

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).

des tubercules dans la rate. Quénu et Baudet reproduisent le tableau suivant emprunté à Manicatide (1).

Sur 12 autopsies d'enfants tuberculeux, on trouve de la tuberculose de :

Ganglions bronchiques.....	9
Rate.....	8
Poumons.....	8
Ganglions mésentériques.....	4
Foie.....	4
Méninges.....	4
Plèvres.....	2
Reins.....	2
Cerveau (couche optique).....	1
Endocard.....	1

D'ailleurs, Cruveilhier n'a-t-il pas dit que « dans le rapport de la fréquence, la rate est à l'abdomen ce que les poumons sont à la poitrine ».

Mais on niait l'existence de la tuberculose primitive. Or, cette forme existe, et nous trouvons, dans le travail qui nous sert de guide pour cet exposé, 5 observations dues à Coby (2), Scharoldt (3), Lawrence Burke (4), Marriott (5), Quénu et Baudet (6). Ces derniers auteurs signalent encore une opération pour rate ectopique tuberculeuse pratiquée par Bland Sutton en octobre 1897 (le cas n'aurait pas été publié). Je dois ajouter que, sur 12 observations d'enfants tuberculeux, Manicatide a trouvé 10 cas où il y avait de la tuberculose splénique et, sur ces 10 cas, 2 fois la tuberculose pulmonaire manquait. Il est donc indiscutable que la tuberculose splénique ne s'accompagne pas forcément de tuberculose pulmonaire.

Anatomie pathologique. — Quénu et Baudet divisent en trois chapitres l'étude des lésions de la tuberculose splénique :

- 1° Formes anatomiques de la tuberculose splénique;
- 2° Modifications apportées à la rate par la tuberculose splénique;
- 3° Lésions de voisinage.

Lancereaux, Cornil et Ranvier décrivent deux formes anatomiques de tuberculose splénique : la granulation miliaire et les tubercules. Les granulations se développent à la périphérie de l'organe, ou à la face interne de la séreuse, soit autour des petits vaisseaux, soit dans les corpuscules de Malpighi. Elles sont difficiles à voir dans la profondeur.

(1) MANICATIDE, Étude sur la rate chez les enfants tuberculeux (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, février 1896, p. 100).

(2) COBY, Tuber. in the spleen (*Transact. path. Soc.*, London, t. I, 1846, p. 276).

(3) SCHAROLDT, Un cas de tuberculose miliaire essentielle aiguë de la rate (*Aerztl. Intelligenz Blatt*, München, Bd XXX, 1883, p. 252-253).

(4) LAWRENCE-BURKE, Splenectomy in a case of Tuberculose of the Spleen (*Dubl. Journ. of med. science*, vol. LXXXVII, 1889, p. 540-541).

(5) MARRIOTT, Tuberculose aiguë de la rate (*The Lancet*, 1895, p. 1293).

(6) QUÉNU et BAUDET, *loc. cit.*

Les tubercules s'observent plus rarement; en nombre variable (le parenchyme peut en être farci), du volume d'une lentille, d'un petit pois, d'une noix même, ils sont blanchâtres ou jaunâtres et se forment autour des vaisseaux qu'ils englobent; à la coupe, dit Virchow, on voit au centre un point rouge et sanglant.

La présence des lésions tuberculeuses dans la rate amène des modifications dans le tissu de l'organe. Celui-ci est augmenté de volume; cette splénomégalie apparaît dès le début et la glande acquiert rapidement un volume triple et quadruple. Celle que Marriott extirpa mesurait : 20 centimètres, 12 centimètres et demi, 7 centimètres et demi. — Celle de Burke pesait 5 livres. L'hypertrophie splénique peut dépendre de l'amas de matière tuberculeuse; mais elle serait due plutôt à la congestion de l'organe, moyen de défense que l'on observe dans la plupart des maladies infectieuses. Plus tard, à la période de régression, on peut trouver de la sclérose secondaire. D'une façon générale, la rate conserve sa forme normale.

La tuberculose de la rate s'accompagne aussi de lésions de voisinage. Qu'elle soit primitive ou secondaire, elle peut réagir de différentes façons sur le péritoine.

