

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.

sanguin, ou un kyste hydatique suppuré. Je ne parle pas des abcès d'origine tuberculeuse.

La rate, siège d'abcès, est augmentée de volume. Le foyer purulent est plus ou moins étendu, localisé à une partie de l'organe ou occupant la totalité de la glande. Son contenu est sanieux et renferme des grumeaux de pulpe splénique. Dans une observation de Ch. Monod (1), le pus examiné par Macaigne a été trouvé stérile. Mais il est bon de dire que l'histoire ultérieure de la malade a permis de penser qu'il s'était agi probablement d'un abcès d'origine tuberculeuse.

La suppuration splénique est le point de départ d'une péri-splénite secondaire qui fait adhérer la glande aux organes voisins. Ces adhérences expliquent comment la collection purulente peut se faire jour dans le côlon descendant, dans la plèvre, le poumon, l'estomac, le vagin, la veine splénique, le péritoine et à travers la paroi thoracique. D'après le relevé de Grand-Moursel, voici quel serait le degré de fréquence de cette évacuation dans les différents organes :

Dans le poumon.....	4 fois.
— la plèvre.....	2 —
— l'estomac.....	3 —
— le côlon descendant.....	3 —
— le tissu prérectal.....	1 —
— le vagin.....	1 —
— la cavité péritonéale.....	3 —
— la paroi thoracique.....	1 —
— la veine splénique.....	3 —

Les abcès de la rate peuvent amener, par propagation, la formation de collections purulentes péri-spléniques. Celles-ci, d'ailleurs, peuvent survenir sans lésion de la rate, à la suite d'un traumatisme ou d'une affection générale.

Symptômes. — La symptomatologie des abcès de la rate est souvent obscure. Les trois principaux signes de l'affection sont : 1° la douleur ; 2° la tuméfaction de la région splénique ; 3° l'apparition de phénomènes fébriles. A ces signes primordiaux viennent se joindre d'autres symptômes accessoires.

La douleur est souvent spontanée ; mais quelquefois elle ne se révèle que par la pression ; continue ou intermittente, elle peut être très vive ou au contraire n'être représentée que par une sensation de gêne ou de tension. Elle a son centre au niveau de l'hypocondre gauche et présente le plus souvent des irradiations dans le côté gauche du tronc ou de la poitrine et vers l'épaule gauche, déterminant, comme chez la malade de Reysset, une scapulargie très violente.

La tuméfaction de la région splénique est plus ou moins étendue

(1) Monod, *Soc. de chir.*, 1892.

suyant la période à laquelle on examine le malade. On constate d'abord un empatement mal limité ; peu à peu la voussure augmente, la peau devient chaude et l'on peut quelquefois percevoir la fluctuation.

Des phénomènes fébriles accompagnent toujours le point de côté splénique et la tuméfaction de l'hypocondre gauche ; ils peuvent présenter une forme intermittente dans les cas d'infection malarique. En général, la fièvre est continue, pouvant arriver rapidement jusqu'à 40°.

Les symptômes accessoires consistent en vomissements, diarrhée ou constipation, ballonnement du ventre, dyspnée, sueurs profuses, amaigrissement et facies terreux.

Mallet a noté dans deux cas une exagération extraordinaire de l'appétit, une véritable boulimie, et il fait remarquer que le même fait a été observé chez les animaux après l'ablation de la rate.

La *marche* des abcès de la rate est celle de tous les abcès en général. Le pus cherche une issue ; si la rate est libre d'adhérences, il se répand dans la cavité péritonéale. Si, au contraire, les adhérences ont préparé une barrière, le pus peut se faire jour de différents côtés, dans le tube digestif, dans le poumon, à travers la paroi abdominale, etc., ainsi que nous l'avons indiqué à propos de l'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est toujours grave, non seulement à cause de l'existence d'une suppuration interne, mais encore parce que la formation d'un abcès dans la rate est la manifestation d'un mauvais état général. La mortalité, dit Reysset, serait de 80 p. 100 des malades atteints.

Le *diagnostic* est souvent fort difficile : sur 57 observations rapportées par Grand-Moursel, 14 fois seulement le diagnostic fut porté au lit du malade.

La splénomégalie d'origine palustre et les tumeurs de la rate se différencieront facilement par leur marche lente et apyrétique.

Dans le phlegmon périnéphrétique le siège de la tuméfaction à la région lombaire, les irradiations douloureuses vers les testicules ou les grandes lèvres, les antécédents du malade permettront d'éviter l'erreur.

S'il s'agit d'un abcès du rein, les urines sont purulentes.

Le phlegmon de la paroi abdominale se reconnaîtra à son siège, à sa marche.

La pleurésie à contenu purulent pourra être confondue tout d'abord avec un abcès de la rate. D'ailleurs, les deux lésions peuvent coïncider. Mais dans le cas d'abcès de la rate la tuméfaction s'étend plus ou moins bas dans la cavité abdominale.

Le chirurgien devra être prévenu des difficultés du diagnostic et devra songer à l'apparition possible de l'abcès de la rate, comme

complication, dans les maladies infectieuses, surtout chez les individus atteints de splénomégalie, chez lesquels la collection purulente paraît se développer sous l'influence d'une cause en apparence négligeable. L'augmentation du volume de la rate, l'apparition de phénomènes douloureux et fébriles constituent, je tiens à le répéter, l'ensemble symptomatique de l'affection.

