

SEPTIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RATE

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS DE LA RATE

Le parenchyme de la rate comme celui du foie est le siège de supurations assez diverses : abcès métastatiques, splénite diffuse de Cornil et Ranvier, vrais abcès chirurgicaux.

Les *abcès métastatiques* sont assez rares et peu nombreux à la rate; leur volume varie d'une tête d'épingle au volume d'une noisette. Comme ceux du foie, ils sont précédés d'un infarctus brunâtre dont la base est, en général, à la périphérie, contre la capsule; aussi observe-t-on souvent de la péri-splénite et même de la péritonite suppurative.

L'infiltration de tout le parenchyme splénique par la suppuration constitue la *splénite diffuse*, véritable phlegmon diffus de la rate, quelquefois nommé gangrène splénique. — Cette forme, très rare et très grave, intéresse plus les médecins que les chirurgiens.

Les *vrais abcès chirurgicaux* de la rate, dont Grand-Moursel a réuni 57 observations dans sa thèse inaugurale (Paris, 1885), se développent tantôt sous des influences inconnues, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, à la suite de l'infection paludéenne ou de la fièvre typhoïde. — On en a vu succéder aux traumatismes, contusions et ruptures de la rate compliquant ou non des fractures de côtes. Suivant Jeannel (*Dictionnaire* de Jaccoud), la splénite traumatique est rare. Enfin, ils surviennent encore à la suite de refroidissement, de surmenage, de marches forcées. Un séjour antérieur dans les pays à malaria constitue évidemment une prédisposition importante, un commémoratif à rechercher.

Anatomie pathologique. — Les grands abcès de la rate dont

nous nous occuperons exclusivement, sont tantôt uniques, tantôt multiples. En général, les abcès multiples ne tardent pas à se vider les uns dans les autres et à transformer le parenchyme splénique en une cavité à loges purulentes. Le tissu avoisinant s'épaissit; quelquefois, surtout au début, il est grisâtre, plus friable qu'à l'ordinaire (Jeannel). Lorsque l'abcès est ancien, le tissu se sclérose, se confond avec la capsule, constitue une enveloppe résistante qui peut, à la longue, adhérer aux organes voisins et préparer ainsi des ouvertures viscérales ou pariétales. — Le volume des abcès de la rate n'est pas toujours très considérable, mais on en a vu qui contenaient une quantité énorme de liquide.

On trouve généralement dans la cavité de l'abcès, plus ou moins tapissée par une membrane pyogénique, des débris de la capsule fibreuse dont les cloisons et trabécules accompagnent les vaisseaux dans le parenchyme splénique.

Le pus est jaune, rougeâtre, parfois lie de vin.

Des collections purulentes enkystées péri-spléniques sont parfois la conséquence des abcès de la rate.

Symptomatologie. — On a trouvé à l'autopsie des abcès de la rate qui étaient restés inaperçus pendant la vie; c'est dire qu'ils ne présentaient pas de symptômes bien marqués. — Cependant, dans d'autres cas aussi, on a observé de la tuméfaction de la région splénique, de la voussure des derniers espaces intercostaux; la palpation de cette région de l'abdomen révélait une *rate volumineuse*, débordant les fausses côtes; la percussion attentive en indiquait encore mieux les limites.

Cette tuméfaction n'est pas toujours considérable, à moins qu'il n'y ait, du fait du paludisme, une augmentation antérieure du volume de la rate.

Celle-ci n'est pas seulement volumineuse, elle est *douloureuse*, sinon spontanément, du moins à la pression, surtout s'il s'est développé de la péritonite péri-splénique. On a noté des irradiations vers l'épaule gauche.

À ces phénomènes locaux, il faut ajouter de l'inappétence, des nausées et même des vomissements, de la douleur, de la pesanteur dans cette région, des frissons irréguliers, de la fièvre mal réglée, parfois franchement intermittente, en un mot, les vagues indices d'une suppuration interne.