Celui-ci peut :

1° Être sain;

2° Présenter, dans sa portion splénique, des granulations qui, nées dans le parenchyme, repoussent la séreuse, ou bien des granulations siégeant sur le péritoine lui-même;

3° Être atteint de péritonite sèche, d'où formation d'adhérences plus ou moins solides, plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues;

4° Être atteint de péritonite avec épanchement, ascite citrine, variant d'un demi-litre à 3 litres et libre dans la grande cavité péritonéale.

Les ganglions du hile sont quelquefois volumineux et tuberculeux; les ganglions mésentériques et gastro-hépatiques peuvent aussi être pris.

Ce que nous venons de dire se rapporte aux lésions de la tuberculose primitive ou secondaire de la rate, avec les deux formes anatomiques déjà signalées, les granulations et les tubercules.

Mais, MM. Quénu et Baudet, dans leur travail, signalent une autre forme qu'ils ont eu l'occasion d'observer et qu'ils n'ont trouvée signalée nulle part. Il s'agissait, dans leur cas, d'une transformation partielle de la rate en une poche pseudo-kystique, remplie de masses fibrineuses. L'examen histologique de ces masses montra qu'elles étaient uniquement formées par de la fibrine sans la moindre trace de tissu organisé. Il s'agissait donc d'une ancienne apoplexie splénique ayant déjà subi un commencement d'enkystement. Or, l'examen bactériologique des masses fibrineuses y décéla la présence du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye des produits kystiques déter-

mina l'écllosion d'une tuberculose généralisée. En outre, la malade avait eu des adénopathies cervicales à marche froide et terminées par la suppuration. De plus, quelques jours après la laparotomie, s'était déclarée une adénite sus-claviculaire; le ganglion fut extirpé, l'inoculation au cobaye donna de la tuberculose et les coupes histologiques des ganglions révélèrent la présence de follicules tuberculeux. Donc, l'apoplexie splénique observée par MM. Quénu et Baudet était bien d'origine tuberculeuse. La tuberculose de la rate, sans parler des congestions actives, peut s'accompagner de foyers hémorragiques plus ou moins étendus, conséquence de ruptures de vaisseaux atteints de périartérite et d'endartérite tuberculeuses (1). Dans les cas extrêmes, il se forme une lésion très nette, apoplexie en foyers, qui constitue la variété nouvelle de splénomégalie tuberculeuse.

Symptômes. — La *splénomégalie* est la règle; elle est facile à reconnaître. La tumeur splénique est mobile, mais il ne faudrait pas conclure de cette mobilité clinique à l'absence réelle d'adhérences. En effet, dans le cas de Quénu et Baudet, « l'organe se mouvait verticalement et suivait le mouvement du diaphragme; il se laissait également déplacer dans le sens transversal. Malgré cela, il fut absolument impossible au moment de l'opération de l'attirer hors du ventre, et même de le contourner avec la main ».

La tumeur peut être masquée par du météorisme, de l'ascite, par une hypertrophie concomitante du foie.

La percussion fera reconnaître une matité plus étendue de la région splénique.

Enfin, la phonendoscopie pourra rendre des services. Chez le malade de Quénu et Baudet, la délimitation de la rate fut faite avec plein succès par M. Bianchi, l'inventeur du phonendoscope. En effet, à la percussion, la matité splénique se continuait avec celle du lobe gauche du foie; la phonendoscopie établit très nettement les limites respectives des deux organes.

Les *douleurs* précèdent rarement la tuméfaction. Elles peuvent être représentées par une sorte de poids, de gêne, affecter la forme paroxystique, ou se montrer aiguës, lancinantes, intolérables.

Elles siègent dans l'hypocondre gauche, sur les basses côtes, où la pression les réveille. On les trouve aussi sur la paroi abdominale antérieure. Les irradiations se font dans l'épaule gauche (une seule fois) et jusque dans le cou et dans le membre inférieur du même côté. Pendant la marche, le malade est obligé de se plier en deux.

Les *troubles digestifs* n'existaient pas chez les malades de Marriott et de Burke. Ils étaient très marqués chez la malade de Quénu et Baudet: langue sale, bouche mauvaise, sensations nauséuses fréquentes, constipation tenace.

(1) SÉNÉ, Observation in QUÉNU et BAUDET.

