

des phénomènes passagers dus au changement de composition du sang, au développement d'une péritonite localisée au niveau du pédicule, à la réapparition d'accès de fièvre intermittente.

Je n'insiste pas sur les relations physiologiques que l'on a voulu établir entre la rate et le corps thyroïde. Les expériences sont contradictoires à ce sujet. L'hypertrophie thyroïdienne a été très rarement observée chez l'homme après la splénectomie.

De même, je ne m'arrêterai pas sur l'étude de l'influence de l'extirpation de la rate sur le développement de l'individu et sur les fonctions génésiques. Jamais, chez des jeunes gens, on n'a noté un arrêt de développement. Plusieurs malades splénectomisés sont devenues enceintes après l'opération et ont accouché à terme.

On n'a constaté non plus aucun trouble digestif après la splénectomie. Schulz aurait seul signalé l'augmentation de l'appétit.

L'influence de la splénectomie sur la marche des infections et sur les phénomènes de l'immunité a été l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants. Mais la question est loin d'être élucidée, ainsi que le prouvent la différence et la contradiction des résultats obtenus par les faits expérimentaux. Ce qui est certain c'est que, en clinique, la splénectomie ne semble pas diminuer la résistance des opérés vis-à-vis des infections.

La question de la toxicité urinaire après la splénectomie a été étudiée en 1896 par Jonnesco, qui publia ses premiers résultats en 1897. Partant de cette idée que la rate, comme toute autre glande de l'économie, pouvait jouer un rôle dans la destruction ou la fabrication des toxines, Jonnesco entreprit d'élucider la question par l'examen de la toxicité urinaire avant et après la splénectomie. Cet auteur a toujours noté, après l'extirpation de la rate, une diminution notable de la toxicité urinaire, aussi bien chez l'homme que chez l'animal.

Chez quatre chiens dératés, le coefficient uro-toxique, qui, avant l'opération, était de 50 à 60 centimètres cubes, s'abaissa après l'opération à 75 ou 95 centimètres cubes.

Chez les malades splénectomisés, le coefficient uro-toxique, qui, avant l'opération, était de 40 à 50 centimètres cubes, s'abaissa après la splénectomie à 80 ou 90, à 90 et 120 centimètres cubes. Une seule fois, l'hypotoxicité fut remplacée par de l'hypertoxicité; la cause en fut le réveil de l'impaludisme ou une complication fébrile. Dès que ces accidents infectieux disparurent, l'hypotoxicité se substitua à l'hypertoxicité. Ces recherches fort intéressantes auraient encore besoin d'être confirmées, ou du moins étudiées sur une plus vaste échelle.

Voulant se rendre compte de la cause de cette hypotoxicité, Jonnesco est amené à ne pas considérer la rate comme un lieu d'élimination pour les toxines, car les hommes ou les animaux splénectomisés jouissent d'une santé florissante. Il pense plutôt que la rate est un laboratoire de fabrication de toxines.

Je n'ai plus qu'à dire un mot de la régénération de la rate après la splénectomie. Cette régénération a été niée par certains auteurs, soutenue par d'autres. Laudenbach a même publié la relation d'un cas de complète régénération de la rate chez un chien après une splénectomie totale. On comprend mieux l'opinion de Cecchini d'après lequel, lorsqu'on laisse en place des débris de la capsule ou du parenchyme splénique, lorsque la rate se rompt pendant l'ablation et que des fragments de son tissu se répandent le long du trajet suivi par l'organe au moment de l'extirpation, lorsqu'enfin on sème des petits fragments de rate sur le péritoine du voisinage, on verrait la reproduction de nodules plus ou moins volumineux de tissu splénique.

Inutile d'ajouter que la reproduction ou plutôt la suppléance s'explique fort bien lorsqu'il existe de ces *rates aberrantes* que j'ai signalées en parlant de la topographie de la glande splénique.