L'abcès peut évoluer vers la paroi abdominale et s'y ouvrir. — On a noté des ouvertures dans l'estomac, dans la plèvre, le poumon gauche, les bronches. — D'autres abcès se sont ouverts dans la veine splénique (Carswell, Frerichs), dans le péritoine; on a vu le pus fuser dans le tissu sous-péritonéal, jusque dans le petit bassin et s'ouvrir dans le vagin (Besnier, *Dictionnaire encyclopédique*). Mais ces terminaisons sont rarement heureuses; si le chirurgien n'intervient pas, la mort survient le plus souvent, par suppuration prolongée et heciticité.

Diagnostic. — Dans un certain nombre de cas, on a pu reconnaître des abcès de la rate, chez des sujets plus ou moins paludéens; d'autres fois on est arrivé au diagnostic par exclusion de tumeurs du rein, du foie, de l'ovaire; enfin, les phénomènes généraux ont souvent servi à distinguer l'abcès de la rate d'un kyste splénique ou de l'hypertrophie.

Quant aux abcès périspléniques, rares d'ailleurs, dont nous parlons plus haut, le diagnostic en est des plus difficiles; il ne pourra être fait qu'exceptionnellement, surtout par élimination; cela n'a pas, au reste, une grande importance au point de vue du traitement.

Ce que nous avons dit en parlant des abcès et des kystes hydatiques du foie, nous dispense de nous étendre longuement sur la valeur diagnostique et thérapeutique des ponctions et des laparotomies exploratrices.

Pronostic. — L'abcès de la rate est une affection grave, se terminant le plus ordinairement par la mort. L'ouverture extérieure semble de toutes la plus favorable; c'est un encouragement pour l'intervention chirurgicale.

Traitement. — Nous ne pouvons que répéter, pour les abcès de la rate, ce que nous avons dit des abcès du foie. Le diagnostic étant confirmé par une ponction aspiratrice, sans vider la cavité nous aurions volontiers recours immédiatement à la laparotomie dans le but d'explorer l'étendue des lésions, bien résolu d'ailleurs à compléter l'opération par l'ouverture, le grattage et le lavage soigné de la cavité purulente, lorsque nous aurions constaté *de visu* son siège précis et son étendue.

CHAPITRE II

DES KYSTES DE LA RATE

On décrit deux variétés de kystes de la rate :

1° Les kystes séreux;

2° Les kystes hydatiques.

Enfin Andral a rapporté un cas de kyste dermoïde de la rate contenant de la matière grasse et des cheveux.

Les *kystes séreux* de la rate sont très rares, ils se développent dans son intérieur d'une manière encore mal connue; ils sont uniloculaires ou multiloculaires, — une couche d'épithélium pavimenteux tapisse la membrane enveloppante, qui est blanchâtre, presque nacré. On l'a vue incrustée de sels calcaires.

Le contenu est un liquide albumineux d'un brun jaunâtre (cas de Péan) dans lequel on a signalé des globules sanguins, des sels, des cristaux de cholestérine. — Ce contenu a fait supposer que les kystes pourraient bien être d'origine hématique.

Les *kystes hydatiques* sont de beaucoup les plus communs. Ce sont les seuls qui méritent une description détaillée. Nous nous en occuperons exclusivement. Besnier en a rapporté 24 cas; Jeannel fait mention de trois nouvelles observations, Casanova et Poulet (*Revue de chirurgie*, mai 1888) portent le nombre des faits connus à 52, enfin Lainé, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1889), arrive au chiffre de 58. — Ils coexistent quelquefois avec des productions semblables du péritoine et du foie; suivant Davaine, ils se développeraient assez fréquemment sous la capsule ou sous le péritoine qui recouvre la rate, et feraient ensuite saillie dans la cavité péritonéale. Il en est pourtant de centraux.

Symptômes. — Nuls quand le kyste est peu volumineux, ils deviennent plus nets lorsque la tumeur augmente de volume.

On la voit alors soulever les fausses côtes et se déceler non seulement par la palpation et la percussion, mais encore même à la simple inspection. — Le frémissement hydatique n'y a été observé qu'une seule fois. — La sensation de la fluctuation, quelquefois nettement

perçue, permet seule d'affirmer le diagnostic de tumeur liquide de la rate; mais à cause de l'état de tension de la poche kystique, la fluctuation manque assez souvent.