Les *sympômes généraux* peuvent se résumer ainsi: état d'anémie très prononcé. La peau et les muqueuses sont décolorées; il existe des souffles vasculaires au cou; la faiblesse et l'amaigrissement sont très marqués. Quénu et Baudet n'ont trouvé, malgré l'état de faiblesse et de pâleur inquiétante de leur malade, ni diminution des globules rouges, ni augmentation du nombre des globules blancs.

L'*ascite* n'a été signalée qu'une fois (cas de Marriott) dans la tuberculose localisée à la rate.

Les *hémorragies* n'ont aussi été indiquées que dans une seule observation (cas de Quénu et Baudet) de tuberculose primitive. Elles consistaient en épistaxis assez abondantes et répétées.

Les hémorragies sont, par contre, fréquentes dans la tuberculose secondaire et affectent deux formes, l'épistaxis et le purpura.

La *marche* de la tuberculose primitive de la rate est lente et chronique. Cette forme ne s'accompagne ni de fièvre intense, ni des accidents viscéraux qu'on observe dans la tuberculose secondaire. Il est à noter que, à un moment donné, la splénomégalie augmente brusquement et rapidement de volume et c'est alors que les douleurs acquièrent leur plus grande intensité. Enfin, on observe quelquefois une intermittence des accidents comparable à celle de la fièvre dans le paludisme.

« En résumé, l'on ne saurait encore tracer le tableau complet et définitif de la tuberculose primitive et locale de la rate. Mais ce qui reste acquis, c'est que cette forme de tuberculose splénique ne saurait se confondre avec celle de la tuberculose secondaire. Elle ne présente pas la marche rapide de la tuberculose aiguë à localisation splénique unique et prépondérante, qui s'accompagne de fièvre intense, de troubles cérébraux graves et qui tue au bout de quinze jours en moyenne.

« Elle n'a pas non plus le cortège des différents troubles viscéraux de la tuberculose splénique secondaire et chronique. » (Quénu et Baudet.)

Diagnostic — Comme pour toute affection abdominale, il faut tout d'abord établir le diagnostic du siège. Ceci fait (et Quénu et Baudet font remarquer qu'il a été posé dans trois cas de tuberculose primitive), on est forcé de reconnaître qu'il n'existe pas de signe clinique qui permette d'affirmer la nature et l'origine tuberculeuse de la splénomégalie. Cependant, on devra au moins y songer, si l'on trouve des antécédents héréditaires ou personnels. En outre, s'il existe une adénopathie, il faudra enlever le ganglion suspect et le soumettre à l'examen histologique et bactériologique. En agissant ainsi, Quénu et Baudet ont pu affirmer le diagnostic de tuberculose splénique.

Traitement. — Dans les trois cas où la tuberculose splénique a été traitée chirurgicalement, le diagnostic de tuberculose n'avait pas été posé et les indications qui ont poussé à intervenir ont été: l'accrois-

sément rapide de la tumeur, des douleurs locales très vives, l'aggravation de l'état général.

Les chirurgiens ont eu recours à deux méthodes opératoires : la splénectomie, la marsupialisation.

Splénectomie. — Elle fut pratiquée par Burke en 1889 et par Marriott en 1895.

Ces deux opérateurs firent une incision médiane et enlevèrent très facilement des rates mobilisables. Pas de drainage.

Voici quelles furent les suites opératoires : le malade de Marriott guérit, mais on ne sait pas ce qu'il est devenu. Le malade de Burke succomba, dès le lendemain de l'opération, à une infection péritonéale.

L'autopsie ne fut pas faite.

Marsupialisation. — Cette méthode opératoire a été mise à exécution par M. Quénu. Après avoir ouvert le ventre par une incision verticale, suivant le grand axe de la tumeur, et une incision transversale de dégagement, ce chirurgien reconnut que la partie inférieure de la tumeur était mobile et libre d'adhérences, mais que le reste de la rate, par contre, était adhérent dans tous ses points et qu'il était impossible d'en dégager l'organe. Quénu imagina alors de marsupialiser la tumeur. A cet effet, il fixa par des points de suture le péritoine qui la recouvrait au péritoine pariétal, près de la plaie. Il ouvrit le foyer, évacua en partie son contenu par grattage, assujettit les bords de l'incision splénique aux lèvres de la plaie abdominale et plaça deux gros drains dans la poche artificielle qu'il avait ainsi créée. Suites opératoires heureuses. La rate s'élimina totalement ou à peu près totalement et la malade paraissait être complètement guérie un an environ après l'opération. A la palpation, on ne trouvait pas le moindre vestige de tuméfaction splénique.

