

depuis le rebord costal jusqu'au ligament de Poupart; on peut, du reste, lui donner également une direction plus ou moins oblique. La paroi abdominale et surtout les muscles sont, en règle générale, allongés, atrophiés, amincis, de sorte que l'hémorragie n'est pas très abondante. On incise d'abord le péritoine pariétal (feuillet antérieur) puis le feuillet postérieur de la séreuse recouvrant la tumeur; les vaisseaux qui donnent du sang sont aussitôt liés. Puis avec les doigts ou avec toute la main introduite à plat, on pénètre entre le péritoine et la tumeur (ou la capsule rénale) que l'on cherche à isoler. Si l'on rencontre des parties kystiques, on les vide dans le but de diminuer le volume du néoplasme. Enfin on lie le pédicule, c'est-à-dire l'uretère et les vaisseaux rénaux, suivant le procédé décrit à propos de l'ovariotomie, c'est-à-dire qu'on fait d'abord une ligature en masse ou en deux ou trois faisceaux, à l'aide de fils de soie, et ensuite la ligature isolée des différents vaisseaux. Nous n'approuvons pas le conseil qui a été donné de suturer l'uretère dans la plaie pariétale, car le cordon qui traverse ainsi la cavité abdominale peut devenir une cause de troubles pathologiques divers. L'uretère ne nous a jamais causé de désagréments lorsque nous avons eu soin d'en assurer l'occlusion par une double ligature suivant le procédé que nous venons de décrire. Cependant nous accordons que l'uretère peut rester ouvert lorsque ses parois sont indurées et infiltrées soit par la tuberculose, soit par des éléments de carcinome. De même il nous semble risqué de conseiller, comme on l'a fait, la suture de la paroi péritonéale postérieure. Du reste cette suture n'est pas toujours possible lorsqu'une grande étendue de péritoine a été enlevée avec la tumeur. Dans d'autres cas du sang s'accumule dans la poche sous-péritonéale, d'où il peut se déverser ensuite dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite. D'ailleurs l'introduction dans cette poche d'un drain sortant par la plaie extérieure ne peut naturellement empêcher l'accumulation du sang. Dans plusieurs cas nous l'avons laissée ouverte et nous avons saupoudré d'iodoforme la plaie postérieure sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Plusieurs fois cependant nous avons fait quelques points de suture au catgut lorsque l'hémostase était complète, et que les bords de la plaie péritonéale pouvaient être réunis très facilement¹.

Ce procédé d'incision peut être aussi, en règle générale, appliqué à un certain nombre de tumeurs rétro-péritonéales, sur la nature et l'origine desquelles on est le plus souvent dans le doute avant l'opération. Signalons tout d'abord certains fibro-sarcomes qui s'accroissent lentement et proviennent peut-être des aponévroses de la région; d'autres tumeurs

1. TERRIER (*Revue de chirurgie*, mai 1887) est partisan de la méthode transpéritonéale, surtout lorsqu'il s'agit d'enlever des tumeurs rénales volumineuses. Il préconise la suture des bords de l'orifice péritonéal de la cavité rétro-péritonéale avec ceux de la plaie abdominale antérieure. Voir aussi le travail de THIRIAR (*Revue de chirurgie*, janv. et fév. 1888). *Note du trad.*

