

du thermocautère pour diviser une portion du pancréas soudée à la rate.

La grande majorité des **kystes de la rate** sont des **échinocoques**. Ces tumeurs, naturellement, doivent être traitées non pas par l'extirpation, mais par l'une des méthodes antiseptiques décrites plus haut. Il ne reste donc qu'un bien petit nombre de tumeurs de la rate qui soient justiciables de l'extirpation, et il est encore plus rare que l'on réussisse à poser un diagnostic exact. De même les néoplasmes primitifs de la rate, dont le diagnostic n'est guère possible, n'ont pas été jusqu'ici l'objet d'une intervention chirurgicale. Ils sont d'ailleurs très rares.

La rate subit aussi parfois des déplacements analogues à ceux du rein (rate mobile).

Les épiploons phréno et gastro-spléniques servent de ligament suspenseur à l'organe, que soutient, en outre, le ligament pleuro-colique. Or on a observé que certaines circonstances pouvant déterminer un allongement ou une déchirure de ces ligaments, avaient pour conséquence un déplacement de la rate de haut en bas.

Tout d'abord ce sont les tumeurs chroniques qui évidemment contribuent à rendre la **rate mobile**, et le fait que la femme est beaucoup plus sujette à cette anomalie que l'homme, donne à penser que les déplacements et tiraillements pendant la grossesse jouent ici un certain rôle étiologique.

La rate peut descendre jusqu'au niveau de la fosse iliaque gauche et même de la fosse iliaque droite, et elle subit en outre un mouvement de rotation par lequel le hile de la glande se trouve dirigé en haut, de façon que l'organe semble en quelque sorte suspendu à un cordon formé par le ligament gastro-splénique et les vaisseaux spléniques. On observe parfois des phénomènes de péritonite avec formation d'adhérences, et, d'autre part, des troubles de nutrition et l'atrophie de la rate peuvent être la conséquence d'une gêne de circulation de cette glande due à la torsion des vaisseaux spléniques. Dans quelques rares cas on a vu la mort survenir à la suite de la gangrène du grand cul-de-sac de l'estomac. Deux circonstances contribuent à produire cet accident : d'une part, le tiraillement de l'estomac et les troubles de nutrition de cet organe qui en sont la conséquence, et, d'autre part, la stagnation du contenu stomacal due à la compression de la portion inférieure ou transversale du duodénum par le pancréas et le cordon vasculaire qui se dirigent vers le hile de la rate. (ROKITANSKY, KOLB).

Le diagnostic est basé sur l'existence d'une tumeur ayant une forme analogue à celle de la rate, et sur l'absence de matité splénique dans la région qu'occupe cette glande à l'état normal. Dans les cas où le malade présente des troubles morbides dus aux tiraillements de l'organe déplacé, on peut obtenir parfois quelque soulagement par l'application d'un appareil semblable à celui que nous avons décrit à propos du rein mobile.

Ce sont ces cas qui, certainement, se prêtent tout particulièrement à la splénectomie. (CREDE).

Jusqu'ici nous n'avons fait mention que des tumeurs des parois et de

la cavité abdominales ayant vraiment une importance pratique en chirurgie. Mais n'oublions pas qu'un grand nombre d'autres néoplasmes doivent être pris en considération pour le diagnostic. Telles sont les tumeurs de l'épiploon, des intestins, les néoplasmes et les tuméfactions inflammatoires du foie ; une partie de ces tumeurs ne sauraient être décrites dans un traité de pathologie chirurgicale, tandis que d'autres seront étudiées dans le chapitre suivant (néoplasmes de l'estomac et de l'intestin). Les tumeurs provenant du péritoine, surtout celles qui ont pour point de départ le mésentère et l'épiploon, sont parfois une cause de sérieuses difficultés de diagnostic. L'épiploon peut être le siège de sarcomes affectant la forme de nodosités, entre lesquelles on rencontre assez souvent une accumulation de liquide ascitique simulant un kyste. S'il survient, en outre, une ascite générale, le diagnostic de localisation de ces tumeurs, dès qu'elles ont acquis certaines dimensions, devient extrêmement difficile, dans certains cas même impossible, d'autant plus qu'elles peuvent, dans la suite, contracter des adhérences avec d'autres organes.

