

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 cœlo-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*.

Au lieu de rester mobile, ce qui est la règle, la rate déplacée peut contracter des adhérences avec les organes du voisinage, tels que l'utérus, la vessie, le rectum, le pancréas, l'épiploon, l'intestin, le diaphragme.

Le plus souvent, il y a hypertrophie de l'organe dont le poids est variable : 1500 grammes (Morgagni), 2000 grammes (Ruysch), 4500 (Alonzo), 2700 (Albert), 3100 (Casini), etc. Exceptionnellement on a signalé de l'atrophie; cette atrophie était la conséquence d'une nutrition insuffisante due à la torsion du pédicule.

Le pédicule présente des dimensions variables; de la grosseur du pouce (Klein et Heurtaux); du volume du cordon ombilical (Hartmann). Quelquefois un des vaisseaux prend des proportions inusitées : dans les cas de Lawrason et Nilsen, la veine avait acquis le volume de l'intestin grêle; dans celui d'Assaky, l'artère était du volume de la carotide primitive.

Les vaisseaux peuvent, par contre, être complètement obstrués par thrombose, ou incomplètement par la torsion du pédicule.

Cette torsion du pédicule, observée pour la première fois par Kurns, se fait de droite à gauche ou le plus souvent de gauche à droite (Morault) (1), toujours dans le sens des aiguilles d'une montre, dit Faitout. Le pédicule peut ne faire qu'un demi-tour sur lui-même ou bien en faire deux, trois et même trois et dem.

Les éléments du hile suivent le mouvement de rotation. Rokitansky a trouvé, dans un cas, la disposition suivante : les vaisseaux pancréatiques s'enroulaient autour de l'artère en décrivant trois spirales.

Les ligaments de la rate sont allongés et atrophiés. Quant au tissu splénique, il subit certaines modifications qu'il était aisé de prévoir et qui consistent en splérite chronique, hémorragies interstitielles, infarctus, ramollissement, atrophie, nécrose.

On a quelquefois observé de l'étranglement intestinal comme conséquence de la torsion du pédicule : anse intestinale étranglée entre le ligament gastro-splénique tendu et la colonne vertébrale (Babesiu), anse intestinale fortement étranglée entre des adhérences et le pédicule tordu (Körte), etc. (2). J'ai déjà cité le cas d'Alonso à propos des déplacements du pancréas.

La splénoptose peut s'accompagner du déplacement d'autres viscères ou plutôt le provoquer. L'estomac et le pancréas, plus directement en rapport avec la rate, ont été trouvés, le premier au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, le second au fond de l'excavation pelvienne.

Cruveilhier rapporte les détails d'une autopsie dans laquelle il put

(1) MORHAULT, De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate, thèse de Bordeaux, 1896.

(2) BUREAU, De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1896).

constater que la rate, ayant basculé de gauche à droite, avait entraîné la grosse tubérosité de l'estomac qui faisait une espèce de coude avec le reste de l'organe resté en place.

L'ascite signalée dans les cas de rate mobile ne s'observe guère que lorsqu'il y a eu torsion du pédicule. Cet épanchement péritonéal est aseptique, ainsi que l'ont démontré les recherches bactériologiques de Morax à propos d'une observation d'Hartmann (1).

L'état du sang ne subit aucune modification dans les ectopies simples.

Symptômes. — L'attention du malade et du chirurgien peut être attirée du côté de la rate de trois façons différentes. Tantôt l'ectopie ne détermine aucun phénomène, et c'est par hasard qu'elle est découverte. D'autres fois, elle reste latente, comme dans le cas précédent, et un beau jour elle se manifeste par l'apparition subite de symptômes alarmants. Enfin, elle s'accompagne, dès le début ou à un moment donné, d'un ensemble de phénomènes qui caractérisent l'affection. Ces phénomènes peuvent être divisés en phénomènes douloureux, digestifs et nerveux, auxquels s'ajoutent les phénomènes d'ordre physique.

La douleur éprouvée par les malades atteints de rate mobile est très variable. Un malade de Lieutaud avait la sensation d'un animal errant dans le ventre. Le plus souvent, c'est une pesanteur, une gêne dans l'hypocondre gauche, à irradiations sans caractères fixes; ou bien, ce sont des sensations internes vagues de mobilité et de tiraillements. Ces sensations sont exagérées par la station debout, la marche, le port du corset (Hartmann). Par contre, la position horizontale et le décubitus sur le côté gauche amènent du soulagement.