Il est fort commun d'observer simultanément des troubles fonctionnels divers : douleur vague dans l'hypochondre gauche, gêne de la respiration, refoulement du poumon, déplacement du cœur, troubles digestifs, tiraillements douloureux, gastralgies, vomissements, difficultés de la digestion, obstructions intestinales passagères. Tous ces symptômes sont dus aux compressions exercées par la tumeur et aux tractions qui s'établissent par le fait des adhérences souvent nombreuses qu'elle a contractées.

Ces kystes sont rarement stationnaires; la règle est qu'ils augmentent de volume et qu'ils s'accroissent. Ils atteignent souvent un volume énorme, ils simulent parfaitement de grands kystes de l'ovaire. La suppuration s'est montrée assez souvent, à la suite des ponctions insuffisamment aseptiques qu'on leur faisait subir. — Enfin on en a vu s'ouvrir dans les organes voisins, et même à l'extérieur, au niveau de l'ombilic.

Le diagnostic est assez difficile; il faut : 1° prouver que l'on a affaire à une tumeur de la rate; 2° que cette tumeur est liquide; 3° qu'elle n'est pas un abcès. Par élimination, après une étude attentive des commémoratifs, on conclura donc au kyste. si la douleur splénique n'est pas trop marquée, s'il n'y a pas eu de phénomènes fébriles, pas de signes de suppuration profonde. La ponction aspiratrice sera toujours ici du plus grand secours.

Les méthodes de traitement employées pour les kystes hydatiques du foie sont applicables aux kystes de la rate; ouvrir la poche, soit immédiatement, soit par la méthode de Volkmann, gratter sa paroi, la drainer, la bourrer même de gaze iodoformée, tel est le procédé le plus employé et le plus recommandable. — Un moyen plus radical consiste à extirper la rate; mais l'existence d'adhérences très étendues avec tous les organes de l'abdomen rend cette opération souvent très périlleuse; cette ablation a été faite pourtant deux fois avec succès (Péan, 1867; Crédé, 1881).

CHAPITRE III

TUMEURS SOLIDES DE LA RATE

La tuberculose, la syphilis de la rate ne sauraient évidemment rentrer dans une description chirurgicale dont la splénotomie est le but principal.

Nous pouvons encore négliger deux ou trois tumeurs des enveloppes de la rate : myxome fibro-cartilagineux, lipome.

Il ne reste plus alors à étudier que le cancer et l'hypertrophie splénique.

Le *cancer de la rate* est presque toujours secondaire, métastase ou propagation de tumeurs de même nature du sein, de l'estomac, du foie. — Besnier a cependant cité quelques observations de carcinome primitif; ces observations sont au nombre de 7 (Jeannel), mais certaines d'entre elles ne sont pas accompagnées d'un examen histologique suffisant. Depuis cette époque, E. Gaucher a décrit dans sa thèse, à propos d'une observation très complète recueillie dans le service de M. Potain, l'*épithélioma primitif* de la rate. Mais cette observation est unique, et on ne peut que se demander si dans un cas de ce genre la splénotomie eût été justifiée.

Reste l'*hypertrophie splénique* : ici, comme le fait très justement remarquer Duplay, on doit introduire une division des plus importantes.

Certaines de ces hypertrophies spléniques sont secondaires, elles sont la conséquence de lésions variées : cirrhose du foie, obstruction de la veine, impaludisme, leucocythémie splénique.

Dans ces cas, l'état actuel de la science doit faire absolument rejeter la splénotomie. Cette opération n'a donné qu'un seul succès sur 19 opérations relevées par Gilson. Mais il est d'autres faits où cette splénomégalie est pour ainsi dire primitive. — Elle survient sans cause connue, son début est insidieux, sa marche lente et progressive, sa terminaison presque toujours fatale.

Aux signes d'une tuméfaction générale de la rate, la palpation vient ajouter des caractères de fermeté, de résistance, d'égalité qui pourront dans quelques cas permettre le diagnostic d'hypertrophie splénique, de tumeur solide de la rate. Le volume est souvent

considérable. Grisolle a vu une rate qui pesait plus de 8 livres.