Les kystes à **échinocoques** ne sont pas rares non plus dans la cavité abdominale. Dans la majorité des cas ils se présentent sous la forme de tumeurs multiples, les unes petites, les autres grandes, appendues au mésentère ou à l'épiploon. Nous avons déjà fait mention de celles qui se développent dans la paroi antérieure de l'abdomen. On possède aussi quelques observations de tumeurs solitaires volumineuses siégeant sur l'épiploon. WITZEL a fait dernièrement une communication à ce sujet à la suite d'un cas opéré par TRENDELENBURG. Le diagnostic de ces tumeurs restera toujours douteux. Lorsqu'au niveau de la région ombilicale on constate l'existence d'une tumeur mobile et fluctuante ou tendue et élastique, sans relations avec le foie, la rate, les ovaires et l'utérus, et que, d'autre part, on n'observe aucun symptôme indiquant que l'intestin est le siège du néoplasme (troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin), on songera d'autant plus à une tumeur de l'épiploon que le malade accuse des accès douloureux périodiques dus aux tiraillements de l'estomac par l'épiploon.

En règle générale, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur à échinocoques solitaire, le traitement doit consister dans l'incision après fixation du sac à la paroi abdominale. Mais s'il s'agit de tumeurs multiples, on fera bien de suivre le procédé de THOMSON qui consiste à exciser toute la partie de l'épiploon occupée par les échinocoques, après ligature du pédicule en plusieurs portions.

§ 56. — Nous allons aborder un nouveau domaine acquis dernièrement, et à bon droit, à la chirurgie, grâce à la méthode antiseptique, nous voulons parler des **interventions opératoires dirigées contre certaines affections des voies biliaires**. Il est vrai que PETIT avait déjà entrepris, sous ce rapport, des opérations qui de nos jours sont, en

partie du moins, considérées comme justifiées, et WITZEL, dans son travail (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 21, fasc. 1 et 2), mentionne toute une série de chirurgiens qui, déjà au siècle passé et dans le siècle présent, se sont occupés de la question des concrétions de la vésicule biliaire. Nous n'y voyons aucun mérite particulier, et nous pensons qu'il n'y a pas grand intérêt à livrer à la postérité les noms des chirurgiens qui ont fait les premières tentatives, avant que le procédé actuellement employé nous eût permis de donner au malade l'espoir d'une guérison à la suite de l'opération. Ce qui autrefois était vraiment un acte de témérité injustifiable, est aujourd'hui la résultante nécessaire des progrès accomplis dans nos connaissances et nos moyens d'action.

Une affection qui parfois s'offre tout à fait directement à l'intervention du chirurgien, soit qu'à l'exploration elle se présente sous la forme d'une « tumeur abdominale », soit qu'on la rencontre, d'une façon inattendue, dans une incision exploratrice, ainsi qu'il est arrivé plusieurs fois, c'est la soi-disant *hydropisie de la vésicule biliaire*, laquelle, on le sait, s'accompagne habituellement de la formation de calculs biliaires et doit être considérée comme la conséquence de ces derniers. Dans ces cas, une opération peut se trouver d'autant mieux justifiée que cette maladie se manifeste assez souvent par des symptômes très pénibles. Disons d'abord deux mots de la symptomatologie de l'hydropisie de la vésicule biliaire : chez un malade qui, en général, a éprouvé antérieurement des douleurs dans la région du foie et de la vésicule, on trouve à l'examen une tumeur adhérente à la glande hépatique, tumeur de volume variable, pouvant atteindre les dimensions d'une tête d'adulte ; elle est mobile de droite à gauche, mais non pas de haut en bas, et lorsqu'elle n'est pas par trop volumineuse, elle est animée de mouvements synchrones à ceux de la respiration (contractions du diaphragme). Parfois la tumeur ne se trouve pas appliquée directement contre la paroi abdominale, mais en est séparée, surtout à sa partie supérieure, par des anses intestinales ; les relations de la tumeur avec le foie peuvent alors n'être point évidentes (TAIT, EICHHORST). On ne constate pas toujours de la fluctuation à cause de la forte tension des parois de la vésicule. Parfois, lorsque la tumeur est flasque, on perçoit sous le doigt le frottement réciproque des calculs qu'elle contient. Quant au diagnostic entre l'hydropisie simple et l'empyème de la vésicule, on ne pourra le poser qu'avec plus ou moins de probabilité, en se basant sur l'absence de symptômes fébriles généraux et de signes locaux d'inflammation.

