

innocentes et déterminent presque toujours l'inflammation violente et la suppuration du kyste, qui forcent de recourir à l'emploi d'une méthode plus active.

Il nous resterait à apprécier le procédé de Thorarensen (1), médecin irlandais, qui a pratiqué l'acupuncture déjà employée avant lui, mais en y joignant l'action électrolytique d'une pile à courant continu. Malgré les faits heureux communiqués par Fagge et Durham à la Société médicale de Londres en 1870, les observations ne sont pas suffisamment nombreuses pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur cette méthode.

Nous pouvons en dire autant du procédé de Volkmann, discuté au dernier congrès de la *Société des chirurgiens allemands* (2), et qui consiste dans une large incision de la paroi abdominale avec pansement de Lister. Malgré la confiance que nous avons dans la méthode antiseptique, cette conduite nous paraît cependant fort téméraire, et elle a été loin de réunir l'unanimité des suffrages des chirurgiens allemands eux-mêmes.

En résumé, voici la conduite que nous conseillons de suivre dans le traitement d'un kyste hydatique du foie exempt de complication. On pratiquera d'abord une ponction à la fois exploratrice et évacuatrice avec l'appareil Dieulafoy ou celui de Potain, et, s'il est possible, on videra entièrement la poche. Après cette ponction, on aura soin de maintenir le malade au repos le plus absolu pendant plusieurs jours en prescrivant l'opium et les applications de glace sur le ventre.

On devra dans la suite se comporter différemment selon les résultats fournis par cette ponction. Si le kyste, renfermant beaucoup de liquide et peu de vésicules, a pu être évacué complètement, on pourra avoir de nouveau recours à une deuxième ou à une troisième ponction, alors que la poche se sera de nouveau remplie. Cependant nous ne conseillons pas de persister dans cette voie, et nous préférons employer la méthode de Boinet, et introduire une grosse sonde à demeure dans le kyste. Pour plus de précautions, on pourra, à l'extrémité de celle-ci, adapter un morceau de baudruche circulaire, dont les parois en s'accolant empêcheront l'accès de l'air dans la poche hydatique. On y joindra l'usage des injections détersives, et, dans les cas où la sécrétion présentera une odeur fétide et une grande abondance, l'emploi des lavages iodés, dont on connaît l'influence modificatrice sur les parois kystiques. Il est bien entendu que si, au début du traitement, le kyste présentait des signes manifestes d'inflammation, c'est à ce dernier procédé que nous aurions recours immédiatement.

Si, au lieu d'avoir affaire à un kyste facile à évacuer par la ponction, on se trouve en présence d'un kyste renfermant avec peu de liquide

(1) Thèse de Magnant.

(2) *Gaz. médic.*, 15 sept. 1877.

une grande quantité de vésicules, j'estime que la méthode d'ouverture large, d'après le procédé de Récamier, est supérieure à toutes les autres et seule capable dans ces cas graves de donner de bons résultats.

Quant à la conduite à tenir dans l'hypothèse où le kyste serait rompu dans l'un des organes voisins, elle est entièrement subordonnée à l'état général du malade, ainsi qu'à la nature des accidents.

3° Tumeurs de la vésicule biliaire.

Les tumeurs formées par la vésicule biliaire ne donnent lieu qu'à un nombre fort restreint de considérations d'ordre chirurgical. Leur situation profonde, les lésions concomitantes du foie et des canaux excréteurs de la bile n'autorisent qu'exceptionnellement, et dans des cas que nous aurons à déterminer, une intervention active du chirurgien. Il est cependant important d'avoir sur ces tumeurs des notions générales, en raison des erreurs fréquentes de diagnostic dont elles ont été l'objet et des opérations inutiles ou même nuisibles qu'en conséquence de ces erreurs on a dirigées contre elles.

On consultera, pour leur étude, les ouvrages suivants :

FAUCONNEAU-DUPRESNE, *Traité de l'affection calculeuse du foie*, Paris, 1851. —
FRERICHS, *Traité des maladies du foie*, 2^e édit., 1866. — HAUTEVILLE, *Tumeurs de la vésicule biliaire*, thèse de Paris, 1873.

Les tumeurs de la vésicule biliaire, lorsqu'elles font une saillie appréciable à l'extérieur et qu'elles deviennent accessibles à l'exploration directe, ont pour siège spécial l'angle formé par les fausses côtes droites et le bord externe du muscle droit correspondant. Cependant il n'est pas rare de les rencontrer dans une autre région et à une distance plus ou moins considérable de leur point de départ. Les dimensions variables du mésocyste, l'extension que prennent souvent ces tumeurs, donnent la raison de ces variations qui ne laissent pas que de créer de grandes difficultés diagnostiques.