Les troubles digestifs sont, eux aussi, très variables : flatulence après les repas, atonie gastrique et intestinale, ballonnement du ventre en général ou localisé aux anses intestinales situées au-dessus du point où siège la compression.

Si cette compression porte sur d'autres organes, on assistera à l'écllosion de troubles nouveaux en rapport avec la fonction du viscère comprimé. S'agit-il de la vessie? Les malades auront de la pollakiurie et des douleurs à la miction.

Les phénomènes nerveux occasionnés par les douleurs et les troubles digestifs dans les cas de rate mobile sont identiques à ceux que l'on observe dans la néphroptose. Le caractère devient irritable ou triste, et le malade s'achemine vers la neurasthénie ou l'hypocondrie.

L'examen physique de l'abdomen permet de constater des signes d'une grande importance.

Et tout d'abord, l'inspection peut révéler dans certains cas un relâchement de la paroi abdominale. Si la rate est volumineuse, on

(1) HARTMANN et MORAX, Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique (*Annales de gynécologie*, t. I, 1894, p. 193).

constate aussi l'existence d'une saillie ou d'une voussure dans la région correspondante.

Par la palpation, on reconnaît la présence d'une tumeur de consistance ferme, rappelant celle du foie ou du rein; la forme de cette tumeur est caractéristique avec sa face externe convexe, son bord antérieur mince et tranchant présentant des incisures: c'est, en un mot, la forme de la rate, mais hypertrophiée. Dans un cas, Martin a pu percevoir des battements artériels au niveau du hile.

Cette tumeur est mobile, et c'est là un de ses caractères dominants; on peut imprimer à l'organe des mouvements dans toutes les directions, et surtout le refouler de bas en haut jusque sous le rebord costal gauche. Il a même été donné d'observer un changement de position d'un jour à l'autre. Bland Sutton trouva un jour la rate dans la fosse iliaque droite; le lendemain, l'organe était situé du côté gauche; deux jours après, il était descendu dans le petit bassin et s'appuyait sur la partie supérieure de l'utérus.

La pression de l'organe provoque quelquefois de la douleur, mais ce signe n'est pas constant.

Par la percussion, on reconnaît l'existence d'une zone sonore à la place de la matité normale de la rate. Mais, pour que cette exploration soit efficace, il faudra avoir soin de bien mettre la malade dans la position horizontale.

Hartmann conseille de chercher le ballottement de la rate par succussion de l'espace costo-iliaque.

On a, dans certains cas, constaté par l'auscultation un souffle dû à la compression ou à la courbure de l'artère splénique.

Marche. — Complications. — La marche de l'affection est variable; ou bien elle est lente et progressive, sans phénomènes bien apparents; ou bien elle s'accompagne de petites poussées aiguës; ou bien encore, il se produit, dès le début, une sorte de chute de l'organe. Des complications peuvent apparaître et ces complications se résument en deux chapitres différents: 1° compression des organes voisins; 2° la torsion du pédicule de la rate.

La compression peut porter sur tous les points du tube digestif: sur l'estomac, sur le duodénum, sur l'intestin grêle, sur le colon transverse, etc., déterminant des phénomènes d'occlusion intestinale.

La complication la plus fréquente, environ 20 fois pour 100 d'après Lieffring (1), est représentée par la torsion du pédicule.

Cette torsion du pédicule peut présenter deux types cliniques différents: si le pédicule ne se tord que de 90 à 180° autour de son axe, les malades se plaignent de crises douloureuses, plus ou moins violentes, augmentant par la marche ou la fatigue, irradiées au dos, aux

(1) LIEFFRING, thèse de Paris, t. XXII, 1894.

lombes, à la racine des cuisses et pouvant disparaître dans telle ou telle position.

Si la torsion du pédicule dépasse 180° et qu'elle arrive à atteindre deux ou trois tours, les symptômes deviennent immédiatement alarmants. La malade ressent brusquement, après un effort ou même sans cause appréciable, une douleur très vive dans la région splénique. Puis, survient tout le cortège des phénomènes de péritonite comparables à ceux de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire: malaises, ballonnement du ventre, vomissements, fièvre, fréquence du pouls; si l'on examine la malade à cette période, on reconnaît une augmentation du volume de la tumeur.

