BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL
A 51
2

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

ANNÉE SCOLAIRE 1923-1924

THÈSE

N° 3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Novembre 1923, à 5 heures

PAR

DOUTRELLOT (Pierre-Jules-Lucien)
Né le 31 Août 1896, à AMIENS (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE de

l'Ectopie Splénique

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. VANVERTS

Suffragants : MM. LAMBRET, DEBEYRE, PIERRET

1925
IMP. LEBLANC ET DURANT
204, rue Solférino
LILLE

R. BIBLIOT... ROMA

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1923-1924

THÉSE

N° 3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Novembre 1923, à 5 heures

PAR

DOUTRELLOT (Pierre-Jules-Lucien)

Né le 31 Août 1896, à AMIENS (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

l'Ectopie Splénique

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. VANVERTS

Suffragants : MM. LAMBRET, DEBEYRE, PIERRET

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

1923

IMP. LEBLANC ET DURANT

204, rue Solférino

LILLE

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. P. CHARMEIL (✻, I. ⚘). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✻, I. ⚘)

Clinique médicale	MM. LEMOINE (✻, I. ⚘),	professeur
	COMBEMALE (O. ✻, I. ⚘, M),	id.
	GAUDIER (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
Clinique chirurgicale	LAMBRET (O. ✻, I. ⚘),	id.
	CHARMEIL (✻, I. ⚘),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	BUÉ (✻, I. ⚘),	id.
Clinique obstétricale		
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ⚘, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	CURTIS (✻, I. ⚘),	id.
Hygiène et Bactériologie.	BRETON (✻, I. ⚘),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⚘),	id.
Anatomie	DEBIERRE (✻, I ⚘),	id.
Histologie.	LAGUESSE (✻, I. ⚘),	id.
Chimie minerale et Toxicologie.	VALLÉE (I. ⚘),	id.
Chimie organique	LAMBLING (✻, I. ⚘),	id.
Physique médicale	DOUMER (✻, I. ⚘),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✻, I. ⚘, ⚚, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✻, I. ⚘),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	VERDUN (✻, I. ⚘, ⚚),	id.
	DESOIL (✻, I. ⚘),	suppl.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ⚘),	professeur
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	LE FORT (O. ✻, ⚚, I. ⚘, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	RAVIART (✻, I. ⚘),	id.
Clinique médicale infantile.	CARRIÈRE (✻, I. ⚘),	id.
Thérapeutique	MINET (I. ⚘),	id.
Médecine opératoire.	VANVERTS (✻, I. ⚘),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. BEDART (O. ✻, I. ⚘, ✠), GÉRARD (Georges) (I. ⚘, ✠), INGELRANS (I. ⚘).

COURS COMLPÉMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. GÉRARD (G.) (I. ⚘, ✠)	Chargé du Cours
Clinique des maladies du syst. nerv.	INGELRANS (I. ⚘),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYPE (M.) (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	PIERRET René (I. ⚘),	id.
Médecine légale	LECLERCQ (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (⚚, A. ⚘),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (A. ⚘),	id.
Parasitologie.	DUHOT (A. ⚘),	id.
Déontologie	BERTON (✻, I. ⚘),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (✻, I. ⚘), COMBEMALE (O. ✻, I. ⚘, M).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ⚘), MORELLE (I. ⚘), CALMETTE (C. ✻), LESCŒUR (I. ⚘), BAUDRY (✻, I. ⚘, ✠), DUBAR (O. ✻, I. ⚘), WERTHEIMER (✻, I. ⚘).

Agrégés en exercice :

MM. DESCOMPS (I. ⚘), DEBEYRE (✻, ⚚, A. ⚘), PIERRET (I. ⚘), LECLERCQ (✻, ⚚, I. ⚘), DESOIL (✻, I. ⚘), PELLISSIER (I. ⚘), DUHOT (A. ⚘), GÉRARD M. (⚚, ⚘), MORVILLEZ, POLONOWSKI (⚚, A. ⚘), COMBEMALE, P. DOUMER, P. DELANNOY, PAQUET, OLIVIER, JEANNENAY.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878.)

