accident date de plusieurs jours, mieux vaut s'abstenir. Ainsi fit Vincent dans un cas de rupture de rate paludique. Après avoir pratiqué un lavage à l'eau bouillie, il draina et son malade guérit. Mais si la plaie est plus étendue et à découvert, si l'accident est récent, si l'on craint qu'une nouvelle hémorragie puisse être désastreuse, il ne faut pas hésiter et se conduire comme dans les cas où l'hémorragie persiste. Que faire si l'écoulement sanguin persiste? Avec Vanverts, nous passerons successivement en revue :

1° La splénectomie.

2° Les autres procédés divers d'hémostase.

I. SPLÉNECTOMIE DANS LES PLAIES ET RUPTURES DE LA RATE. — Ni Adelman, ni Riegner ne signalent aucune observation de splénectomie pour plaie ou rupture de la rate.

(1) Mott, *Soc. clin. de Londres*, 14 février 1896.

Vanverts en a réuni 18 cas, avec 8 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 55,5 p. 100. Cette mortalité est encore trop élevée, mais il faut tenir compte des conditions dans lesquelles a été pratiquée souvent l'opération. Il s'agissait de malades exsangues, de cas où l'intervention avait été retardée, où la lésion splénique était grave en elle-même et s'accompagnait de désordres d'autres viscères abdominaux. Il est certain, en laissant de côté les cas qui échappent à toute action chirurgicale, que le pronostic de la splénectomie s'améliorera considérablement, grâce à l'intervention précoce. D'ores et déjà, cette opération a sauvé des malades qui seraient morts certainement, abandonnés à la simple expectation.

La technique de la splénectomie pour lésions traumatiques de la rate est habituellement facile, sauf dans les cas de rate hypertrophiée; le volume de la rate, mais surtout l'étendue et la résistance des adhérences, rendent alors l'intervention délicate, parfois même impossible. Ai-je besoin d'ajouter que les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum seront un puissant adjuvant de l'acte opératoire?

II. AUTRES PROCÉDÉS DIVERS D'HÉMOSTASE. — *α. Thermocautérisation.* — Ne peut s'appliquer qu'aux cas de plaies tout à fait légères.

β. Tamponnement. — A donné un succès à Pierson et à Vincent, mais ne peut s'adresser aussi qu'à des hémorragies peu abondantes.

γ. Ligature. — Un vaisseau sectionné et saignant sera pincé et lié; cependant, la chose n'est pas, paraît-il, aussi simple qu'on pourrait le croire. Bien souvent, cette ligature ne serait pas suffisante.

δ. Suture. — Elle peut rendre des services dans certains cas; cependant, elle exige une plaie peu étendue, peu profonde, et présente ici les mêmes inconvénients que dans la glande hépatique, c'est-à-dire la fragilité du tissu de l'organe.

ε. Ligature des vaisseaux spléniques. — Cette ligature constitue un bon procédé d'hémostase, ainsi que le prouve le cas de Battle; mais elle n'est pas toujours praticable et elle expose au sphacèle de l'organe ainsi privé de nutrition par suite de l'absence d'anastomoses artérielles intraspléniques. On pourrait, il est vrai, ne lier que la branche artérielle correspondant au territoire blessé.

Nous ne pouvons mieux faire, pour établir la ligne de conduite du chirurgien dans les cas de traumatismes de la rate, que de résumer les conclusions de Vanverts :

Si la solution de continuité est insignifiante, on se contentera, après l'avoir cautérisée, de la tamponner.

Si elle est plus considérable, on pourra essayer les sutures, mais la splénectomie trouvera déjà son indication.

S'il s'agit d'une déchirure importante, si la rupture est totale ou si la rate est broyée, on pratiquera d'emblée la splénectomie. Il n'y aurait pas d'avantage à pratiquer dans ces conditions la ligature des vaisseaux spléniques, dont nous connaissons les inconvénients.

Dans des cas où la splénectomie serait jugée trop dangereuse ou impraticable à cause des adhérences, il faudrait recourir soit aux sutures profondes, soit à la ligature des vaisseaux spléniques. Toute intervention est rendue difficile dans les cas de ce genre; mais la ligature même d'un ou deux vaisseaux du pédicule peut suffire pour amener l'hémostase.