se développent rapidement, et ont, en général, pour point de départ les glandes rétro-péritonéales. Les formes les plus connues sont ces tumeurs métastatiques colossales qui se développent à la suite de sarcomes du testicule; il est vrai qu'en règle générale, elles ne sont pas l'objet d'une intervention opératoire. Des lipomes se rencontrent aussi dans cette région et dans plusieurs cas ils ont été opérés avec succès (par MADELUNG entre autres). Nous avons ensuite à mentionner les diverses tumeurs congénitales. Chez des individus jeunes on a plusieurs fois observé des tumeurs mixtes particulières contenant des cartilages, des os, des nerfs et une masse ganglionnaire. J'ai tenté l'extirpation d'une tumeur de ce genre. Signalons également les kystes dermoïdes qui peuvent, ce qui est rare il est vrai, remplir complètement la cavité abdominale en refoulant devant eux la paroi péritonéale postérieure. Le volume considérable et l'origine incertaine de ces dernières tumeurs ne permettent pas d'en tenter l'extirpation; on peut seulement établir une grosse fistule dans le but d'évacuer le contenu du kyste, la bouillie de cellules épidermiques, les poils, etc. On est obligé d'inciser deux fois le péritoine, et assez souvent même de pénétrer à travers l'épiploon, entre l'estomac et le côlon; la paroi du kyste est suturée dans la plaie au péritoine pariétal, puis on l'incise pour en évacuer le contenu. Par ce procédé j'ai réussi à réaliser un état de santé parfaitement supportable chez un malade porteur d'une tumeur dermoïde colossale. On rencontre aussi dans la région rétro-péritonéale des kystes d'une autre nature, qui parfois peuvent être facilement extirpés. C'est à l'énucléation que l'on aura recours lorsqu'elle peut être facilement pratiquée; sinon on s'adressera au procédé que nous venons de décrire. Les **kystes du pancréas** sont également accessibles au traitement chirurgical, comme l'a prouvé GUSSENBAUER qui a eu l'occasion d'opérer une tumeur de ce genre.

§ 55. — Les **hypertrophies générales de la rate** (appelées aussi tumeurs chroniques de la rate) doivent être prises également en considération dans l'étude des tumeurs de l'abdomen. C'est la pathologie interne qui nous apprend à les diagnostiquer à l'aide de la percussion et de la palpation. La constatation d'une tumeur faisant une saillie arciforme sous le rebord costal du côté gauche et pouvant être suivie par la percussion jusqu'à la colonne vertébrale et à la face postérieure du thorax, parle en faveur d'une hypertrophie de la rate; une tumeur de ce genre ne se développe presque jamais d'une façon indépendante, mais accompagne le plus souvent certaines maladies graves du sang. Ainsi on observe des tumeurs leucémiques, amyloïdes, etc. de la rate, alors que d'autres organes, tels que le foie, les glandes lymphatiques, les reins, sont affectés de la même manière. Quant aux tumeurs de la rate dites idiopathiques, en ce sens que l'augmentation de volume de cet organe constitue à elle seule toute la maladie, elles semblent être en tout cas très rares,

car même ces tumeurs soi-disant idiopathiques s'accompagnent d'altérations du sang, d'un degré notable d'anémie ou d'une rétention en masse de cellules lymphatiques dans d'autres organes. Aussi n'est-ce que dans des cas tout à fait exceptionnels que les tumeurs de la rate peuvent être l'objet d'une intervention chirurgicale; l'extirpation de cet organe est d'ailleurs beaucoup plus dangereuse que celle des ovaires, car les vaisseaux spléniques sont nombreux et très volumineux, et, en outre, les adhérences de la rate avec le diaphragme sont parfois très étendues. Dernièrement, cependant, l'attention des chirurgiens s'est portée de nouveau sur la splénectomie depuis les succès obtenus par PÉAN dans l'extirpation des tumeurs de la rate. Il y a plus de 12 ans déjà que cet opérateur a enlevé pour la première fois, chez une femme, une rate affectée de dégénérescence kystique; il put présenter en même temps à l'académie de médecine cette première opérée et une autre malade qui avait subi la même opération.

Dans l'un des cas opérés par PÉAN il s'agissait, en effet, d'une tumeur de la rate qui avait été déjà reconnue 18 mois auparavant chez une dame de 24 ans, et avait déterminé des hémoptysies, des hémalémèses ainsi que des évacuations sanguines par l'urine et les selles. De très vives douleurs tourmentaient la pauvre femme d'ailleurs affectée d'ictère et épuisée à un degré extrême par l'insomnie et les troubles digestifs. L'examen de la malade permit de constater que la rate était très mobile. Tous ces symptômes auraient disparu dans l'espace d'un mois à la suite de l'opération. Seulement le teint resta grisâtre et cendré, et il en fut de même chez la première opérée de PÉAN.