Qu'elles soient solides ou liquides, leur forme reproduit, en général, celle de la vésicule; cependant, au lieu d'être piriformes ou ovoïdes, elles affectent parfois l'aspect intestinal, la forme d'un gros cylindre. Disons que souvent aussi l'épaisseur de la paroi abdominale et la contraction des muscles qui la constituent empêchent, sur le vivant, d'en apprécier exactement les limites et la configuration extérieure. Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'un petit œuf jusqu'à celui d'une tête d'enfant et souvent bien davantage; mais des dimensions aussi considérables ne s'observent que dans les cas de dilatation du réservoir biliaire.

1° Parmi les *tumeurs solides de la vésicule biliaire*, qui sont du reste peu nombreuses et ne présentent qu'un intérêt chirurgical médiocre, le

cancer occupe la place la plus importante. Il est le plus souvent secondaire et consécutif à celui d'un organe voisin; cependant, ainsi qu'il ressort des recherches de Durand-Fardel, il peut être primitif et se développe alors dans le tissu conjonctif sous-muqueux de la vésicule, dont il envahit consécutivement les autres tuniques. Les formes qu'il affecte sont les formes communes : colloïde, squirrheuse, encéphaloïde et vil-leuse. C'est une affection de la vieillesse qui se rencontre surtout chez les femmes et assez souvent concurremment avec la lithiase biliaire.

Au début, il ne détermine que des symptômes fort vagues; plus tard, quand l'ictère, les signes de rétention biliaire, les indices généraux d'un cancer et les caractères particuliers d'un cancer abdominal et hépatique, appellent l'attention du côté de la vésicule du fiel, il peut encore être facilement confondu avec un cancer des voies digestives et du péritoine. Le seul symptôme véritablement pathognomonique serait l'existence d'une tumeur de la région cystique, globuleuse, bosselée, dure, douloureuse, coïncidant avec les symptômes que nous venons d'énumérer.

Quant au traitement de cette affection, il est, on le conçoit bien, absolument nul; en tout cas, en présence d'une tumeur solide de la région cystique, le chirurgien devra avoir présents à la mémoire certains cas malheureux d'intervention, et en particulier celui d'Andral, qui a ponctionné un cancer de la vésicule au lieu d'un abcès qu'il croyait trouver.

2° La *lithiase biliaire* peut également donner lieu exceptionnellement à des tumeurs solides de la vésicule. Dans ce cas, au lieu d'être distendue par la bile comme à l'ordinaire, la vésicule est rétractée sur les calculs qu'elle enchatonne étroitement; le canal cystique est fréquemment oblitéré; les calculs sont souvent fort nombreux ou très-gros et se correspondent exactement par leurs facettes.

On constate dans ces faits, qui sont peu communs, l'existence d'une tumeur reproduisant la forme de la vésicule, mais nullement fluctuante, et présentant au contraire une dureté osseuse. De plus, ainsi que J. L. Petit l'a indiqué le premier, il est possible, par la palpation et l'auscultation, d'y percevoir un bruit de frottement résultant de la collision des calculs. Lorsque ce dernier bruit vient à faire défaut, il est fort probable qu'il n'existe qu'un calcul de dimensions considérables. Une conséquence fréquente de ces tumeurs biliaires calculeuses est la cholécystite, qui, en se propageant au tissu cellulaire et au péritoine, détermine la formation d'adhérences et la perforation de la vésicule. Les complications qu'on observe sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans les cas de dilatation de la vésicule biliaire par du liquide,

3° La forme que nous venons de décrire, et dont le diagnostic se fonde sur les caractères de la tumeur et les signes généraux de la lithiase biliaire, est en somme fort rare, et le plus souvent, en même temps que

les calculs, on trouve une distension plus ou moins considérable de la vésicule par du liquide. C'est à cette tumeur liquide, dont la nature peut du reste varier, qu'on a donné le nom de *tumeur biliaire proprement dite*. Bien que la lithiase biliaire en soit l'origine la plus habituelle, elle peut se développer sous l'influence de toutes les causes déterminant une occlusion passagère ou permanente du canal cholédoque ou du canal cystique, qu'elles soient cavitaires, pariétales ou extra-pariétales. C'est dire que la tumeur biliaire peut avoir des origines multiples que nous n'avons pas à énumérer ici.

La vésicule biliaire distendue présente des parois épaisses et fibreuses, lorsque l'accumulation du liquide, consécutive à l'oblitération des voies biliaires, s'est faite d'une façon lente et graduelle.

