

TUMEURS DE LA RATE

(Splénomégalias chroniques.)

Nombreuses et variées sont les causes qui peuvent amener une augmentation notable du volume de la rate. Sans parler des abcès et des productions kystiques, je rappellerai la *splénomégalie* que l'on observe dans certaines maladies infectieuses ; cette splénomégalie est passagère.

L'*hypertrophie splénique* constitue aussi une complication ou une des manifestations des maladies du cœur et de la cirrhose du foie.

A côté de ces variétés de splénomégalie prennent place la catégorie des *hypertrophies simples et d'origine malarienne*, puis enfin les vraies tumeurs, les *néoplasmes*.

En définitive, je ne devrais parler ici que de ce tout dernier groupe. Malheureusement, les affections chroniques de la rate sont décrites sous la dénomination globale et impropre de tumeurs, et il est impossible, à l'heure actuelle, de différencier cliniquement, souvent même histologiquement, les véritables néoplasmes des hypertrophies ou splénites chroniques ; il y a splénomégalie, voilà tout ce que peut affirmer le diagnostic dans beaucoup de cas. Aussi, est-on forcé de réunir dans le même chapitre un certain nombre de splénomégalias qui représentent en somme des lésions bien différentes.

D'ailleurs, ce qui intéresse particulièrement le chirurgien dans l'histoire des hypertrophies spléniques, c'est l'étude des indications, des contre-indications et des résultats de l'acte opératoire. Or, ainsi que le fait remarquer Vanverts, deux signes ont surtout de l'importance à ce point de vue, ce sont : 1° l'existence de la leucémie vraie ; 2° l'existence ou l'absence de mobilité de la tumeur ou d'une ectopie splénique.

Je passerai donc tout d'abord en revue les tumeurs proprement dites de la rate ; puis, à propos du traitement des hypertrophies chroniques en général, je suivrai la division établie par Vanverts.

Les néoplasmes de la rate comprennent : 1° le LYMPHADÉNOME ; 2° le LIPOME ; 3° le FIBROME ; 4° le MYXOME ; 5° le SARCOME ; 6° le CANCER.

Le LYMPHADÉNOME de la rate n'est qu'une des localisations de la lymphadénie ; le plus souvent il coïncide avec des lésions semblables des ganglions lymphatiques, du foie, etc. Je n'ai pas à insister ici ni sur les caractères anatomo-pathologiques de cette affection, ni sur sa nature, ni sur l'altération qu'elle entraîne du côté des éléments figurés du sang ; tous ces détails ont été fort bien exposés par Pierre Delbet dans le tome I de ce *Traité*. Je me contenterai de rappeler que le poids de l'organe atteint de lymphadénome peut être considérable, 3, 6 et jusqu'à 7 kilogrammes ; j'ajouterai que Lancereaux a décrit deux formes de cette affection, sous les noms de lymphomes anémiques

et de lymphomes leucémiques, en se basant sur l'existence ou l'absence de la leucémie.

On connaît quelques rares cas de LIPOMES, de FIBROMES (dont quelques-uns calcifiés), de SARCOMES ; on a aussi signalé le MYXOME.

L'histoire du CANCER DE LA RATE est bien pauvre en faits démonstratifs. Si Besnier (1) en a rassemblé 19 cas, il faut remarquer tout d'abord que 14 de ces cas se rapportent à des lésions d'autres organes propagées secondairement à la rate. Quant aux 5 autres, leur nature épithéliale est mise en doute par Gaucher (2). Cependant, cet auteur a démontré, dans sa thèse inaugurale, l'existence réelle de l'épithélioma primitif de la rate, en se basant sur l'examen d'une observation très nette et fort intéressante ; la rate, remplie de cellules épithéliales, pesait plus de 4 kilos. Aussi, désigne-t-on le cancer de la rate sous le nom de *maladie de Gaucher*. Plus récemment, Picou et Ramond (3), discutant l'examen d'une rate extirpée par Bouilly, ont cru pouvoir ranger ce cas dans l'épithélioma primitif de cet organe. Je dois ajouter que, d'après Cornil (4), il s'agissait, non d'un épithélioma, mais d'une hypertrophie splénique primitive.

Symptomatologie. — Je ne puis que résumer en quelques mots les symptômes des néoplasmes de la rate : sensation de pesanteur ou douleurs continues dans l'hypocondre gauche, irradiées vers l'épaule et la région lombaire ; augmentation de volume de l'organe, qui peut être plus ou moins considérable, quelquefois énorme.