Cette tuméfaction ne se développe pas sans amener des troubles sérieux de la santé générale. C'est d'abord la diminution de l'appétit, des altérations de la nutrition, la perte graduelle des forces, puis des vomissements, des dyspepsies, de la gêne de la respiration, des palpitations, des troubles cardiaques; une ascite plus ou moins considérable, de l'œdème des membres inférieurs. Tous ces phénomènes prennent dans les derniers temps de la vie un accroissement considérable et conduisent fatalement à la mort.

Dans ces conditions, la nature de l'affection étant bien déterminée, le devoir du chirurgien serait de proposer la splénotomie, puisque d'après quelques auteurs cette opération a fourni jusqu'ici des résultats satisfaisants qui ne pourront que s'améliorer : sur une quinzaine d'opérations, sept auraient été suivies de guérison (Duplay). Les chiffres donnés par Gilson dans la *Revue de chirurgie*, 1885, sont loin d'être aussi encourageants : sur 12 opérations pratiquées pour les hypertrophies non leucémiques, cet auteur ne relève que 2 guérisons. Ajoutons-y un succès de Billroth, dans un cas de lymphosarcome de la rate.

L'extirpation de la rate ne doit donc pas être proposée légèrement pour les tumeurs solides et les hypertrophies de cet organe, mais lorsque l'influence paludique ou leucocythémique peut être mise en doute, et lorsque les progrès de la tumeur font craindre une terminaison fatale, il nous semble possible de pratiquer cette opération.

L'incision de la paroi abdominale sera faite, soit sur la ligne médiane, soit sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté gauche; ses dimensions seront naturellement en rapport avec le volume de la tumeur.

Le dégagement de la tumeur est toujours difficile à cause de la faible consistance de la rate hypertrophiée ou non. — Les adhérences seront déchirées avec beaucoup de précaution à l'aide de la main et des doigts, en ne se servant pas, autant que possible, d'instruments qui déchireraient le parenchyme. — Les aides suivent tous ces mouvements, protégeant les intestins et facilitant, autant que possible, l'énucléation de la tumeur. Enfin dans la ligature du pédicule, les ligatures partielles multiples sont préférables à la ligature totale. La tumeur détachée, le pédicule, sera suivant les cas, réduit dans le ventre ou fixé dans l'angle supérieur de la plaie.

HUITIÈME PARTIE

TUMEURS DU MÉSENTÈRE

L'histoire de ces tumeurs est encore une conquête récente de la chirurgie abdominale; quelque incomplète qu'elle soit, cette étude peut cependant être entreprise, grâce aux documents rassemblés par Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, 1886.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs ganglionnaires liées à la tuberculose, à la syphilis, à la leucocythémie ne sauraient rentrer dans cette description.

Les véritables tumeurs du méSENTÈRE sont les unes plus fréquentes : kystes, lipomes, tumeurs malignes; les autres, plus rares : lymphangiomes, fibromes, embryomes.

1° *Kystes.* — Ce sont les tumeurs les plus communes. On en distingue trois variétés :

a. Des kystes hydatiques, assez rares en somme, et rarement limités au méSENTÈRE;

b. Des kystes séreux. — Cette importante variété se développe le plus souvent sans doute dans les ganglions, et atteint parfois des dimensions considérables. Ces tumeurs décollent les feuillettes du méSENTÈRE, mais elles contractent peu d'adhérences et s'énucléent presque toujours facilement.

Le contenu est, au début du moins, un liquide épais, crémeux, d'aspect grasseux, semblant tenir de la craie en suspension; plus tard la coloration se modifie, le liquide devient plus fluide, verdâtre ou jaunâtre. — Quelques-uns de ces kystes ne sont sans aucun doute que des kystes hydatiques modifiés.

c. Des kystes hématisés, les uns traumatiques, les autres spontanés. — Ces derniers ne sont souvent que des transformations d'anciens kystes séreux. — La vascularisation énorme de la paroi de certains de ces kystes séreux (Richet) rend bien compte de la possibilité d'hémorragies dans l'intérieur du kyste.