Dans les conditions opposées, les parois en sont fort amincies, surtout lorsque la distension de la vésicule est considérable. Mais il est rare que cet amincissement soit poussé assez loin pour en provoquer la rupture; aussi la vésicule, en se dilatant, peut-elle atteindre les proportions les plus exagérées, s'étendre jusqu'à l'ombilic, l'os iliaque ou l'hypochondre gauche.

Le liquide qu'elle renferme en quantité variable est en général un liquide biliaire visqueux, plus ou moins altéré, mélangé fréquemment de calculs. Lorsque des phénomènes inflammatoires se sont développés du côté des parois cystiques, c'est un mélange de pus et de bile qu'on y trouve; enfin, dans certains cas où le canal cystique est oblitéré, la bile que renfermait la vésicule a entièrement disparu et a fait place à un liquide séreux, qui peut s'accroître au point de constituer une *hydropisie enkystée de la vésicule*.

Il est rare d'observer une dilatation un peu accusée de la vésicule sans qu'il se produise en même temps de la cholécystite et souvent de la péricholécystite. Le péritoine ne tarde pas à devenir également le siège d'une inflammation localisée qui amène la production d'adhérences et prépare une voie à l'élimination du contenu de la tumeur. Celle-ci finit, en effet, souvent par s'ouvrir dans les organes voisins, le plus souvent dans le duodénum ou le côlon transverse, parfois à la surface externe de la paroi abdominale, donnant lieu à des fistules biliaires plus ou moins rebelles. Lorsque les adhérences ne se sont pas formées ou qu'elles sont insuffisantes, le contenu de la vésicule se vide dans le péritoine et amène une péritonite générale rapidement mortelle. Dans des cas plus heureux, l'obstacle au cours de la bile ayant été levé, la tumeur s'évacue directement dans l'intestin, à travers les voies naturelles.

Les symptômes et les terminaisons de la tumeur biliaire dépendent à la fois de la nature de la lésion originelle et des complications qui peuvent survenir. Pour plus de simplicité, nous prendrons comme type de notre description la tumeur biliaire que l'on observe dans le cours de la lithiase biliaire.

Au degré le plus léger, on n'observe qu'une simple saillie anormale de la région cystique, appréciable par la palpation et la percussion profonde. Mais il est un certain nombre de faits où la vésicule forme une véritable tumeur et quelquefois une sorte de hernie à travers la paroi abdominale. Ainsi que nous l'avons dit, elle peut alors occuper une région de l'abdomen fort éloignée de son point de départ. Cette tumeur est arrondie, globuleuse, élastique et souvent nettement fluctuante : tantôt elle est très-mobile et suit alors les mouvements du diaphragme ou ceux que la main lui imprime ; tantôt, au contraire, elle est adhérente à la paroi abdominale et même à la peau, qui ne glisse plus facilement au-devant d'elle. On n'y perçoit pas, en général, le bruit de collision des calculs.

Son apparition peut être subite, comme les crises de coliques hépatiques, dont elle suit fidèlement les diverses phases. Très-communément aussi, elle est persistante, tout en variant de volume d'un jour à l'autre, suivant que l'obstacle au cours de la bile est plus ou moins complet, que le passage de ce liquide dans la vésicule est encore possible ou que la sécrétion des parois de celle-ci est plus ou moins abondante.

Souvent la tumeur ne détermine aucune gêne, aucune douleur, aucun accident grave ; d'autres fois on observe tous les symptômes de la rétention biliaire. On comprend du reste que les symptômes fonctionnels varient suivant la nature et le siège de l'obstacle, le début plus ou moins brusque des accidents et l'apparition des complications que nous avons déjà laissé entrevoir. C'est ainsi que, lorsque la cholecystite se déclare, la tumeur augmente de volume, devient douloureuse ; parfois le liquide intra-vésiculaire subit la décomposition putride, ce que l'on reconnaît au son tympanique révélé par la percussion de la tumeur. En même temps se montrent des signes généraux graves, une fièvre vive, des troubles digestifs plus ou moins accusés.

La mort est fréquemment la conséquence de cette complication ; elle est absolument la règle lorsqu'une péritonite par perforation se déclare et se généralise. Une détente assez sensible est au contraire le résultat de l'évacuation du contenu de la vésicule dans l'intestin ; dans ces cas, le malade ne tarde pas à rendre par l'anus un liquide muco-purulent, souvent mélangé de calculs. Quand c'est au contraire la paroi abdominale qui se perfore, on voit survenir successivement une rougeur de la peau, un empâtement de la région ; puis les signes d'un phlegmon de l'hypochondre deviennent de plus en plus manifestes ; enfin la tumeur s'ouvre au dehors, quelquefois fort loin de son point de départ. On cite dans la science bon nombre d'observations où cette terminaison heureuse a été observée.