Ce procédé de marsupialisation, ajoutent Quénu et Baudet, est comparable à l'opération que j'ai eu l'occasion de pratiquer de parti pris en 1894 (1) (*exosplénopexie*) pour une lymphadénie splénique et que Houzel (2) (de Boulogne) a pratiquée à son tour pour une énorme hypertrophie de la rate.

Quénu et Baudet terminent leur travail par des conclusions de thérapeutique chirurgicale que je reproduis ici textuellement :

« Avec si peu de documents, il est impossible d'édifier des règles générales de conduite chirurgicale.

« Lorsque la surface extérieure de la rate est parsemée de granulations et de nodules tuberculeux, comme cela était dans les cas de Burke et Marriott, la splénectomie nous paraît rester la méthode

(1) FR. VILLAR, Énorme hypertrophie de la rate ; exosplénopexie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 octobre 1897).

(2) HOUZEL, Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire ; exosplénopexie (*Acad. de méd.*, 1^{er} juin 1897).

de choix, à la condition qu'elle ne nécessite pas trop de délabrements.

« S'il s'agit d'une tuberculose qui paraît partielle, ou si, avec une tuberculose locale, on se trouve en présence de difficultés opératoires trop grandes, il sera bon de savoir, avant tout essai de décortication, qu'on possède dans l'exosplénopexie une méthode chirurgicale qui, en somme, a fait deux fois ses preuves. La rate, amenée partiellement en dehors du ventre, il convient de l'y fixer, puis d'ajouter à cette fixation, soit d'emblée, soit secondairement, l'incision du foyer malade et son évacuation. »

IV. — ABCÈS DE LA RATE

Les abcès de la rate étaient connus des anciens. Arétée, Aélius, Avicenne, ont cité des observations d'abcès spléniques. Plus tard, avec l'école de Broussais, toute altération de la rate était étiquetée splénite ; mais comme la formation du pus dans la rate était en somme chose rare, on finit par mettre en doute l'existence de l'inflammation dans cet organe.

Gendrin, cependant, démontra expérimentalement que le tissu de la rate pouvait s'enflammer comme tous les autres. Depuis cette époque, les abcès spléniques ont été bien étudiés, et il me suffira de signaler les travaux de Blanc (1), de Grand-Moursel (2), de Reysset (3), sans parler de l'article de M. Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sur la pathologie de la rate.

Étiologie et anatomie pathologique. — Il faut laisser de côté les suppurations consécutives à l'infection purulente, à l'endocardite infectieuse, car, dans ces cas, l'abcès splénique n'offre qu'un intérêt secondaire, l'affection générale qui lui a donné naissance dominant toute la scène.

Les abcès de la rate peuvent reconnaître pour cause le traumatisme ; un foyer de contusion ou de rupture s'enflamme et suppure : Grand-Moursel signale une observation de Legendre où l'abcès splénique était consécutif à une fracture de côte et une autre de Jacquinelles dans laquelle on voit l'abcès survenir à la suite d'une chute sur les pieds. On a accusé aussi le refroidissement, la fatigue et les travaux pénibles. Mais, le plus souvent, l'affection se développe sous l'influence d'une maladie infectieuse ou miasmatique, telle que la fièvre typhoïde, le scorbut, la variole, l'impaludisme. L'abcès splénique peut aussi être déterminé par une suppuration de voisinage.

Enfin, l'abcès peut n'être autre chose qu'un kyste séreux ou séro-

(1) G.-P.-J. BLANC, Des abcès de la rate d'origine paludéenne, thèse de Paris, 1879.

(2) GRAND-MOURSEL, Contribution à l'étude des abcès de la rate, thèse de Paris, 1885.

(3) REYSSET, Des abcès de la rate d'origine infectieuse. Sur un cas de splénite dans la variole, thèse de Bordeaux, 1894.