Nous avons déjà dit plus haut ce que l'on pouvait faire lorsqu'un empyème de la vésicule biliaire, adhérent aux parois abdominales, s'est fait jour au dehors, et que la présence de calculs dans la vésicule ou dans un abcès des parois abdominales entretient la suppuration. Nous ne parlerons donc ici que des opérations destinées à délivrer le malade des souffrances

causées par une hydropisie non fistuleuse de la vésicule, avec ou sans calculs biliaires.

Nous avons à mentionner ici essentiellement deux opérations. L'une d'elles, l'opération radicale (**cholécystectomie**) a été tentée pour la première fois par LANGENBUCH, et après lui elle a été pratiquée encore quatre fois (avec 2 cas de mort). Ce chirurgien extirpa la vésicule biliaire avec les calculs qu'elle contenait. Son procédé opératoire a été le suivant : une première incision de la peau est pratiquée le long du bord externe du muscle droit (12 à 15 centim.), puis une seconde incision pratiquée le long du rebord costal (10 centim.), va rejoindre la première au niveau de l'appendice xiphoïde. La vésicule biliaire est ensuite mise à nu. En introduisant les doigts entre le côlon et la portion rétro-péritonéale du duodénum, on peut explorer les conduits biliaires et s'assurer s'ils contiennent des calculs. La vésicule est ensuite détachée de la face inférieure du foie jusqu'à son pédicule constitué par le canal cystique ; les calculs qui peuvent se trouver dans les conduits au-dessous de la vésicule, sont refoulés dans cette dernière. A l'aide d'un fort fil de soie, on lie le canal cystique et l'on enlève la vésicule. Sur le petit moignon ainsi formé, on peut, en outre, réunir par des sutures au catgut les tissus voisins du conduit¹.

Cette opération met fin à la maladie d'une façon radicale, mais elle est certainement plus dangereuse que celle qu'il nous reste à décrire ; elle a, entre autres, un inconvénient que LAWSON TAIT a peut-être exagéré, à savoir la possibilité de l'ouverture secondaire du conduit lié et d'une péritonite mortelle par écoulement de la bile dans la cavité abdominale. De fait, on ne peut avec LANGENBUCH comparer le canal cystique à une artère au point de vue de la solidité de l'occlusion par ligature. C'est pourquoi nous donnons pour le moment la préférence à une opération que nous avons pratiquée nous-même à l'exemple de beaucoup d'autres chirurgiens (KOCHER, KEEN, TRENDELENBURG), et surtout de LAWSON TAIT (13 cas), opération qui consiste dans la simple ouverture de la vésicule (**cholécystotomie**) fixée à la paroi abdominale, et dans l'extraction des calculs par cette voie. Naturellement cette opération ne doit être pratiquée que dans les cas où l'hydropisie de la vésicule s'accompagne de symptômes graves, car elle n'est pas sans présenter certains dangers. Nous ne parlons pas du danger purement théorique dont fait mention LANGENBUCH, à savoir celui d'une déchirure de la paroi friable de la vésicule, soit au moment de sa suture à la paroi abdominale, soit ultérieurement. On a fait jusqu'ici environ une vingtaine d'opérations de ce genre, et dans tous ces cas les parois de la vésicule ont

1. D'après THIRIAR, la mortalité à la suite de la cholécystectomie est de 9,99 p. 100 seulement, tandis que pour la cholécystotomie elle serait de 18,05 p. 100. Ce chirurgien est partisan de la cholécystectomie qu'il a pratiquée 4 fois avec succès (*Congrès français de chirurgie* 1888).
(Note du trad.).