Les phénomènes consécutifs à cette ouverture spontanée sont variables. Tantôt il s'écoule par l'orifice extérieur du muco-pus mélangé d'air et renfermant des calculs ; souvent aussi, le pus sort seul et les calculs ne sont éliminés que bien plus longtemps après, ce qui tient

à l'étroitesse et à la longueur du trajet étendu de la vésicule à la peau. Nous avons décrit ailleurs les fistules biliaires cutanées qui en résultent et qui persistent souvent fort longtemps, sans altération de la santé générale.

Le diagnostic de la tumeur biliaire est, en somme, fort obscur, et c'est surtout avec les abcès et les kystes du foie, avec certaines variétés de cancer abdominal et même l'ascite qu'elle a été confondue. L'étude des caractères physiques de la tumeur, des antécédents et des phénomènes concomitants sera nécessaire pour arriver à la vérité.

Il est souvent fort difficile de reconnaître les différentes variétés de tumeurs biliaires et le siège exact de l'obstacle. Cependant l'existence de l'ictère devra faire croire à une oblitération du conduit cholédoque, tandis que l'absence de ce symptôme fera pencher vers l'idée d'un obstacle dans le canal cystique. Seule une ponction exploratrice, qu'il ne faudra pratiquer qu'avec la plus grande réserve, pourra renseigner exactement sur la nature du liquide, l'existence de calculs, et par conséquent contribuer au diagnostic pathogénique de cette affection.

TRAITEMENT. — Quand la tumeur biliaire est de petit volume et qu'elle ne donne lieu à aucun accident inquiétant, l'abstention est absolument de rigueur et les seuls moyens auxquels il soit permis d'avoir recours sont les moyens palliatifs. La compression et, dans certains cas, le massage de la région cystique ont donné quelques résultats et fait obtenir la disparition de tumeurs biliaires volumineuses, lorsque l'obstacle à l'écoulement de la bile n'obstruait pas entièrement les voies biliaires. La conduite à tenir serait la même dans les cas où une tumeur biliaire calculeuse ne déterminerait aucun accident sérieux.

La tumeur prend-elle des proportions plus considérables sans amener toutefois des phénomènes inflammatoires graves, l'expectation est encore conseillée par bon nombre d'auteurs, et nous pensons également, quoique la ponction exploratrice faite dans une tumeur biliaire paraisse absolument innocente, qu'il est prudent de s'abstenir dans ce cas. Mais si l'extension de la tumeur devient considérable, si des signes de cholecystite se manifestent dans une tumeur biliaire par rétention ou une tumeur calculeuse, l'intervention chirurgicale nous paraît indiquée afin de prévenir les dangers qu'entraîne fatalement dans ce cas la temporisation. La peau ne présente-t-elle aucune altération ? c'est à la ponction évacuatrice que nous donnerions la préférence si les accidents étaient très-pressants. Un gros trocart serait nécessaire dans ce cas pour évacuer la bile, souvent plus visqueuse et plus épaisse qu'à l'état normal. Si le cas était moins pressant, c'est aux caustiques qu'il faudrait avoir recours, selon la méthode de Récamier. Enfin, si les symptômes d'un phlegmon péricholecystique étaient nets et évidents, on devrait donner la préférence à l'incision avec le bistouri, qui assure ainsi au pus et aux calculs une issue large et facile.

Nous avons examiné ailleurs la conduite à tenir en présence d'une fistule biliaire externe.

III. LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RATE.

1° Abscès.

Dans la rate, comme dans le foie, on peut rencontrer des abcès *idiopathiques* et des abcès *métastatiques*. Il ne sera question que des premiers, qui nécessitent quelquefois l'intervention du chirurgien.

ÉTIOLOGIE. — Il n'est pas toujours possible de découvrir la cause de l'inflammation suppurative de la rate. Les traumatismes, agissant par contusion, déterminent plus souvent la rupture de la rate que sa phlegmasie.

Le surmenage, les marches forcées semblent, avec quelque vraisemblance, pouvoir être parfois invoquées : Berlyn, cité par Banberger (1), rapporte le cas d'un soldat qui, à la suite de marches forcées, fut atteint d'un abcès de la rate, lequel s'ouvrit au dehors ; la guérison fut complète. Deux autres cas sont cités par Delmas (2) et Audouard (3).