A ces deux signes primordiaux (douleurs et existence d'une tumeur) viennent s'ajouter les phénomènes de compression et de tiraillement des organes voisins : gêne des fonctions digestives, dyspnée, palpitations, œdème des membres inférieurs, etc. Puis surviennent les troubles qui appartiennent en propre aux affections spléniques et à la leucémie quand elle existe, tels que hémorragies multiples, ictère, hypertrophie du foie, anémie, amaigrissement et affaiblissement qui conduisent rapidement les malades à la cachexie.

La leucémie ne s'observe pas dans tous les cas de lymphadénome ; elle n'a pas été signalée dans les autres variétés des néoplasmes. Gaucher dit très nettement qu'elle n'existait pas dans le cas d'épithélioma qu'il a eu l'occasion d'examiner.

Les signes des splénomégalias paludiques sont à peu près les mêmes que ceux des néoplasmes de la rate : gêne, douleurs, existence d'une tumeur, troubles de compression, troubles généraux, cachexie. Je rappelle une fois encore les conseils de Collin et Catrin au sujet de la palpation et de la percussion des grosses rates paludiques.

(1) BESNIER, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. RATE, 1879.(2) E. GAUCHER, *Épithélioma primitif de la rate*, thèse de Paris, 1882.(3) PICOU et RAMOND, *Splénomégalie primitive et épithélioma primitif de la rate* (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, t. VIII, 1896, p. 168).(4) CORNIL, *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1895, p. 531.

Il est inutile, ce me semble, d'insister sur le pronostic de ces différentes lésions.

Diagnostic des splénomégaties chroniques. — Il est en général facile de diagnostiquer l'existence d'une hypertrophie chronique de la rate. Mais, ce qui est autrement délicat, c'est d'appliquer un qualificatif à cette hypertrophie. S'agit-il d'une hypertrophie simple ou paludéenne? a-t-on affaire à un lymphadénome, à une rate leucémique, à un sarcome, à un cancer? l'augmentation de volume de l'organe n'est-elle pas due à la présence d'une production kystique?

En un mot, il faudrait, pour établir un diagnostic précis, différencier les tumeurs des hypertrophies chroniques, puis séparer entre elles les différentes variétés de néoplasmes et d'hypertrophies. La chose, je l'ai dit plus haut, est le plus souvent impossible dans l'état actuel de nos connaissances.

Mais, je rappelle ce que je disais à propos du diagnostic des kystes hydatiques de la rate : la configuration, le volume et la direction d'une rate hypertrophiée peuvent suffire pour établir un diagnostic différentiel. En effet, dans les splénomégaties malarienne et leucémique, la rate conserve sa configuration normale ; en outre, le volume de l'organe peut être tel qu'il dépasse la ligne médiane et descende dans la fosse iliaque, en prenant une direction oblique qui tend à devenir transversale. Ces caractères ne s'observent pas lorsque l'hypertrophie splénique est due à la présence d'un kyste hydatique (Voy. les diagrammes tirés de Habersohn, p. 119).

Quoi qu'il en soit, en présence d'une splénomégalie chronique, il faudra toujours pratiquer l'examen du sang. Vanverts fait remarquer que l'on ne possède pas un signe pathognomonique de l'existence de la leucémie vraie et que les auteurs ne s'entendent pas sur ce point. Pour Virchow, la leucémie vraie n'existe que quand le rapport des globules blancs aux globules rouges est inférieur à 1/15. Hayem dénie toute valeur à ce rapport et considère le chiffre absolu des globules blancs comme ayant seul de l'importance. Le chiffre minimum de globules blancs permettant d'affirmer la leucémie serait de 70 000. Gilbert, de son côté, estime que même avec un nombre de globules blancs inférieur à 70 000 on peut affirmer l'existence de la leucémie, quand le sang renferme des leucocytes éosinophiles ou basophiles. Mais, ajoute Vanverts, ce qu'il importe surtout au chirurgien, c'est de savoir que, quand une splénomégalie coexiste avec une augmentation notable des globules blancs et souvent une diminution des globules rouges, l'individu présente un terrain peu favorable à l'acte opératoire, en raison surtout de son hémophilie. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la leucémie au point de vue chirurgical ou plutôt au point de vue opératoire.

Traitement chirurgical des tumeurs et hypertrophies chroniques de la rate. — Ce traitement, applicable seulement dans certains cas,

ainsi que je le dirai tout à l'heure, comprend plusieurs méthodes qui sont : 1° la SPLÉNECTOMIE ; 2° la LIGATURE DES VAISSEaux SPLÉNIQUES ; 3° l'EXOSPLÉNOPEXIE ; 4° la LAPAROTOMIE EXPLORATRICE.