A vrai dire, la splénectomie constitue l'opération de choix dans les plaies et ruptures de la rate, surtout si l'organe est sain.

2° **Traitement des hernies de la rate.** — Le chirurgien peut se comporter différemment en présence d'une hernie de la rate, d'après l'ancienneté de l'accident et l'état de l'organe.

Trois moyens sont à sa disposition :

1° La *réduction de la rate*; 2° l'*abstention*; 3° la *splénectomie partielle ou totale*.

I. **RÉDUCTION DE LA RATE.** — Les tentatives de réduction n'ont pas toujours réussi. On serait autorisé à la pratiquer dans les circonstances suivantes : lorsque l'accident est récent et que l'organe n'a pas contracté des adhérences avec la paroi abdominale, lorsque la rate n'a pas été infectée pendant son séjour au dehors de l'abdomen, lorsqu'elle n'est pas le siège de lésions plus ou moins étendues.

La réduction sera, en général, précédée d'un débridement, et il faudra bien examiner la rate avant de la rentrer dans la cavité abdominale. S'il existe une petite plaie, il faudra commencer par la suturer. On se met ainsi à l'abri de l'accident qui survint à Eulenberg, qui réussit à réduire une rate herniée, mais une hémorragie survint après la réduction.

II. **ABSTENTION.** — S'abstenir veut dire ici attendre l'élimination de l'organe hernié. Outre sa lenteur, cette méthode présente ce dangereux inconvénient d'exposer le malade à l'infection.

III. **SPLÉNECTOMIE TOTALE OU PARTIELLE.** — Un fait se dégage nettement de la lecture des observations de splénectomie pour hernie de la rate : c'est l'innocuité de l'intervention. Le relevé d'Adelmann porte sur 25 cas avec 25 guérisons; celui de Vanverts sur 29 cas avec 29 guérisons, et il est à remarquer que la plupart des opérations datent de la période préantiseptique.

La splénectomie peut être totale ou partielle. Il vaut mieux, en principe, enlever l'organe en totalité et fixer le pédicule à la plaie abdominale pour éviter l'infection du péritoine.

Les deux indications de la splénectomie partielle seraient : l'ancienneté de la hernie et l'état trop précaire du malade.

Cependant, Harold Brown, dans un cas de hernie datant de vingt-cinq jours, pratiqua la laparotomie, lia le pédicule splénique, et, après avoir détaché les adhérences qui fixaient la rate, put l'extirper en totalité. Son malade guérit.

Si l'on a recours à la splénectomie partielle, il faut assurer l'hémo-

stase, en serrant la base de l'organe hernié au moyen d'un gros fil. Cette ligature n'est pas chose facile, à cause de la friabilité du tissu splénique; en outre, la chute du moignon peut amener des phénomènes infectieux. Voilà pourquoi la splénectomie totale est supérieure à l'ablation partielle de la rate.

II. — DÉPLACEMENTS DE LA RATE.

RATE MOBILE (1). — ECTOPIE DE LA RATE.

Point n'est besoin de définir la mobilité ou l'ectopie de la rate. Une rate mobile ou ectopée est celle qui a perdu ses rapports anatomiques normaux.

Cependant, il ne saurait être question ici des déplacements congénitaux, des transpositions des viscères, ni des hernies de la rate à travers une plaie de la paroi abdominale.

Observée par les anciens, Riolan, Morgagni, Lieutaud, mieux étudiée plus tard par Cruveilhier, Choisy, Kuchenmeister, la splénoptose a acquis une plus grande importance depuis les tentatives chirurgicales entreprises pour en amener la guérison.

Une excellente revue de P. Faitout, publiée en 1896 dans la *Gazette des hôpitaux*, résume d'une façon très nette l'état actuel de la question.