Le refroidissement est la seule cause que nous trouvions signalée dans une observation rapportée par Gluge (4). Enfin l'infection palustre et la fièvre typhoïde peuvent être considérées comme fournissant une bonne partie des observations d'abcès de la rate qui ont été publiées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tantôt la collection purulente occupe toute la masse splénique, n'ayant pour paroi que la capsule plus ou moins altérée, plus ou moins épaissie ; tantôt elle présente un ou plusieurs foyers dont les parois sont formées par la substance splénique imprégnée d'exsudat, et envoyant souvent dans l'intérieur de l'abcès, des prolongements trabéculaires.

Si le processus morbide ne se développe pas davantage, la collection se limite et s'enkyste ; il peut se former une capsule de tissu conjonctif qui parfois servira à la résorption du pus et à la rétraction cicatricielle foyer.

Le pus est jaune, assez souvent rougeâtre, renfermant des débris de la substance splénique ; quelquefois il est couleur lie-de-vin.

Les collections purulentes de la rate peuvent, comme celles de tous les viscères abdominaux, cheminer dans différentes directions après avoir perforé la capsule splénique. Si un travail de péritonite n'a pas préparé une barrière contre l'irruption du pus, le liquide peut s'épancher dans la cavité du péritoine : d'autres fois, par suite d'adhérences

(1) Besnier, *Diction. encyclop. des sciences méd.*, art. RATE.

(2) *Dictionnaire en 30 vol.*, art. RATE.

(3) *Des congestions sanguines de la rate*, thèse. Paris, 1818.

(4) *Bullet. de l'Acad. roy. de Belgique*, t. IV, p. 125, et *Gaz. hebdom.*, 1870, n° 21.

contractées avec un organe voisin, le pus peut arriver dans l'estomac, le côlon ou la plèvre, à travers le diaphragme. Enfin il peut fuser dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et constituer un abcès migrateur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Dans certains cas, aucun trouble fonctionnel, aucune altération locale ne viennent, pendant la vie, déceler l'existence du travail inflammatoire qui s'accomplit dans l'épaisseur de la rate, et c'est seulement à l'autopsie que l'on a trouvé de volumineux abcès spléniques. Toutefois, il n'en n'est généralement pas ainsi et certains signes locaux ou généraux peuvent fournir quelques présomptions sur l'existence et la nature de l'affection.

Dans quelques cas on a noté une tuméfaction de la région splénique. Dans l'observation de Gluge, il y avait dans l'hypochondre gauche, entre la huitième et la dixième côte, une légère voussure. La percussion peut révéler l'augmentation de volume de la rate, qui ne dépasse pas les dimensions constatées dans le paludisme aigu et le typhus. L'examen local provoque le plus souvent de la douleur. Celle-ci paraît être d'autant plus intense que l'inflammation siège dans les parties les plus superficielles de la rate, ce qui doit être imputé à la péritonite péricapsulaire et à l'irritation phlegmasique des organes voisins : diaphragme, estomac, intestin. Assez souvent il y a pour le malade impossibilité de reposer sur le côté droit.

Comme symptôme généraux, outre l'inappétence, les nausées, les vomissements, on a signalé, au moment où l'abcès se forme, des frissons et de l'augmentation vers le soir dans la fréquence du pouls et dans la température. Il n'est pas rare de voir l'ensemble des phénomènes fébriles revêtir le caractère intermittent. L'accès peut être pernicieux et enlever le malade très-rapidement.

Les abcès de la rate se terminent le plus ordinairement par la mort, soit que les malades succombent épuisés par la fièvre hectique, soit qu'une complication vienne hâter l'issue fatale. On cite un certain nombre d'observations dans lesquelles le pus d'un abcès de la rate s'est vidé dans le péritoine ou dans un organe voisin (estomac, côlon transverse, bronches, etc.) ; mais il est permis d'élever des doutes sur l'exactitude du diagnostic. L'ouverture à l'extérieur, à travers les parois abdominales, paraît avoir été suivie dans quelques cas de guérison, soit que cette ouverture se soit faite spontanément, soit qu'elle ait été pratiquée par le chirurgien, comme dans le fait de Gluge déjà cité.

On devrait, en effet, dans les cas où le diagnostic serait suffisamment établi, imiter la conduite suivie par le chirurgien belge et ouvrir la collection purulente, selon la méthode de Récamier pour le traitement des abcès et des kystes du foie.

2° Kystes.

On peut rencontrer dans la rate des *kystes séreux* et des *kystes hydatiques*; ces deux variétés ne diffèrent qu'au point de vue anatomopathologique.