En résumé, la conclusion à tirer de ce chapitre, important au point de vue des indications et des contre-indications de la splénectomie, est la suivante : l'extirpation de la rate, chez l'homme, n'est pas une opération mortelle en elle-même et ne laisse pas des troubles graves à sa suite.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA SPLÉNECTOMIE. — Adelman avait proposé de pratiquer la *splénectomie en deux temps*: premier temps: incision pariétale juste suffisante pour laisser passer la rate; puis on attendait la formation des adhérences entre la paroi abdominale et le pédicule; deuxième temps: section du pédicule ainsi fixé à la paroi. Il me suffit de signaler ce procédé.

La technique opératoire de la splénectomie comprend cinq temps, qui sont: 1° *incision de la paroi abdominale*; 2° *dégagement de la rate*; 3° *ligature et section du pédicule*; 4° *revision de la loge splénique et hémostase définitive*; 5° *fermeture de l'abdomen*.

Avant de décrire ces différents temps, je dois rappeler la remarque de Jonnesco sur la *position* que doit prendre l'opérateur. D'habitude, dit Jonnesco, les chirurgiens se placent du côté gauche, s'imaginant que cette position du côté de la rate facilite l'extirpation. Or, le raisonnement condamnait cette position comme défectueuse, car le pédicule, dont la section constitue le temps opératoire le plus difficile, se trouve sur le côté interne ou droit de la rate. Pour bien l'exposer et l'avoir sous les yeux, il est donc évident que l'opérateur doit se placer en face de lui, c'est-à-dire à la droite du malade.

Premier temps. — Incision de la paroi abdominale. — Ruggi a proposé et pratiqué l'incision parallèle au rebord costal gauche, dans le but d'atteindre rapidement l'artère splénique avant sa division et d'en faire la ligature préventive. Le chirurgien de Bologne a pu ainsi extirper une rate pesant 1 250 grammes.

Les deux incisions préférées et préférables sont l'*incision latérale*,

en dehors du muscle droit, et l'incision médiane xiphoido-ombilicale ; cette dernière constitue l'incision de choix. Sa longueur variera nécessairement avec le volume de la tumeur et suivant les difficultés opératoires. Est-on réellement gêné pour extirper la rate par cette incision médiane, on n'hésitera pas à lui joindre une incision transversale. D'après Jonnesco, on peut, pendant l'incision même, juger le degré des adhérences qui unissent la rate à la paroi abdominale, d'après la quantité de sang qui s'écoule des lèvres de la plaie.

Deuxième temps. — Dégagement de la rate. — Le ventre une fois ouvert, le chirurgien contourne la tumeur avec la main pour s'assurer s'il existe des adhérences. Celles-ci peuvent être plus ou moins étendues, plus ou moins serrées ; on observe quelquefois de véritables symphyses abdomino et phréno-spléniques pouvant contre-indiquer l'opération. Quoiqu'il en soit, on détachera ces adhérences avec les plus grandes précautions, rasant la paroi abdominale et le diaphragme, au risque de les arracher, plutôt que de tirer sur la rate, dont on peut amener la déchirure. Le plus souvent, ces adhérences devront être liées ou prises dans des pinces avant d'être sectionnées. Il va sans dire que, si, outre ces adhérences pariétales et diaphragmatiques, on trouvait des adhérences avec l'épiploon, avec l'angle gauche du côlon, on se comporterait de même.

Le ligament normal phréno-splénique sera détruit après ou sans ligature préalable, suivant son degré de vascularisation ; on devra quelquefois le séparer en plusieurs faisceaux avant de le lier. Pour bien voir ce ligament et se rendre un compte exact de sa constitution, il suffit d'attirer la rate vers l'opérateur, c'est-à-dire à droite, pendant que l'aide écarte fortement à gauche la lèvre correspondante de la paroi abdominale.