Pronostic. — Le pronostic de la rate mobile doit donc être réservé. La compression du tube digestif et la torsion du pédicule sont des complications graves qui peuvent entraîner la mort des malades si l'on n'intervient rapidement. Il est bon d'ajouter que si ce pronostic n'est pas grave en dehors des complications, les malades sont cependant souvent incommodés et toujours exposés à des accidents.

Diagnostic. — Le déplacement de la rate a été confondu avec une ptose du rein; on évitera cette erreur en se rappelant le volume plus considérable de la rate hypertrophiée et la forme spéciale de l'organe. A la percussion, on trouvera la vacuité de l'hypocondre gauche et de la sonorité dans la région splénique. Or, on sait que cette région est habituellement mate. La recherche du ballottement rénal facilitera aussi le diagnostic.

Je ne fais que signaler les tumeurs du rein, en particulier l'hydronéphrose intermittente, les tumeurs du pancréas, les tumeurs de l'épiploon et du mésentère.

Le diagnostic de la rate mobile avec les tumeurs provenant de l'appareil génital de la femme (kystes de l'ovaire, fibromes) se fera d'après la recherche des caractères qui appartiennent à ces affections. C'est le lieu de rappeler encore une fois l'influence de la position élevée du bassin sur les tumeurs de la partie supérieure de l'abdomen et les services que rend ce mode d'exploration au point de vue du diagnostic du siège.

En résumé, le diagnostic est, en général, facile; mais il faudra, pour éviter les erreurs qui ont été commises, examiner les différents organes de la cavité abdominale, surtout dans les cas où la rate déplacée, a contracté des adhérences avec d'autres viscères.

Rappelons, en terminant, que Besnier a conseillé, pour affirmer le diagnostic, d'agir sur le volume de la tumeur par le froid, l'électricité et le sulfate de quinine.

Le diagnostic des complications (compression intestinale, torsion du pédicule, étranglement consécutif à la torsion) rentre dans l'étude générale du diagnostic de l'occlusion intestinale et de la péritonite.

Traitement. — Le traitement de la rate mobile a été divisé en traitement médical et en traitement chirurgical.

Le *traitement médical* comprend l'emploi des moyens destinés à diminuer le volume de la rate, tels que la quinine, l'hydrothérapie, l'électricité. De ce traitement purement médical, on doit rapprocher le port d'une *ceinture* comme la sangle de Glénard. Il va sans dire que la malade devra suivre une hygiène spéciale : éviter la constipation, les exercices violents. Avant d'appliquer la ceinture, le chirurgien doit opérer la réduction de l'organe en plaçant la malade dans la position de Trendelenburg.

Il faut bien reconnaître que le *bandage* soutient mal l'organe déplacé et que, souvent même, il n'est pas supporté par les malades. Aussi a-t-on dû songer à une intervention chirurgicale.

Le *traitement chirurgical* de la rate mobile comprend deux méthodes. On peut, soit pratiquer l'ablation de la rate, soit fixer celle-ci à la paroi abdominale. En un mot, il y a lieu d'établir un parallèle entre la *splénectomie* et la *splénopexie*. Je ne fais que signaler la *détorsion simple* du pédicule, après laparotomie, pratiquée par Bland Sutton. Son moindre inconvénient, c'est d'exposer aux récidives.

La splénectomie a donné d'excellents résultats dans le traitement de la rate mobile ou ectopée. Le relevé de Vanverts, qui porte sur 35 interventions, ne nous donne que 2 morts, soit une mortalité de 5,7 p. 100. Les suites opératoires ont toujours été très simples et les malades revues plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération jouissaient d'une santé parfaite ; d'ailleurs, l'opération est facile dans les cas de ce genre.

Vanverts a réuni également 19 cas de splénectomie pour torsion du pédicule, avec 8 morts et 11 guérisons. La mortalité est ici bien plus élevée, mais il faut tenir compte des conditions dans lesquelles ont été pratiquées ces interventions.

De la splénopexie.

La splénopexie mérite d'attirer notre attention. En effet, c'est une opération qui présente le grand avantage de conserver la rate. En outre, elle est de date récente ; c'est même une opération toute nouvelle, puisque la première publication à ce sujet date seulement de 1895. Aussi me paraît-il intéressant d'en parler avec quelques détails.