DAVAINE, *Traité des entozaires*. Paris, 1860. — MAGDELAIN, *Des kystes séreux et acéphalocystiques de la rate*, thèse de Paris, 1868.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les kystes séreux, développés dans l'épaisseur même du parenchyme de la rate, sont *uniloculaires* ou *multiloculaires*. Le kyste, une fois formé, augmente peu à peu de volume et se porte vers la périphérie de l'organe; les parois sont tapissées à l'intérieur d'une membrane blanchâtre, comme nacrée, revêtue d'un épithélium pavimenteux. Elles peuvent s'incruster de phosphate et de carbonate de chaux. Le liquide est constitué par de la sérosité sans hydatides; on peut y rencontrer des globules sanguins, quelques leucocytes, des cristaux de cholestérine. La chaleur et l'acide nitrique y démontrent la présence de l'albumine.

Les *kystes hydatiques* de la rate, sans être fréquents, ne sont pas absolument rares. Quoique les hydatides puissent se développer isolément dans la rate, le plus souvent on en rencontre en même temps dans d'autres organes, le foie en particulier.

Le développement des kystes hydatiques dans la rate ne présente rien à étudier qui soit spécial à cet organe.

Le volume de ces tumeurs peut varier dans des limites très-étendues, depuis les dimensions d'un pois jusqu'à celles d'une vaste poche remplissant tout l'abdomen et contenant plusieurs litres de liquide.

SYMPTOMATOLOGIE. — Peu volumineux, les kystes de la rate passent inaperçus; lorsqu'ils ont acquis un certain volume, ce qui arrive après un temps plus ou moins long, ils tendent à se porter vers la partie inférieure ou la face interne de l'organe; ils peuvent alors produire une déformation de la région et donner lieu à certains troubles dus à la compression ou aux tiraillements qu'ils exercent sur les organes voisins.

Parmi les symptômes fonctionnels qui en résultent, on a noté: la douleur, plus ou moins vague, ressentie dans l'hypochondre gauche; du côté des voies digestives, la gastralgie, quelquefois des vomissements, de la difficulté de digestion, dus aux tiraillements exercés par la tumeur sur l'estomac, l'obstruction intestinale passagère, par compression de l'angle des côlons; du côté des voies respiratoires, on remarque une gêne de la respiration produite, soit par obstacle à la dilatation du thorax, soit par refoulement du poumon.

Pour ce qui est des signes physiques, outre la déformation de l'hypochondre gauche et le soulèvement des fausses côtes, que l'inspection permet de constater, la palpation fera reconnaître une tumeur fluctuante, dont l'extrémité inférieure répondra à l'ombilic ou même à la fosse iliaque gauche.

Par la percussion, on constatera une augmentation du volume de la rate, dont la matité se continue manifestement avec celle de la tumeur. On ne paraît pas avoir jamais senti le frémissement hydatique.

Les kystes de la rate ont peu de tendance à s'arrêter dans leur développement; quelquefois, cependant, ils restent à peu près stationnaires; mais, le plus souvent, ils tendent à s'accroître, soit spontanément, soit à la suite d'une contusion; ils peuvent même arriver à l'inflammation et à la suppuration. Il se développe alors une douleur vive dans l'hypochondre gauche, avec tous les signes d'une suppuration profonde. Enfin les kystes de la rate peuvent se vider dans un organe voisin ou s'ouvrir même à la surface des téguments. On a cité un exemple d'ouverture d'un kyste de la rate à l'ombilic.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des kystes de la rate, alors même qu'ils sont volumineux, est difficile; au début, il est impossible.

On pourrait confondre les kystes de la rate avec l'hypertrophie de ce viscère, les tumeurs du foie et du rein, et les tumeurs du bassin, surtout chez la femme.

Dans l'hypertrophie simple, la rate conserve toujours sa forme primitive; le kyste au contraire déforme l'organe. L'état général ne présente aucune particularité notable dans le cas de kyste, tandis que l'hypertrophie s'accompagne des symptômes de l'impadulisme, de la leucémie, etc.

Les tumeurs du rein gauche, au contraire (kystes, hydronéphrose), ont été souvent prises pour des kystes de la rate; en l'absence de signes certains d'affection rénale, le mieux sera de se tenir sur la réserve.

Il est plus aisé de distinguer les tumeurs du foie; le siège de la matité est différent, et entre celle du kyste et celle de la rate, se trouve interposée la sonorité due à une partie du tube digestif.

On peut encore confondre les kystes de la rate avec les kystes de l'ovaire. Tel est le cas de la jeune fille opérée en 1867 par Péan, qui enleva la rate atteinte d'un énorme kyste, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire.