I. SPLÉNECTOMIE. — Étant donnée la confusion qui règne dans l'histoire des tumeurs et des hypertrophies chroniques de la rate, il est difficile d'établir une division bien nette au point de vue de l'étude de la splénectomie appliquée au traitement de ces affections. Le facteur dominant, dans le cas particulier, c'est la question de la leucémie. J'accepte donc volontiers la division de Vanverts, que voici : 1° *Splénectomie dans la splénomégalie leucémique* ; 2° *Splénectomie dans la splénomégalie non leucémique*.

1° *De la splénectomie dans la splénomégalie leucémique.* — Les deux premières observations de splénectomie pour lymphadénie splénique sont celles de Th. Bryant (1866 et 1867). Puis vinrent celles de Kœberle, Watson, etc. Franzolini, en 1881, obtient le premier succès, qui ne devait se renouveler qu'une dizaine d'années plus tard entre les mains de Burckhardt. Aussi l'intervention était-elle proscrite d'un accord unanime par tous les chirurgiens. Gilson, en 1885, ne trouve qu'une guérison (Franzolini) sur 19 cas de splénectomie. Thornton en réunit 13 cas avec 13 morts ; Wright, 22 cas avec 22 succès ; Spanton 25 cas avec une seule guérison.

Le relevé de Vanverts porte sur 29 cas avec 26 morts et 3 guérisons, soit une mortalité effrayante de 89,7 p. 100. Le second cas de Burckhardt, dans lequel la mort ne survint que quatre mois après l'opération, n'est pas compté dans les guérisons, car il n'y eut aucune amélioration.

Les trois cas de guérison appartiennent à Franzolini, Burckhardt, Hartmann. Dans les observations de ces deux derniers auteurs, il s'agissait bien de leucémies vraies, mais peu accentuées. Quant au cas de Franzolini, il a été très discuté et certains même n'y ont vu qu'une hypertrophie simple.

Les résultats de ces interventions furent les suivants : Franzolini, guérison complète et permanente ; Burckhardt, légère amélioration et mort huit mois après l'opération ; Hartmann, amélioration très nette ; trois ans après amaigrissement et apparition d'hémorragies gingivales. La leucocytose s'accrut de plus en plus chez la malade de Burckhardt et ne disparut jamais complètement chez celle d'Hartmann.

La mort, dans les 26 cas malheureux, a été due tantôt au shock tantôt, et le plus souvent, à une hémorragie ; la terminaison fatale est survenue soit pendant l'opération, soit quelques minutes ou quelques heures après ; quelquefois plus tardivement. Dans 17 cas il se produisit une hémorragie que l'on n'arrêta qu'à grand'peine, et dans quelques cas on ne put s'en rendre maître. Ces hémorragies ont eu pour origine soit la libération des adhérences, surtout du côté du dia-

phragme, soit la rupture des vaisseaux du pédicule, soit la déchirure de la rate, soit même les lèvres de l'incision abdominale.

En résumé, la splénectomie dans les cas de splénomégalie leucémique est une opération extrêmement meurtrière, et si l'on se rappelle que les malades qui lui ont survécu n'avaient qu'une leucocytose peu accentuée, on peut dire que la mortalité doit être de 100 p. 100 dans les cas de leucémie bien constituée. Nous sommes d'ailleurs désarmés contre le facteur hémorragie, qui provient à la fois de l'altération du sang et des vaisseaux. Donc il faut rejeter et condamner d'une façon absolue la splénectomie dans les cas de splénomégalie accompagnée de leucémie vraie et accentuée. Peut-être pourrait-on la tenter dans des cas de leucémie au début! les demi-succès de Burckhardt et Hartmann ne sont pas des plus encourageants.

2° *De la splénectomie dans la splénomégalie non leucémique.* — Suivant toujours le plan de Vanverts, je diviserai ce chapitre en : splénectomie dans la splénomégalie paludique, et splénectomie dans la splénomégalie non leucémique et non paludique.

Splénectomie dans la splénomégalie paludique. — Pratiquée pour la première fois par Kuchler, en 1855, la splénectomie pour hypertrophie malarienne fut pendant longtemps condamnée par tous les chirurgiens. Et de fait, en 1887, Adalman rapportait 7 cas de splénectomie avec 5 morts. Dès l'année suivante, Wright, de son côté, réunissait 7 cas avec 5 guérisons. En 1897, Jonnesco relatait au Congrès de Moscou 11 observations personnelles avec 8 succès.