Historique. — Jusqu'au mois de février 1898, il n'existait aucun travail d'ensemble sur la splénopexie. A cette époque, sous mon inspiration, mon élève M. Alker (1) faisait une thèse sur ce sujet. On trou-

(1) Ch. ALKER, De la splénopexie, thèse de Bordeaux, 1898.

vera dans ce travail toutes les indications bibliographiques qui ont trait à la question.

Tuffier, le premier, pratiqua la splénopexie le 24 octobre 1882 dans des circonstances particulières, qu'il a relatées au Congrès de chirurgie, en 1895. Parti pour pratiquer une néphropexie, ce chirurgien constata l'existence, en avant du rein, d'une tumeur mobile intrapéritonéale. Il incisa alors le péritoine, tomba sur une rate mobile et la fixa par trois points au catgut.

En 1891, Kower pratiqua deux fois cette opération. Il n'en parla, lui aussi, qu'en 1895, à la suite d'une communication de Rydygier, au Congrès allemand de chirurgie.

C'est en 1892 que nous trouvons le premier mot sur la question. M. Quénu, dans le *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, termine ainsi son article sur les déplacements de la rate : « Sur un organe sain, nous serions tenté de pratiquer une splénopexie. »

A Rydygier (1) revient l'honneur de la première publication.

Bientôt paraissent les communications de Laurence Smith en Amérique ; de Plüker, en Allemagne, qui fait connaître le procédé de Bardenheuer ; de Zykow, en Russie. La même année, Hartmann, dans une communication au Congrès de chirurgie sur la rate mobile, dit quelques mots sur la splénopexie. C'est à ce sujet que Tuffier fait connaître son observation.

L'année suivante, Giordano, en Italie, fait connaître son procédé. Puis, paraissent l'article de Heydenreich, dans la *Semaine médicale*, l'intéressante revue de Faitout sur la rate mobile, dans la *Gazette des hôpitaux*, nouvelle publication de Rydygier et l'étude expérimentale de Pitzorno, dans la *Riforma Medica*.

En 1897, publications de Catellani, de Greiffenhagen et thèse de Vanverts sur la splénectomie où il est parlé de la splénopexie pour la mettre en parallèle avec sa rivale.

Enfin, en 1898, article de Stierlin (2) et thèse d'Alker. Peu de temps après, je communique à la Société d'anatomie de Bordeaux le résultat d'une splénopexie que j'avais pratiquée sur le chien en me servant du mode de suture employé par M. le professeur Guyon pour la fixation du rein.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire de la splénopexie comprend déjà plusieurs procédés.

Tuffier fixa la rate à l'aide de trois points de catgut passant en plein parenchyme.

Procédé de Rydygier. — Le ventre ouvert sur la ligne blanche, on fait au péritoine pariétal, entre la 9^e et la 10^e côte, une incision transversale (fig. 12), correspondant à la largeur de la rate. Ceci fait, on

(1) RYDIGIER, *Centralblatt für Chir.*, 1895.

(2) STIERLIN, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd XLV, 1898, p. 3-4.

décolle le péritoine de façon à former une poche à concavité supérieure, destinée à recevoir le pôle inférieur de l'organe. Pour empêcher l'agrandissement de cette poche, sous l'influence du poids qu'elle devra supporter, on suture le péritoine à la base de la poche, et le bord libre de celle-ci est suturé au ligament gastro-splénique (fig. 13). On pourrait même, pour plus de sûreté, suturer la rate elle-même à l'incision péritonéale, ou tailler un lambeau péritonéal supérieur (fig. 13, *d*) qui passerait sous la rate et serait suturé au ligament gastro-splénique.



Fig. 12. — *a, b*, incision du péritoine pariétal entre la 9^e et la 10^e côte (RYDYGIER).

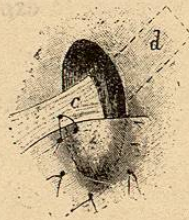


Fig. 13. — On y voit : 1^o la poche péritonéale, dans laquelle se trouve logée l'extrémité inférieure de la rate ; 2^o les sutures du péritoine à la base de cette poche ; 3^o la suture de celle-ci au ligament gastro-splénique ; 4^o le petit lambeau péritonéal que l'on pourrait faire passer au-dessous de la rate (RYDYGIER).

Procédé de Bardenheuer. — La malade est couchée sur le côté droit. Incision longitudinale sur la ligne axillaire, étendue de la 10^e côte à la crête iliaque ; une autre incision transversale est pratiquée au niveau de la 10^e côte, perpendiculairement à la première.