L'opération de PÉAN a fourni tout d'abord la preuve qu'un individu auquel on a enlevé la rate peut parfaitement continuer à vivre. Cette preuve, du reste, n'a fait que confirmer ce que nous connaissions déjà des succès obtenus par l'extirpation de la rate à la suite de traumatismes. En effet, BARRAULT a rassemblé 14 cas d'extirpation de la rate herniée dans une plaie de l'abdomen et irréductible; or tous les malades ainsi traités ont survécu à l'opération. Mais un résultat beaucoup plus important des observations de PÉAN, c'est qu'elles ont démontré que, abstraction faite des formes kystiques de tumeurs spléniques (comme dans le cas opéré par ce chirurgien), il existe des tumeurs chroniques de la rate pour lesquelles la splénectomie non seulement est justifiée, mais est même directement indiquée. CREDÉ, à la suite d'une splénectomie couronnée de succès, a recueilli 37 cas d'extirpation de la rate, sur lesquels 27 ont succombé (73 0/0). Sur 18 opérés pour cause de leucémie un seul a survécu (FRANZOLINI). Nous avons, en outre, à mentionner un cas d'extirpation réussie d'un sarcome primitif de la rate (BILLROTH); toutefois l'opérée a succombé plus tard à une récidive. Dans certains cas exceptionnels, alors que la tumeur de la rate s'accompagne de symptômes graves, sans que l'on puisse en trouver la cause dans d'autres affec-

tions organiques, le devoir du chirurgien est d'engager le malade à consentir à l'opération, à la condition toutefois qu'il n'existe pas de signes d'adhérences étendues de la rate tuméfiée.

CREDÉ a constaté chez son malade, environ quatre semaines après l'opération, une diminution considérable des corpuscules rouges et une augmentation des corpuscules blancs; le sang contenait, en outre, un grand nombre de corpuscules rouges pourvus de noyaux. En même temps l'opéré devint anémique et maigrit, mais il se rétablit ensuite peu à peu complètement.

PÉAN pratique l'incision verticalement le long de la ligne médiane à partir de la région épigastrique, sur une longueur qui varie suivant les dimensions de la tumeur. L'ombilic est contourné à gauche. Tous les vaisseaux qui donnent du sang sont liés immédiatement. L'incision des parois est faite couche par couche, et le péritoine divisé en dernier lieu. Dès que la tumeur de la rate apparaît dans la plaie, des aides sont chargés d'empêcher la sortie des anses intestinales ainsi que l'entrée de l'air dans l'abdomen au moyen de linges appliqués sur les bords de l'incision. Quant à nous qui opérons avec les précautions antiseptiques, si nous voulions nous servir de linges dans ce but, c'est à la gaze de Lister que nous accorderions la préférence. Le grand épiploon doit être ensuite écarté de la tumeur et refoulé de bas en haut. Puis avec les doigts on cherche à attirer la rate dans la plaie et à l'extérieur en usant de précautions; pendant ce temps on maintient les intestins en place et l'on refoule dans la cavité abdominale les anses intestinales tendant à faire hernie dans la plaie. Dès que la tumeur a pu être attirée ainsi hors de la cavité abdominale, on examine le pédicule. S'il existe de larges adhérences, on devra les détacher non pas aux dépens de la capsule de la rate, une forte hémorragie pouvant en être la conséquence, mais bien en sacrifiant la séreuse de l'organe avec lequel la tumeur est soudée. Ce sont les adhérences avec le diaphragme qui offrent le plus de gravité. Les hémorragies qui se produisent pendant ce temps de l'opération, doivent être aussitôt arrêtées (catgut). Lorsque l'épiploon est soudé à la rate, on cherche à le détacher avec les doigts après avoir attiré la tumeur au dehors, puis cette membrane est enveloppée de gaze chaude et refoulée vers l'angle supérieur de la plaie. Si, au contraire, l'épiploon n'a pu être détaché de la tumeur, on comprend toute la partie adhérente dans une ligature en masse; on place un certain nombre de pinces à ras de la tumeur et l'on divise les adhérences entre ces pinces et la ligature; puis on refoule également l'épiploon vers l'angle supérieur de la plaie. Dans un cas PÉAN lia le pédicule en plusieurs portions à l'aide de fils d'argent et l'abandonna dans la cavité abdominale une fois la tumeur enlevée. Dans un autre cas il fixa le pédicule au niveau de la plaie. Pour l'excision de la tumeur il se servit du fer rouge. Enfin vient la toilette de la cavité abdominale suivie de la suture de la plaie. — BILLROTH se servit