Sur les 79 cas rassemblés par Vanverts, 8 fois il s'agissait de rates à pédicule tordu, et une fois la rate flottait dans le pus d'un abcès péri-splénique. Ce sont là des cas spéciaux; il reste donc 70 observations de splénectomie avec 20 morts et 50 guérisons, soit 28,5 p. 100 de mortalité.

Parmi ces 20 cas de mort, on relève : 17 fois état général très mauvais; 10 fois adhérences ayant rendu fort difficile l'acte opératoire; dans 2 cas, Jonnesco déchira le diaphragme et la plèvre; 2 fois déchirure de la rate sous l'effort des tractions; 1 fois déchirure de la veine splénique et 1 autre fois rupture d'une des veines du pédicule; 11 fois hémorragie opératoire ou post-opératoire. Enfin, on a encore signalé comme causes de la mort la septicémie péritonéale, la péritonite et le shock.

Les 50 malades guéris présentaient tous un mauvais état général et se plaignaient de vives douleurs. Celui de Ruggi avait une leucocytose très marquée; elle était peu accusée ou simplement notée chez ceux de : Assaky, Douglas, Jonnesco, Mac Lane Tiffany, Montenovesi, Postempski, Putti. Le plus souvent, l'opération fut facile. Sur 38 cas dont on connaît les suites opératoires, celles-ci furent très simples dans 27 d'entre eux.

La guérison s'est maintenue complète chez tous les malades qu'on

a pu revoir deux mois, cinq mois, six mois (2 fois), sept mois (2 fois), huit mois (2 fois), neuf mois, un an (7 fois), un an et demi, deux ans (2 fois), quatre ans (2 fois) après l'intervention. Deux fois des opérées devinrent enceintes et accouchèrent à terme. On a signalé dans 7 cas la persistance des accès de fièvre intermittente.

Il ressort de cette statistique que la splénectomie pour splénomégalie palustre est une opération assez sérieuse, sans offrir cependant la gravité qu'on lui attribuait autrefois. Il est indispensable de faire observer que, avec les progrès de l'antisepsie et le perfectionnement de la technique, la mortalité a encore diminué : elle est tombée, si on ne tient compte que des opérations faites dans la période qui s'étend de 1891 à 1897, à 15 p. 100 (Vanverts).

Ceci dit, quelles sont les indications et les contre-indications de la splénectomie dans les hypertrophies malarieuses de la rate?

Il est indiqué, tout d'abord, d'avoir recours au traitement médical, ne serait-ce qu'à titre d'essai et s'il n'y a pas urgence à intervenir. On a recommandé, dans ce but, l'hydrothérapie, les révulsifs, les applications de glace, l'électricité, les injections intraparenchymateuses d'acide phénique à 1/20, de liqueur de Fowler, d'ergotine, de strychnine. Mais le vrai traitement médical consiste dans l'emploi du quinquina et de l'arsenic.

Si le traitement médical échoue, si les douleurs persistent, on songera alors à l'intervention. Celle-ci sera indiquée par la gravité du pronostic de l'affection abandonnée à elle-même et par les troubles qu'elle détermine : par la possibilité d'une torsion du pédicule, d'une rupture de la rate, de la formation d'abcès spléniques, ou de l'apparition des phénomènes d'occlusion intestinale. Outre ces complications possibles, il y a lieu de tenir compte des rapports du foyer splénique avec l'infection paludéenne. Laveran (1) estime que la rate malarique, « ce repaire du paludisme », est plus funeste qu'utile à l'organisme. Il pense que la splénectomie, qui supprime cet organe, a une action certaine sur l'infection paludique, qu'elle ne guérit pas, mais qu'elle atténue. La mobilité et surtout l'ectopie de l'organe seront des conditions favorables propres à encourager le chirurgien.

Il va sans dire que l'opération aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle aura été pratiquée plus tôt, avant la période de cachexie, alors que l'infection est moins profonde.