Lorsque toutes les adhérences normales et anormales auront été détruites, la rate sera énucléée de la cavité abdominale, en commençant par dégager son extrémité inférieure. Cependant, comme on est forcé d'exercer, dans ce temps opératoire, des tractions assez violentes qui peuvent être dangereuses, il serait bon, d'après le conseil de Tricomi et Spanton, de lier et de sectionner le pédicule avant de pratiquer les manœuvres d'extraction. Malheureusement, la chose n'est pas toujours possible.

Troisième temps. — Ligature et section du pédicule. — Temps très important, en raison du volume et du nombre des vaisseaux du pédicule splénique. Très facile à pratiquer lorsqu'il s'agit d'une rate flottante, à pédicule long, il est le plus souvent délicat lorsqu'on se trouve en présence d'un organe hypertrophié à pédicule court plus ou moins profondément caché. Quelques chirurgiens ont cherché à isoler et à lier séparément les différents vaisseaux du pédicule. Gilson a même conseillé d'isoler des vaisseaux les nerfs pour ne pas les comprendre dans la ligature. Tout cela est inutile et dangereux.

Voici comment il faut procéder : la rate étant énucléée, on la rabat sur le côté gauche afin de mieux exposer sa face interne où se trouve le pédicule. Cette manœuvre n'est même pas toujours indispensable et il suffit bien souvent de tirer quelque peu sur l'organe pour tendre le pédicule. Ceci fait, des pinces, ne prenant qu'une faible hauteur de ce pédicule, seront placées par étages successifs ; ou bien on mettra deux grandes pinces du côté de la rate et deux autres du côté de la queue du pancréas ; bref, on fera de l'hémostase préventive, en se guidant sur les lois générales du pincement des grands pédicules vasculaires ; puis, l'on n'aura plus qu'à sectionner ce pédicule entre les deux rangées de pinces. Dès lors, la rate tombera entre les mains de l'aide qui la soutenait.

Déarrassé de la masse qui le gênait, le chirurgien pourra facilement remplacer les pinces par des fils, en ayant soin de lier le pédicule par faisceaux ; l'artère et la veine splénique seront liées séparément ; il ne faudra pas craindre d'ailleurs de placer un certain nombre de ligatures de sûreté.

Ni pendant l'hémostase provisoire, ni au moment du placement des fils, le chirurgien n'a à s'occuper de la queue du pancréas ; celle-ci peut être prise dans les ligatures comme faisant partie du pédicule.

On pourra laisser les pinces à demeure, et en faire sortir les branches par l'incision abdominale ou par une contre-incision, si l'opération a été laborieuse et si, par cela même, l'état du malade est précaire, si le pédicule trop profondément situé rend pénible la pose des ligatures, si la friabilité des vaisseaux peut faire redouter toute nouvelle manœuvre à leur niveau.

Le pédicule ne sera fixé au niveau des lèvres de l'incision abdominale que dans les cas où l'hémostase et l'asepsie du moignon n'auraient pas été parfaites ou du moins laisseraient persister certains doutes.

Quatrième temps. — Revision de la loge splénique et hémostase définitive. — Avant de fermer le ventre, il faut s'assurer que l'hémostase est complète soit au niveau du pédicule, soit au niveau des parois de la loge splénique. On se préoccupera d'autant plus de cette hémostase qu'on aura déchiré un plus grand nombre d'adhérences. Jonnesco a insisté sur l'existence d'un point qui saigne presque toujours et qui se trouve situé profondément sur le pilier du diaphragme, sur la colonne vertébrale, correspondant à l'insertion du ligament phréno-splénique. Les divers points saignants seront pincés et liés ; on devra même quelquefois placer des sutures à l'aiguille de Reverdin.

Dans certains cas, on sera forcé de terminer par un tamponnement avec de la gaze stérilisée.

Cinquième temps. — Fermeture de l'abdomen. — Ce temps n'offre ici rien de spécial. Cependant, Vanverts conseille de n'enlever les fils de suture de l'incision abdominale qu'au bout d'un temps assez long,

afin d'éviter l'ouverture secondaire de la plaie. Il s'agit, en effet, de malades souvent cachectiques, chez lesquels les phénomènes de réparation sont ordinairement lents (Vanverts).