TRAITEMENT. — Le traitement des kystes de la rate ne diffère pas de celui des kystes du foie, et nous renvoyons le lecteur à la partie de ce livre où sont exposées les diverses méthodes de traitement applicables à ces derniers. Nous nous bornons à émettre les propositions suivantes, relativement au traitement des kystes de la rate:

1° La ponction capillaire semble être, plus souvent dans la rate que dans le foie, suivie d'accidents de suppuration.

2° L'ouverture du kyste par les caustiques paraît être le moyen de

traitement le plus sûr, et s'il y a eu ponction exploratrice préalable, il faut se hâter d'exécuter l'opération pour devancer le développement des accidents phlegmasiques imminents après la ponction.

3° La splénotomie, malgré les succès qu'elle a procurés, doit être réservée pour des cas exceptionnels, sinon tout à fait rejetée dans le traitement des kystes de la rate.

3° Hypertrophie.

Nous aurions complètement passé sous silence l'hypertrophie de la rate, dont l'étude appartient tout entière à la pathologie interne, si l'intervention hardie du chirurgien n'avait été couronnée de succès dans quelques cas.

L'hypertrophie de la rate, consistant dans l'hypergenèse de tous les éléments de cet organe, sans altération prédominante de ces éléments, est le plus souvent consécutive à l'infection paludéenne, à la cachexie leucémique, à la cirrhose du foie, à l'oblitération de la veine porte. Il est évident que, dans ces diverses conditions, l'intervention chirurgicale doit être absolument contre-indiquée. Mais à côté de l'hypertrophie secondaire, on trouve des cas où l'hypergenèse des éléments normaux de la rate paraît idiopathique, sans qu'on puisse déterminer sous quelles influences se développe la maladie. Suivant quelques auteurs, l'action du traumatisme serait seule établie.

L'hypertrophie splénique idiopathique présente un début insidieux, une marche lente. La rate en se développant peut acquérir un volume énorme. Grisolle a présenté à l'Académie de médecine une rate hypertrophiée qui pesait 4100 grammes. En même temps que l'organe augmente de volume, on voit se développer des troubles de plus en plus accusés du côté des diverses fonctions. La nutrition s'altère, les forces se perdent peu à peu, il survient des phénomènes sympathiques, tels que vomissements, dyspeisie, palpitations, etc., enfin l'ascite et l'œdème des membres inférieurs indiquent bientôt la gêne de la circulation intra-abdominale. La mort est la terminaison fatale de la maladie, contre laquelle échouent toutes les ressources de la thérapeutique médicale.

Dans ces conditions seulement, et après s'être assuré par un examen minutieux que tous les organes sont sains, le chirurgien serait fondé à proposer comme ressource extrême l'ablation de la rate hypertrophiée.

On a vu, à l'occasion des plaies pénétrantes de l'abdomen que, dans un certain nombre de cas où la rate faisait saillie à l'extérieur et où la réduction ne put être obtenue, le chirurgien n'hésita pas à réséquer la partie herniée après l'avoir entourée d'une ligature. Cette pratique paraît avoir été constamment suivie de succès dans les dix-neuf ou vingt observations qui ont été publiées. Ces faits, rapprochés des résultats fournis par l'expérimentation et qui montrent les animaux survivant à l'extirpation de la rate, semblent justifier dans une certaine mesure la

splénotomie chez l'homme, lorsque le développement pathologique de la rate devient un danger sérieux pour la vie.

Cette opération paraît avoir été pratiquée avec succès par Zaccarelli et Fioraventi, en 1549, pour un cas d'hypertrophie de la rate; mais l'authenticité de ce fait a excité des doutes. La première opération incontestable de splénotomie a été faite par Quitarbaum, en 1836, et malgré l'insuccès dont elle fut suivie, quelques chirurgiens, parmi lesquels il faut citer Kuchler, Spencer Wells, Kœberlé, Péan, Martin, etc., n'hésitèrent pas à y avoir recours. Barrault (1) a rapporté dans sa thèse, parue en 1876, huit observations de splénotomies chez l'homme. Depuis cette époque de nouveaux faits ont été publiés, et on peut compter aujourd'hui environ 15 cas de splénotomies ayant fourni 7 guérisons. Ces résultats justifient donc l'opération, quand toutes les ressources thérapeutiques ont échoué et qu'il n'existe pas de contre-indication dépendant de l'état général du malade.

Notre intention n'est pas de décrire minutieusement le manuel opératoire de la splénotomie qui, d'ailleurs, ne diffère que peu de celui de l'ovariotomie. Nous renvoyons à la description de cette dernière opération, pour tout ce qui concerne l'isolement de l'opéré, l'appareil instrumental, etc. Nous décrirons seulement les divers temps de l'opération.