Malgré les indications de l'intervention, et bien que la splénectomie pour rate malarique ait beaucoup perdu de sa gravité, on ne peut que souscrire à une des conclusions de Vanverts, qui dit : « On ne devra jamais entreprendre une intervention de ce genre sans avoir exposé au malade ou à son entourage les avantages et les dangers

(1) LAVERAN, Du rôle de la rate dans le paludisme (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 février 1897).

que présentent l'abstention et l'opération. Le malade doit avoir sa part de responsabilité dans le parti à prendre. »

Les contre-indications admises par la plupart des auteurs sont : le mauvais état général des malades, la leucémie, le trop grand volume de la tumeur et l'étendue des adhérences. L'importance de ces contre-indications a été restreinte dans ces derniers temps. Jonnesco n'attache pas une grande valeur à la question d'état général; la leucémie n'a pas ici l'importance que nous lui avons reconnue dans le paragraphe précédent. Quant à la question du volume de la rate et de l'étendue des adhérences, elle ne peut être bien jugée qu'après la laparotomie.

Ce n'est qu'à ce moment que le chirurgien pourra prendre une décision. Il ne devra pas oublier alors qu'il doit éviter les grands délabrements, sources d'hémorragies. Si donc les adhérences sont trop étendues, il vaudra mieux refermer le ventre ou terminer par une exosplénopexie.

Disons, en terminant, que Jonnesco a proposé la splénectomie dans l'infection malarique au début, comme traitement radical et préventif.

Splénectomie dans la splénomégalie non paludique et non leucémique. — Dans ce groupe complexe prennent place les hypertrophies que l'on observe quelquefois sur des rates ectopiées, les splénites chroniques simples, les lymphadénies non leucémiques, telles que le lymphosarcome, le fibrome, l'épithélioma primitif. Dans ces différents cas, il y a lieu de tenir compte, au point de vue opératoire, de la fixité ou de la mobilité de la tumeur.

Sur 40 cas de splénectomie pour splénomégalie non leucémique et non paludique avec rate fixe relevés par Vanverts, on trouve 11 guérisons et 28 morts; un résultat est inconnu; soit une mortalité de 72 p. 100.

L'opération fut quelquefois difficile dans les cas suivis de mort. Celle-ci fut la conséquence d'une pneumonie, de la péritonite, du shock, d'une hémorragie produite au niveau des adhérences (8 fois), au niveau d'une artère qu'on avait oublié de lier (1 fois), au niveau d'une artère dont la ligature avait lâché (1 fois).

Les cas terminés par la guérison n'offrirent que peu ou point de difficultés opératoires. Certains malades, revus quelques mois plus tard, jouissaient d'une excellente santé.

On peut conclure en disant que, dans les cas de rate fixe, il faudra, après la laparotomie, se bien rendre compte de l'étendue des adhérences et ne pratiquer la splénectomie que si l'on croit ne pas faire courir de trop grands dangers à son malade.

Resterait à discuter le chapitre de la splénectomie dans les cas de splénomégalie avec rate mobile ou en ectopie. Mais je ne puis répéter ici ce que j'ai déjà dit à propos du traitement des déplacements de la rate (Voy. p. 90). Il me suffira de dire que l'opération

est plus facile et moins grave lorsque la rate est mobile et surtout lorsqu'elle est ectopiée.

II. — Ligature des vaisseaux spléniques.

Cette méthode, ainsi que les deux autres qu'il me reste à signaler, l'*exosplénopexie* et la *laparotomie exploratrice*, n'est qu'un pis aller imaginé pour éviter la gravité de la splénectomie dans certains cas.

En 1882, Clément Lucas (1) aurait songé à pratiquer la ligature atrophiante dans les cas de tumeurs de la rate. Cette ligature semble, au premier abord, devoir être une manœuvre facile. Il n'en est rien; la profondeur où se trouve le pédicule et l'étendue des adhérences créent des difficultés considérables. Or, c'est précisément dans les cas d'adhérences étendues que l'on pourrait se rabattre sur la ligature atrophiante pour ne pas courir les risques d'une splénectomie par trop grave. C'est dire qu'il sera rarement indiqué d'avoir recours à cette méthode. Du reste, les quatre opérés chez lesquels on a pu la mettre à exécution sont morts: l'un aussitôt après l'opération; le second de septicémie péritonéale; le troisième de péritonite; le quatrième infecté par la gangrène de la rate qui s'éliminait par lambeaux. Ce sphacèle s'explique par l'absence d'anastomoses entre les rameaux artériels intra-spléniques.

III. — Exosplénopexie.

En 1893, Jaboulay (2), le premier, tenta de pratiquer l'exosplénopexie, mais il dut y renoncer et terminer par une splénectomie à cause du ramollissement de la rate. Il fit un second essai en 1894: des accidents infectieux se déclarèrent trois semaines après l'opération; un phlegmon gangreneux du cou emporta le malade.