Section des parties molles jusqu'au péritoine, qui est décollé avec



Fig. 14. — Elle montre la rate complètement cachée en dehors du péritoine, grâce au décollément d'une poche supérieure ; mais la chose n'est guère possible à cause de l'adhérence du péritoine au diaphragme en ce point (RYDYGIER).

la main ; puis on incise le péritoine, dans une étendue suffisante pour que la rate puisse passer au travers par son plus petit diamètre. Un aide pousse l'organe à travers la paroi abdominale jusqu'à ce qu'il devienne extrapéritonéal. Une série de points de suture diminue l'étendue de l'incision péritonéale et fixe le péritoine pariétal au pédicule de la rate. Enfin, un fil, après avoir traversé le pôle inférieur de l'organe, est noué autour de la 10^e côte ; mais, avant de nouer ce fil, une série de points de suture, prenant d'un côté le fascia et de l'autre le péritoine, est disposée autour de la glande, de manière à compléter la poche extrapéritonéale. Donc, la rate se trouve située de la façon suivante : son pédicule est suturé à l'orifice péritonéal, son pôle inférieur repose dans la poche rétro-péritonéale, et il est, en outre, suspendu à la 10^e côte.

Procédé de Zykow. — Zykow a expérimenté chez des chiens un procédé de splénopexie qui consiste à enserrer la rate dans un filet de catgut stérilisé, qu'on fixe aux parois abdominales au moyen de points de suture également au catgut.

Procédé de Giordano. — Il semble dériver de celui de Rydygier et consiste à fixer l'extrémité inférieure de la rate entre le péritoine et les muscles abdominaux, les fils traversant le tissu splénique.

Procédés de Pitzorno. — Ce chirurgien, sur le conseil du professeur Biondi, a expérimenté sur des chiens cinq procédés différents :

« 1^o Laparotomie, incision le long de la ligne mamelonnaire gauche, d'une longueur variant entre 5 et 7 centimètres. Fixation de la rate à l'incision par deux fils de catgut passés circulairement aux deux pôles et dont les extrémités sortaient au dehors par les deux angles de la plaie ; réunion couche par couche des enveloppes de l'abdomen ;

« 2^o Expérience semblable à la précédente ; seulement, entre la plaie de la laparotomie et la rate, on interpose un morceau de gaze stérilisée ; quelques jours après, on enlève la gaze. Suture en masse des enveloppes de l'abdomen ;

« 3^o Expérience analogue à la précédente ; mais la gaze est imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 5 p. 100, selon le procédé employé par Bassini dans la néphropexie ;

« 4^o Incision de la paroi abdominale et suture de la capsule de la rate au péritoine pariétal à l'aide d'une série de points au catgut, distancés d'environ 1 centimètre des bords de l'incision ; suture par couches de la paroi ;

« 5^o Incision de la paroi abdominale, suture de la capsule au péritoine comme dans l'expérience précédente ; incision médiane de la capsule comprise entre les deux lèvres de la plaie, suture des bords de l'incision de la capsule aux bords du péritoine. Réunion au reste des couches de la paroi abdominale. »

Procédé de Greiffenhagen. — Deux fils de soie sont passés à travers

la couche musculo-aponévrotique et le péritoine d'un côté, puis profondément à travers le parenchyme splénique, et enfin à travers la couche musculo-aponévrotique et le péritoine de la lèvre du côté opposé. Ces fils ne sont pas encore noués. Puis on ferme le péritoine au devant de la rate. On tire doucement les fils qui traversent l'organe de façon à amener celui-ci à toucher le péritoine par son bord latéral. On fait alors, entre les deux fils non encore noués, une troisième suture à travers le tissu splénique et on noue ce fil. Ceci fait, on noue les deux premiers fils. Fermeture de la plaie par des points profonds et cutanés.

J'ai moi-même (1), avec M. Ch. Alker, pratiqué sur le chien une fixation de la rate en me servant du mode de suture auquel H. Delagenière (du Mans) a eu recours dans un cas d'hépatoptose et qui n'est autre que celui que le professeur Guyon avait déjà employé pour la néphropexie. Le résultat a été excellent.

En résumé, si nous laissons de côté les faits expérimentaux de Zykow, de Pitzorno et le mien, nous voyons que les procédés de spléno-pexie appliqués sur le vivant se réduisent à trois catégories : 1° procédé des sutures de la rate à la paroi abdominale ; 2° procédé de Rydygier ; 3° procédé de Bardenheuer.