1^{er} temps. *Incision des parois abdominales.* — La longueur de l'incision varie avec le volume de la tumeur à extraire: elle doit s'étendre au-dessus et au-dessous de l'ombilic, de telle sorte que ce dernier point la divise approximativement en deux moitiés. On fait généralement cette incision sur la ligne médiane, dans l'interstice des muscles droits, en contournant l'ombilic. Quelques chirurgiens dirigent leur incision le long du bord externe du muscle droit du côté gauche.

2^{me} temps. *Dégagement de la tumeur.* — Les précautions étant prises comme dans l'ovariotomie, la tumeur se présente entre les lèvres de la plaie, le plus souvent coiffée du grand épiploon. Si celui-ci n'est pas adhérent, il est refoulé sous l'hypochondre gauche; s'il y a des adhérences peu étendues, on les rompt, et l'on agit ensuite comme si l'épiploon n'était pas adhérent. Si on reconnaissait qu'on ne peut y parvenir sans produire des déchirures ou amener une hémorrhagie, on renoncerait à décoller l'épiploon pour l'instant, et on procéderait au dégagement en bloc de la tumeur et du repli séreux qui la coiffe.

Pour dégager la tumeur, en raison de sa texture on ne peut ni la saisir avec des pinces, ni la traverser d'un fil qui servirait à l'entraîner. Il faut glisser un doigt sous le bord le plus déclive de l'organe, le soulever et l'engager de champ entre les lèvres de la plaie; en ce moment les aides qui contiennent les parois ventrales exerceront une légère pression en dedans et en arrière pour s'opposer à l'issue des intestins.

Si l'épiploon a été trouvé adhérent à la tumeur qu'il coiffe, s'il n'a pu

(1) *De la splénotomie chez l'homme*, thèse, Paris, 1876.

en être détaché, on comprendra dans une ligature en masse, portée aussi bas que possible, toute la largeur de l'épiploon adhérent, et l'on pratiquera la section. La portion liée sera placée à l'angle supérieur de la plaie.

3^{me} temps. *Ligature des vaisseaux, ablation de la tumeur.* — Quelques chirurgiens ont lié séparément les vaisseaux et rentré l'épiploon gastro-splénique dans le ventre. Mais ce procédé est délicat; il ne met pas à l'abri des hémorrhagies, un petit vaisseau peut être oublié, comme dans le cas de Küchler. D'autres enserrent d'un seul coup le pédicule de la tumeur dans une anse de fil métallique, ce qui permet de voir où porte la constriction et d'éviter d'intéresser la queue du pancréas; puis le pédicule, après le détachement de la rate, est fixé dans l'angle supérieur de la plaie. Ce second procédé nous paraît préférable. La fermeture du ventre et les soins consécutifs seront décrits à l'ovariotomie.

FIN DU TOME CINQUIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE CINQUIÈME TOME.

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DES RÉGIONS.

(SUITE.)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE XV. — MALADIES DU COU | 1 |
| Considérations anatomiques. — Division du cou en régions secondaires..... | 1 |
| I. Maladies du cou envisagé comme région du corps..... | 7 |
| ART. I. Lésions traumatiques du cou..... | 7 |
| 1 ^o Contusions..... | 7 |
| 2 ^o Plaies..... | 8 |
| 3 ^o Plaies des vaisseaux et des nerfs principaux du cou..... | 12 |
| A. Plaies des artères..... | 12 |
| B. Plaies des veines..... | 19 |
| C. Blessures des nerfs..... | 25 |
| ART. II. Lésions vitales et organiques du cou..... | 28 |
| 1 ^o Maladies inflammatoires..... | 28 |
| A. Phlegmons et abcès aigus..... | 28 |
| B. Abcès chroniques..... | 33 |
| 2 ^o Fistules..... | 34 |
| A. Fistules accidentelles..... | 34 |
| B. Fistules congénitales (fistules branchiales)..... | 34 |
| 3 ^o Tumeurs..... | 43 |
| A. Tumeurs ganglionnaires (adénopathies)..... | 46 |
| B. Kystes..... | 52 |
| a. Kystes congénitaux..... | 52 |
| b. Kystes non congénitaux..... | 60 |
| c. Tumeurs diverses..... | 62 |
| ART. III. Vices de conformation et difformités du cou..... | 64 |
| 1 ^o Torticolis..... | 64 |
| 2 ^o Cicatrices difformes et vicieuses..... | 72 |