La même année, et sans avoir eu connaissance des tentatives de Jaboulay, je pratiquai (3) de parti pris l'exosplénopexie chez un malade atteint d'une énorme splénomégalie leucémique pour laquelle je jugeais l'opération radicale tout à fait contre-indiquée. Bien que l'opération n'eût duré que quelques minutes, mon malade mourait trois jours et demi après par des hémorragies produites au niveau des lèvres de la plaie abdominale.

En 1897, Houzel (4) (de Boulogne-sur-Mer), ayant pratiqué une

(1) Clément Lucas, *Clinical Soc. of London*, 24 mars 1882.

(2) Thévenot, L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur (*Lyon méd.*, 29 août 1897, p. 621).

(3) Fr. Villar, Énorme hypertrophie de la rate. Exosplénopexie (*Journal de méd. de Bordeaux*, 17 octobre 1897).

(4) Houzel, Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Exosplénopexie. Guérison (*Acad. de méd.*, 1^{er} juin 1897; *Gaz. hebd. de méd. et de chir. et Presse médicale*, juin 1897).

laparotomie avec le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, tomba sur une énorme hypertrophie de la rate. Jugeant la splénectomie trop dangereuse, il termina son opération par une exosplénoexie. Sa malade guérit.

La même année, Baudrimont (1) (de Bordeaux) pratique à son tour l'exosplénoexie sur une femme non leucocythémique. La malade meurt quarante-huit heures après l'opération.

Je rapprocherai de ces exosplénoexies l'intéressante observation de Quénu et Baudet (2) dont j'ai parlé dans le chapitre de la tuberculose de la rate. Ne pouvant extirper l'organe à cause des adhérences qui le retenaient en certains points, Quénu le fixa au péritoine pariétal près de la plaie, par des points de suture; il ouvrit le foyer et assujettit les bords de l'incision splénique aux lèvres de la plaie abdominale. La rate s'élimina totalement ou presque totalement; la malade fut complètement guérie.

Mais revenons à l'exosplénoexie dans les cas d'hypertrophie splénique. Jaboulay, Houzel et Baudrimont ont suturé l'organe à la paroi abdominale. J'ai cherché, dans mon cas, à créer des adhérences en appliquant des compresses stérilisées entre la rate et la paroi.

Les résultats de ces interventions ont été les suivants: la malade de Jaboulay succomba trois semaines après l'opération à des accidents infectieux ayant déterminé un phlegmon gangreneux du cou. Mon malade mourut au bout de trois jours et demi d'affaiblissement dû à des hémorragies en nappe au niveau de la section abdominale. Celle de Baudrimont ne survécut que quarante-huit heures.

Quant à la malade d'Houzel, elle guérit complètement à la suite de la *déliquescence* et de l'élimination au dehors du tissu splénique. C'est là un très beau succès à l'actif de l'exosplénoexie appliquée au traitement des hypertrophies chroniques de la rate. Il ne peut qu'encourager les chirurgiens à proposer cette opération dans les cas où la splénectomie paraîtrait trop dangereuse.

IV. LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — Plus d'une fois le chirurgien a dû, à cause des hémorragies ou de l'étendue des adhérences, refermer le ventre et se contenter d'une simple laparotomie exploratrice. Or, que cette laparotomie ait été purement exploratrice ou qu'elle ait été suivie de la libération de quelques adhérences, elle n'en a pas moins amené, dans certains cas, des améliorations notables et même la guérison complète. Les malades de Routier, Weiss et Jonnesco semblent avoir tiré quelque bénéfice de l'intervention.

Volney d'Orsay dit avoir obtenu la guérison de sa malade atteinte de splénomégalie paludique.

Mais les deux cas réellement intéressants sont ceux de Raymond et Vincent.

(1) BAUDRIMONT (de Bordeaux), Communication verbale.

(2) QUÉNU et BAUDET, *loc. cit.*

Raymond pratique la laparotomie chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'une hypertrophie considérable de la rate avec ascite, œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. En raison de l'étendue et de la résistance des adhérences diaphragmatiques, l'opérateur dut renoncer à extirper la tumeur. Or, lorsqu'il revit la malade deux mois et quatre jours après l'intervention, il constata que l'ascite ne s'était pas reproduite, que la paroi abdominale n'était plus œdématisée et que la rate avait tellement diminué de volume qu'elle avait réintégré l'hypocondre gauche. L'œdème des membres inférieurs avait disparu avant la sortie de la malade de l'hôpital. Enfin, l'état général, véritable état cachectique, s'était beaucoup amélioré.