Il est difficile à l'heure actuelle de se prononcer sur la valeur de ces différents procédés ; on peut reprocher au procédé des sutures de présenter ici le même inconvénient que pour le foie, à cause de la friabilité de l'organe.

Le procédé de Rydygier exige une large ouverture du péritoine et il s'exécute dans la profondeur du ventre. Celui de Bardenheuer, au contraire, ne demande qu'une ouverture limitée du péritoine et constitue une opération presque entièrement extrapéritonéale. Mais ce procédé place l'organe dans une situation superficielle, loin de sa place normale et peut l'exposer aux traumatismes.

Les suites opératoires de la spléno-pexie ont toujours été bénignes.

Quant aux résultats au point de vue de la fixation de l'organe, ils peuvent être établis de la façon suivante : sur huit opérations pratiquées sur l'homme, le résultat immédiat paraît avoir été excellent chez les malades de Tuffier, Plüker et Giordano, mais ces malades n'ont pas été suivis. Nous n'avons pas de détails au sujet de l'opérée de Biondi.

Quatre malades ont été revues un certain temps après l'intervention. La première opérée de Kower a été revue quatre ans après et à cette époque la rate était solidement fixée en bon lieu. Sa deuxième opérée se leva deux mois après l'opération et on put constater alors un abaissement de l'organe. La rate reste fixée chez la malade de Rydygier, revue quatorze mois après la spléno-pexie. Il en est de même

(1) FR. VILLAR, Spléno-pexie expérimentale (Soc. anat. de Bordeaux, 1898).

Dr. A. Carrillo.

Calle del Noble 49.

MONTERREY, N. L. MEX.

pour l'opérée de Greiffenhagen, revue sept mois après l'opération.

Je dois dire que toutes ces malades avaient tiré profit, au point de vue thérapeutique, de la fixation de leur rate mobile.

Quelles sont les indications de la splénectomie et de la spléno-pexie dans le traitement de la rate mobile ?

Dans les cas où l'ectopie de la rate s'accompagne de complications (occlusion intestinale ou torsion du pédicule), il ne faut pas hésiter à intervenir et à pratiquer l'ablation de l'organe. L'opération hâtive et radicale voilà le vrai moyen pour combattre les accidents et en prévenir le retour.

Mais, si le déplacement ne détermine pas des accidents sérieux, ne vaut-il pas mieux avoir recours à la spléno-pexie ?

Vanverts s'est déclaré très nettement en faveur de la splénectomie même dans les cas ordinaires. On peut lui objecter que la spléno-pexie, quoique étant une opération plus délicate, permet la conservation de l'organe et offre moins de dangers que la splénectomie. Cependant il faut bien reconnaître que la spléno-pexie n'est pas applicable à tous les cas et, en somme, elle n'est réellement indiquée que lorsque la rate est saine, facilement mobilisable, lorsqu'elle n'a pas subi une augmentation de volume trop considérable et que son parenchyme est peu ramolli.

Les observations ultérieures nous apprendront si la spléno-pexie doit détrôner la splénectomie, comme la néphropexie s'est substituée à la néphrectomie. Quoi qu'il en soit, on peut dire d'ores et déjà que la splénectomie n'est plus la seule intervention applicable au déplacement de la rate.

III. — TUBERCULOSE DE LA RATE

(Tuberculose primitive.)

La tuberculose de la rate peut être primitive ou secondaire. Celle-ci intéresse peu le chirurgien ; mais il n'en est pas de même de la forme primitive, localisée à la rate, justiciable, comme toute tuberculose locale, d'une intervention qui a déjà donné quelques succès.

MM. Quénu et Baudet (1) viennent de publier un très intéressant travail sur cette forme de tuberculose primitive de la rate qui, disent-ils, n'a pas sa place dans les traités. Nous sommes heureux de pouvoir, un des premiers, donner ici un résumé du mémoire de MM. Quénu et Baudet.

Fréquence. — La tuberculose secondaire de la rate est très fréquente. Papavoine, sur 50 enfants morts de tuberculose, a trouvé 20 fois

(1) QUÉNU ET BAUDET, La tuberculose primitive de la rate (Revue de gyn. et de chirurgie abdominale, mars-avril 1898, p. 316).