Étiologie, pathogénie. — On sait que la rate est fixée dans sa situation normale par les ligaments gastro-splénique, pancréatico-splénique, phréno-splénique et par un petit sac séreux qui reçoit son extrémité inférieure, sac séreux quelquefois assez marqué pour mériter le nom de ligament colo-réno-splénique. Que ces ligaments viennent à se relâcher pour une cause quelconque et la rate, quittant sa place anatomique, tombe, devient mobile, flottante, elle est en ectopie.

La splénoptose s'observe bien plus fréquemment chez la femme que chez l'homme; l'influence de la grossesse est très nettement établie d'après les observations. On a aussi incriminé l'action nocive du corset.

En laissant de côté les cas extrêmes (un enfant paludique de treize mois et une femme de soixante-neuf ans), on trouve que l'âge moyen des malades est compris entre vingt et quarante-cinq ans, c'est à-dire qu'il correspond à la période d'activité génitale.

Parmi les causes déterminantes, on a signalé: les efforts musculaires violents et répétés, des contusions, des chutes sur l'hypocondre

(1) Une rate hypertrophiée peut être mobile, sans être ectopée. Mais on comprend, sans que j'aie besoin d'insister, le sens des mots mobilité et ectopie appliqués aux déplacements de la rate.

gauche. Une des malades d'Hartmann (1) avait une scoliose dorso-lombaire marquée, à convexité gauche, ayant déterminé un abaissement considérable de la taille; d'après Hartmann, les déformations consécutives à cette scoliose n'ont peut-être pas été étrangères au déplacement de la rate.

Un des grands facteurs de l'ectopie de cet organe serait la splénomégalie; les auteurs insistent sur ce point. Or, les expériences de Darfeuille (2) prouvent que les ligaments gastro-splénique et pancréatico-splénique supportent un poids de 2 kilos 500 et qu'un poids de 3 kilos 500 à 4 kilos est nécessaire pour rompre le ligament phréno-splénique et les rates extirpées pesaient rarement plus de 3 kilos. Il ne faudrait donc pas tenir un compte absolu du facteur poids.

D'ailleurs, il me semble qu'en accordant une trop large place à la splénomégalie, on enlève à la rate mobile une grande partie de sa physiologie propre. Lorsqu'un rein atteint de néoplasme est abaissé, on ne dit pas qu'il s'agit d'un rein mobile; la tumeur rénale domine la scène; et lorsqu'on parle de rein flottant il est bien entendu que l'on a affaire à une entité morbide à symptomatologie spéciale.

Il y aurait donc lieu de différencier nettement les cas de rates mobiles s'accompagnant d'hypertrophie et ceux dans lesquels l'organe a conservé son volume normal ou à peu près normal; à cette dernière catégorie seulement devraient s'appliquer les dénominations de rate mobile, rate flottante, rate ectopique. On arriverait ainsi au rapprochement complet entre la rate et le rein mobiles.

Détail curieux, la splénoptose fait très rarement partie du cortège de cette dystrophie spéciale qui s'accompagne d'entéroptose, de hernies, de néphroptose, de prolapsus des organes génitaux, etc.

Anatomie pathologique. — La rate déplacée peut occuper différentes régions plus ou moins éloignées de la fosse splénique; c'est ainsi qu'on l'a trouvée dans la région ombilicale, assez souvent dans les fosses iliaques droite ou gauche, dans les régions lombaire gauche et inguinale droite. On l'a vue descendre dans le petit bassin et affecter des rapports avec la vessie, l'ovaire, l'utérus, le rectum. Elle peut même être contenue dans le sac d'une hernie inguinale, ainsi qu'en témoignent les faits de Ruysch et de Bamberger. Richelet (3), à propos d'un cas personnel, donne la curieuse description que voici: « Son extrémité supérieure touchait la fosse iliaque droite, sa face interne coiffait l'utérus et le collait au pubis, son bord postérieur occupait le cul-de-sac de Douglas, son bord antérieur était voisin de la symphyse pubienne et sa face convexe regardait en haut. »

(1) HARTMANN, *Congrès de chir.*, 1895 et in FAITOUT, *Gazette des hôpitaux*.

(2) DARFEUILLE, thèse de Paris, 1894, t. X.

(3) RICHELLOT, in FAITOUT, *Gazette des hôpitaux*.