L'observation de Vincent n'est pas moins curieuse.

Femme de vingt-huit ans; quelques troubles digestifs après les repas; énorme hypertrophie de la rate prise pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. La rate ayant été déchirée au cours de l'opération, Vincent se contenta de tamponner le foyer traumatique à la gaze iodoformée.

Six mois et deux jours après cette laparotomie exploratrice, le chirurgien put constater qu'il n'y avait plus trace d'hypertrophie splénique et que la matité abdominale avait complètement disparu. La malade n'éprouvait plus de malaises après les repas.

Ces améliorations et ces guérisons inexplicables sont à rapprocher de celles qui ont été signalées pour d'autres affections des organes abdominaux (1).

J'ajoute que, dans le cas de Cullingworth, la laparotomie exploratrice pratiquée pour une rate hypertrophiée et mobile ne donna pas une amélioration persistante. Ballance dut faire plus tard la splénectomie chez le malade en question.

De la splénectomie (2).

Historique. — La splénectomie aurait été pratiquée pour la première fois en 1581, par Viard, pour une hernie traumatique de la rate. L'opé-

(1) FR. VILLAR, Six cas de laparotomie exploratrice (*Congrès de Rome*, 1894; *Arch. provinc. de chir.*, 1894). — Mlle BÉLLE, De la laparotomie exploratrice, thèse de Bordeaux, 1896-1897.

(2) ADELMANN, *Deutsche klin. Chir.*, nos 17 et 18, 1856. — *Ibid.*, Modifications de la splénectomie depuis trente ans (*Arch. für klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, H. 2, p. 442). — PÉAN, Ovariectomie et splénotomie, 1869. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen, Paris, 1880. — CRÉDÉ, De l'extirpation de la rate pour tumeurs (*Berl. klin. Woch.*, 26 juin 1882). — FRANZOLINI, De l'extirpation de la rate chez l'homme (*Indipendente*, Torino, t. XXXIII, 1882, p. 217). — BLUM, Extirpation de la rate (*Arch. gén. de méd.*, t. I, 1883, p. 725). — GILSON, De la splénectomie (*Revue de chir.*, t. V, Paris, 1885, p. 317). — FOUBERT, De la splénectomie pour tumeurs de la rate, thèse de Paris, 1886. — RUGGI, *Soc. de chir. ital.*, 1891. — BURCKHARDT, De l'extirpation de la rate dans la leucémie et la pseudo-leucémie (*Arch. für klin. Chir.*, 1892, p. 439). — TRICOMI, Huit splénectomies et une ligature de l'artère splénique (*Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894). — JONNESCO, *Congrès franç. de chir.*, 1896; *Progrès méd.*, 1897; *Congrès internat. de Mos-*

ration pratiquée dans ces conditions n'avait rien de bien réglé; en somme, le chirurgien se contentait d'extirper un organe prolapsé, pour ainsi dire déjà arraché du ventre, fixé par des adhérences, et, ce faisant, il hâtait tout simplement le travail d'élimination naturelle et obligatoire.

A Quittembaum revient l'honneur d'avoir, en 1835, tenté la première extirpation d'une tumeur splénique; il s'agissait d'une splénomégalie simple accompagnée de cirrhose atrophique du foie. Ce n'est que depuis 1860 que se sont multipliées les observations de splénectomie pour tumeurs. Vanverts a pu réunir 279 cas, dont 13 inédits, d'extirpation de la rate pour affections diverses.

RÉSULTATS, INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — J'ai indiqué, chemin faisant, les résultats, les indications et les contre-indications de la splénectomie appliquée à telle ou telle affection.

Il me suffira donc de les résumer à cette place.

La splénectomie a donné de bons résultats dans les cas de lésions traumatiques de la rate. Elle est indiquée aussi dans les cas de néoplasmes et constitue le traitement idéal des kystes simples ou hydatiques. Elle est encore très recommandable dans les splénomégalias malariennes où elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même. Ses indications sont moins nettes dans les supurations spléniques et dans les hypertrophies simples avec rate fixe.

J'ajoute que la splénectomie a donné de bons résultats dans deux cas de tuberculose et dans un cas de syphilis splénique.