2° *Lipomes.* — Les lipomes du méSENTÈRE viennent par ordre de fréquence après les kystes. — Augagneur en a réuni 16 observations. — Ce sont des tumeurs peu vasculaires, presque toujours très largement implantées au voisinage de la fosse iliaque; elles sont extrêmement volumineuses; dans le cas de Terrillon, le poids atteignait le

chiffre énorme de 29 kilogrammes. La marche est très rapide et ce fait doit sans doute être rapproché de la présence d'éléments myxomateux en assez grand nombre, mélangés à la masse grasseuse qui constitue la tumeur.

5° *Tumeurs malignes.* — Presque toujours secondaires, ces tumeurs se développent dans les ganglions mésentériques, mais à l'inverse des précédentes, elles atteignent rarement un volume notable et présentent une grande tendance à diffuser au loin et à contracter des adhérences nombreuses avec les tissus voisins.

Les tumeurs plus rares renferment : deux cas de lymphangiomes (Wieschelbaum, le Dentu), un cas douteux de fibrome (Péan), un kyste dermoïde, et un embryome observé par Dickinson chez une petite fille de deux ans.

Symptomatologie, diagnostic et traitement. — Les tumeurs du mésentère apparaissent presque toujours dans la région ombilicale; au début elles offrent une mobilité remarquable aussi bien de bas en haut que transversalement. — Cette mobilité se perd plus tard par le fait de l'accroissement de volume, plus rarement par adhérence.

La tumeur constituée est une tumeur médiane; à sa partie inférieure et au-dessous d'elle la percussion délimite ordinairement une zone de sonorité due à la présence des anses intestinales.

Les *signes fonctionnels* n'éclairent pas beaucoup le diagnostic; ils ne sont guère accentués que lorsque la tumeur évolue rapidement; ils consistent en troubles digestifs fréquents, douleur très variable, développement de la circulation veineuse de la paroi, et plus tardivement, sauf le cas de tumeurs malignes, ascite et cachexie.

Ces tumeurs ont été rarement diagnostiquées; on les a presque toujours prises pour des kystes de l'ovaire; seules la ponction aspiratrice et surtout la laparotomie exploratrice fournissent dans un certain nombre de cas, des renseignements réellement utiles.

Les lipomes ont ici une marche et un développement très rapides qui doivent être signalés; leur durée ne dépasse guère trois ans. La durée totale des tumeurs du mésentère varie de six mois à sept ans.

L'ablation est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible: kystes, lipomes, fibromes, etc.... Certains kystes sont justiciables de l'ouverture et du drainage. Enfin, toutes les tumeurs malignes rencontrées par Kœberlé ont paru inopérables à cet habile chirurgien.

MALADIES CHIRURGICALES DU BASSIN

Laissant de côté les affections traumatiques, qui gagneront à être rapprochées des traumatismes portant sur la racine du membre inférieur et sur les voies urinaires, nous nous bornerons dans ce volume à l'étude des inflammations et des tumeurs du bassin.

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE

S'il est une question chirurgicale pour laquelle l'importance des notions anatomiques soit clairement démontrée, c'est assurément celle qui nous occupe.

Comment comprendre la division des phlegmons iliaques, si l'on ne se rappelle la superposition des plans : 1° péritoine enveloppant à droite l'origine, et à gauche la terminaison du gros intestin; 2° tissu cellulaire sous-péritonéal remarquable par sa laxité; 3° fascia iliaca, enveloppe aponévrotique du muscle iliaque qui s'étale au-dessous; 4° squelette osseux de la fosse iliaque interne, tapissé de son périoste.

Comment se faire une idée de la marche des phlegmons iliaques, si l'on n'a pas présentes à l'esprit les communications du tissu cellulaire sous-péritonéal avec le tissu cellulaire périnéphrétique, avec celui du petit bassin, pour ne parler que des plus importantes, et la prolongation jusqu'au petit trochanter de la gaine aponévrotique du muscle?

Comment enfin apprécier la valeur pathogénique des lymphatiques et des ganglions iliaques, si on ne les a pas étudiés avec soin? Les ganglions iliaques forment deux groupes assez distincts : l'un, *interne*,