Le pansement doit être compressif et élastique; destiné à combler le vide laissé par l'extirpation de la rate, il jouera le rôle d'agent hémostatique.

Après cette description, il me suffira de signaler simplement les *difficultés et accidents* de la splénectomie.

Les *difficultés* sont amenées par l'existence d'adhérences étendues et résistantes, par le volume et l'enclavement de la tumeur, par l'absence de pédicule.

Les *accidents* à redouter sont : outre la syncope, provoquée par les tiraillements du plexus solaire (Spanton), les hémorragies qui ont quelquefois, nous le savons déjà, déterminé la mort au cours même de l'opération. Ces hémorragies reconnaissent pour causes : la déchirure des adhérences, la déchirure de la rate, la rupture des vaisseaux spléniques. Enfin, on a signalé aussi comme accidents la déchirure du diaphragme et de la plèvre.

Telle est la description générale du manuel opératoire de la splénectomie. On devra naturellement y apporter quelques modifications ou plutôt prendre certaines précautions, suivant la nature de la lésion splénique.

L'opération sera d'une grande simplicité dans les cas de rate ectopée; elle sera très simple aussi dans les plaies et ruptures si l'on a affaire à un organe antérieurement sain.

Dans les cas de hernie traumatique, on s'efforcera de ne pas infecter le péritoine par les liquides provenant du sphacèle de la glande. On sera même obligé, dans cette crainte, de se contenter quelquefois d'une splénectomie partielle.

Si l'on se trouve en présence d'un abcès splénique, on tâchera d'éviter la rupture de la poche et l'on aura bien soin, au cours de l'opération, d'isoler l'organe tout entier de la cavité abdominale, au moyen de compresses, en prévision de cet accident.

Enfin, pour les kystes, il sera bon, s'ils sont tant soit peu volumineux, de les ponctionner avant de chercher à les extraire.

MALADIES CHIRURGICALES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

PAR

J.-L. FAURE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Le temps n'est plus où toute la chirurgie du foie se résumait en quelques pages. Quelques observations éparses, ayant trait presque toutes aux plaies et aux lésions directes, aux kystes hydatiques, la constituaient tout entière et, malgré les tentatives hardies des chirurgiens du xviii^e siècle, le foie faisait partie, au même titre que tant d'autres, des viscères inexplorés. Mais aujourd'hui il n'est plus, pour le chirurgien, nul organe sacré. Peut-être même n'est-il aucun viscère, à l'exception de l'utérus et de ses annexes, qui, dans ces dernières années, ait donné lieu à des travaux aussi intéressants, à des recherches aussi multipliées que le foie et la vésicule. La chirurgie de la vésicule biliaire, en particulier, est née de toutes pièces, il y a vingt ans à peine. Depuis lors, depuis dix ans surtout, d'innombrables observations ont été publiées qui nous permettront, sinon d'établir dès aujourd'hui des règles absolues et définitives, au moins de dégager quelques principes incontestables et d'entrevoir dans ses grandes lignes ce qui demain sera la vérité.

Plus nous allons, plus se restreint, dans les affections hépatiques, le champ de la pathologie médicale. Il est cependant encore bien vaste; un bon nombre de maladies du foie n'intéresseront jamais que le médecin (1). Il en est, au contraire, qui sont du seul ressort de la chirurgie et qui ne sauraient trouver leur remède ailleurs que dans une intervention active: tels sont les *abcès*, les *kystes hydatiques*. D'autres affections siègent sur cette limite de plus en plus incertaine qui sépare la médecine de la chirurgie, et qui, d'ordre médical par leur origine et leurs manifestations ordinaires, rentrent, par leurs

(1) Voy. *Traité de médecine* publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, t. V., art. Foie, par A. Gilbert, L. Fournier et H. Surmont.