La ponction seule permettra de différencier l'abcès splénique de l'abcès péri-splénique, d'après les caractères du pus retiré.

Traitement. — Qu'il s'agisse d'un abcès splénique ou péri-splénique, il faut évacuer le pus.

1° **Abcès péri-spléniques :** Dans ces cas, une incision appropriée est suffisante; mais, après avoir évacué le pus, il sera bon d'explorer l'intérieur de la poche pour se rendre compte de l'état de la rate, que l'on devra respecter, à moins qu'elle ne soit libre dans la cavité de l'abcès et qu'elle ne soit altérée. L'extirpation ne devra, d'ailleurs, être tentée que si elle n'expose pas à la déchirure des adhérences protectrices.

2° **Abcès spléniques :** La ponction simple ou suivie d'injections modificatrices n'est pas plus de mise ici que dans les abcès des autres régions ou organes. Le chirurgien n'a à choisir qu'entre deux modes de traitement : l'incision simple ou la splénectomie.

L'incision ou splénotomie a été pratiquée un certain nombre de fois et a donné d'excellents résultats. La technique en est fort simple et se passe de description lorsque la rate est protégée de toutes parts par les adhérences. Lorsque la rate est libre, il faut protéger le péritoine en plaçant autour de l'abcès des compresses stérilisées, puis vider la poche en la ponctionnant avant de l'inciser. Ceci fait, on en suturera les bords aux lèvres de la plaie : on fera, en un mot, une marsupialisation.

La splénectomie pour suppuration de la rate, d'après le relevé de Vanverts, a été pratiquée 4 fois, avec 3 succès et 1 mort. L'opération, dans ces cas, ne présente rien de particulier; d'après ce même auteur, la splénectomie constituerait le traitement de choix de l'abcès splénique, puisqu'elle supprime complètement l'organe malade et qu'elle évite une suppuration prolongée. Cependant, elle expose à l'infection du péritoine et elle n'est pas toujours praticable, à cause des adhérences qui fixent l'organe, rendant l'opération pénible, exposant le chirurgien à déchirer la poche purulente.

En somme, dans la plupart des cas, on devra recourir à l'incision.

V. — KYSTES DE LA RATE

Certaines observations de kystes de la rate semblent se rapporter à des *kystes dermoïdes*; mais elles manquent de détails précis.

Cependant, le fait rapporté par Andral dans son *Précis d'anatomie*

pathologique est tout à fait probant : Andral déclare avoir vu un kyste de la rate à parois fibro-séreuses, dont l'intérieur contenait une matière grasse, comme suiffeuse, au milieu de laquelle étaient disséminés quelques poils.

A côté de ces kystes dermoïdes, il y a lieu de décrire des *kystes séreux* ou *séro-sanguins* et surtout des *kystes hydatiques*.

I. — KYSTES SÉREUX OU SÉRO-SANGUINS.

Historique. — Cette variété de kystes de la rate est fort rare et, jusqu'à la récente thèse de mon élève Poterel-Maisonneuve (1), n'avait jamais fait l'objet d'une étude spéciale.

Andral (2), le premier, en 1829, rapporte qu'il a observé des kystes multiples disséminés dans l'intérieur de la rate et les compare aux œufs de Naboth. La première observation complète appartient à Livois (3); à l'autopsie on trouva un kyste séro-sanguin du volume d'un gros œuf d'autruche. Cruveilhier se contente de signaler l'existence de kystes séreux dans la rate.

Leudet, en 1853, présente à la Société anatomique de Paris un kyste séreux multiloculaire et ajoute qu'il en connaît 4 ou 5 cas. Puis vient le cas de Roussel, cité par Péan; il s'agissait d'un kyste séro-sanguin chez une fillette de sept ans.

En 1867, Péan pratiqua la splénectomie pour un kyste séro-sanguin qu'il avait pris pour un kyste de l'ovaire.

Les thèses de Magdelain (4) et de Peltier réunissent les cas de kystes séreux connus jusqu'alors. La note de Marcano et Féréol, en 1874, a trait à un kyste séro-sanguin traité avec succès par les caustiques.

A signaler l'article de Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et celui de Péan dans son ouvrage sur les tumeurs de l'abdomen.

Plus tard (1881), Crédé (5) pratique la splénectomie pour un kyste séreux pur du volume d'une tête de fœtus, et, en 1884, Knowsby-Thornton (6) a recours à la même opération pour un kyste multiloculaire. L'année suivante, Mattei publie une observation de kystes multiples. Puis viennent la thèse de Foubert, les cas de Spencer Wells, de Bardenheuer et ceux cités par Verneuil au Congrès de Marseille en 1891.

En 1892, le professeur Terrier rapporte à la Société de chirurgie de

(1) POTEREL-MAISONNEUVE, Des kystes séreux de la rate (kystes séreux purs et séro-sanguins), thèse de Bordeaux, 1898.

(2) ANDRAL, Précis d'anatomie pathologique, t. II, 1829.

(3) LIVOIS, Soc. anat. Paris, 1838, p. 289.

(4) MAGDELAIN, Des kystes séreux et acéphalocystes de la rate, thèse de Paris, 1868.

(5) CRÉDÉ, Arch. für klin. Chir. von Langenbeck. Berlin, Bd XXVIII, 1882, p. 2.

(6) KNOWSBY-THORNTON, Med. chir. Transactions, vol. LXIX, 1886, p. 407.