Dans ces différentes affections, on devra tenir grand compte du facteur mobilité, très important au point de vue du pronostic opératoire qui varie suivant qu'on a affaire à une rate adhérente, fixe, mobile ou ectopisée. La libération d'adhérences étendues crée de réels dangers en prolongeant l'acte opératoire et en déterminant des hémorragies, surtout chez les paludiques et les leucémiques. C'est dans les cas de ce genre que la splénectomie doit céder le pas à l'exosplénopexie ou à la laparotomie exploratrice.

La contre-indication capitale est représentée par l'existence de la leucémie vraie. Si l'on a obtenu une certaine amélioration dans des cas de leucémie peu accentuée, il reste bien établi que l'on doit, pour le moment du moins, condamner d'une façon absolue la splénectomie chez les leucémiques avérés.

Influence de l'extirpation de la rate sur l'organisme. — Avenir des malades splénectomisés (1).

cou, 1897. — VANVERTS, thèse, 1898. — FORGUE et RECLUS, Traité de thérapeutique chirurgicale. — CHALOT, Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire, 1898.

(1) MALASSEZ, Sur les fonctions de la rate (*Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 317). — ZESAS, De l'extirpation de la rate et du corps thyroïde (*Arch. für klin. Chir.*, 1882, t. XXVIII, p. 157 et 1884, t. XXX, p. 395). — MOSLER, Les suites de l'extirpation

On a beaucoup discuté la question des troubles déterminés par l'ablation de la rate. Et tout d'abord il est bien entendu que la suppression de la glande splénique n'entraîne pas la mort du fait même de l'extirpation de cet organe. De nombreux faits expérimentaux et cliniques le prouvent surabondamment; on a revu en parfait état de santé des malades splénectomisés depuis un an, trois ans, six ans.

L'influence de la splénectomie sur la circulation, sur l'augmentation de la tension artérielle, existe bien et constitue une des causes qui favorisent les hémorragies au cours ou à la suite des opérations, mais elle n'a aucune action ultérieure appréciable.

On s'est inquiété de savoir ce que devenaient la composition du sang et le système ganglionnaire ou les autres organes hémato-poïétiques à la suite de la splénectomie. Pour la composition du sang on a signalé une diminution notable des globules rouges commençant immédiatement après l'opération et se prolongeant pendant plusieurs mois. Jonnesco a constaté l'augmentation des globules rouges soit immédiatement après la splénectomie, soit après une passagère phase de diminution.

Les globules blancs augmentent aussi de nombre; mais, pour certains auteurs, cette augmentation serait précédée d'une période de diminution. Jonnesco a trouvé une augmentation des globules blancs plus rapide que celle des globules rouges; de sorte, dit-il, que peu de temps après l'intervention, temps dont la durée varie, la proportion entre les globules rouges et blancs est au profit de ces derniers. Cependant cette leucocytose passagère disparaîtrait à un moment donné, ramenant ainsi la proportion normale des globules.

Les altérations des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse constatées par quelques expérimentateurs, n'ont pas été trouvées par d'autres. L'hypertrophie ganglionnaire observée chez l'homme a été passagère. Jonnesco n'a constaté, ni chez le chien, ni chez l'homme cette hypertrophie ganglionnaire ou celle de quelque autre organe hémato-poïétique.

L'anémie, l'amaigrissement, la fièvre, les douleurs abdominales observées quelquefois à la suite de la splénectomie, ont toujours été

de la rate (*Deutsche med. Wochenschr.*, 29 mai 1884, p. 337). — TIZZONI, Expériences et recherches sur la fonction hémato-poïétique et la reproduction totale de la rate (*Arch. ital. de biol.*, t. I, 1882, p. 22 et 129). — CECCHINI, Sur la reproduction expérimentale de la rate. Sur la prétendue reproduction de la rate (*Rassegna di scienze med.*, 1886; in *Revue des sc. méd.*, t. XXVIII, p. 462). — CARVALLO et PACHON, De l'activité digestive du pancréas des animaux à jeun normaux et dératés (*Soc. de biol. Paris*, 17 juin 1893). — LANCEREAUX, Les glandes vasculaires sanguines; leur rôle pendant la période de croissance (*Sem. méd.*, 1893, p. 25). — VULPIUS, De la chirurgie et de la physiologie de la rate (*Beiträge zur klin. Chir.*, t. XI, 1894, p. 633). — F. BEZANÇON, Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses, thèse de Paris, 1895. — COURMONT et DUFFAU, Marche des infections expérimentales chez le lapin splénectomisé (*Soc. de biol. de Paris*, 13 juin 1896). — DUFFAU, Du rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Influence de la splénectomie sur la marche des infections, thèse de Lyon, 1897.