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRE & SŒUR

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR VANVERTS

Professeur de Médecine Opératoire

à la Faculté de Médecine de Lille

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de très respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
MERLE & FOURNIER,
A MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT

DONT NOUS AVONS ÉTÉ L'INTERNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN
Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens

Qui nous a fourni le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils. Qu'il trouve ici l'expression de notre bien vive reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

INTRODUCTION

En juillet 1922 nous avons eu l'occasion d'observer avec notre Maître, Monsieur le Docteur Poulain, professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, un cas d'ectopie de la rate avec torsion du pédicule guérie par la splénopexie. A ce sujet nous avons recherché les travaux publiés sur la question de la splénoptose et nous avons été frappé de voir qu'elle était encore assez mal au point actuellement.

Ce n'est pas que son étude ait été particulièrement négligée : un assez grand nombre d'observations ont été publiées à ce sujet, observations qui ont inspiré, en particulier il y a une vingtaine d'années, des travaux fort intéressants que nous avons relus avec intérêt et profit : Thèse de Lieffring, Paris 1894 ; Thèse de Darfeuille, Paris, même année ; Thèse de Morault, Bordeaux 1896 ; de Bureau, Paris 1896.

En 1897, Monsieur le Professeur Vanverts consacra à cette question une partie de sa thèse à laquelle nous avons beaucoup emprunté pour mener à bien ce travail. Plus récemment, Aillaud, thèse de Montpellier 1910. Mais la plupart de ces travaux étudiaient surtout une complication, certes très fréquente, de la splénoptose : la torsion du pédicule de la rate. On ne s'en étonnera

pas si l'on songe que cette complication se produit d'après Lieffring dans 20 % des cas d'ectopie splénique, et que d'autre part au cours de presque toutes les interventions on a trouvé un pédicule tordu, le diagnostic de la ptose splénique pure n'ayant jamais été fait.

D'autres part, dans tous ces travaux antérieurs, les auteurs n'admettaient qu'un seul traitement radical de l'affection : la splénectomie, et rejetaient complètement la splénopexie. Ces conclusions, devant le beau succès auquel nous avons assisté, nous ont paru un peu trop absolues.

Dans ce travail nous étudierons donc plus particulièrement l'ectopie splénique pure en dehors de ses complications dont nous ne parlerons qu'accessoirement, nous essayerons de dégager quelques idées nettes au point de vue des symptômes et du diagnostic de cette affection et enfin, à côté des cas nombreux où la splénectomie demeure le seul traitement, nous nous appliquerons à préciser dans quels cas la splénopexie peut trouver ses indications.

ANATOMIE

La rate occupe dans la partie la plus externe de l'hypochondre gauche une région connue sous le nom de loge splénique. Nous ne nous étendrons pas ici sur l'anatomie de cette glande, nous bornant simplement à rappeler quels sont ses moyens de fixité, puisque, comme nous le verrons, c'est surtout à l'affaiblissement de ses moyens de fixité que la rate doit de quitter dans certains cas sa loge pour émigrer dans une région quelconque de l'abdomen.

I. — *Moyens de fixation.* — Ils sont représentés par quatre ligaments qui ont une importance variable. Ce sont :

1° Le ligament gastro-splénique.

2° Le ligament pancréatico-splénique.

3° Le ligament phréno-splénique.

4° Le ligament phréno-colique gauche.

1° *Le ligament gastro-splénique* rattache, comme son nom l'indique, la rate à l'estomac et contient dans son épaisseur les vaisseaux courts. L'estomac étant un organe de capacité essentiellement variable, on conçoit que le rôle de cet épiploon dans la fixité de la rate soit tout à fait secondaire.

2° *Le ligament pancréatico-splénique* est un ligament

inconstant : il relie, lorsqu'il existe, la rate à la queue du pancréas et c'est dans son épaisseur que cheminent les vaisseaux spléniques ; lorsqu'il fait défaut la queue du pancréas vient au contact de la glande.

3° *Le ligament phréno-splénique* n'est autre que l'extrémité supérieure du précédent s'étendant de la tête de la glande au diaphragme. C'est ce ligament, encore appelé pour cette raison, ligament suspenseur de la rate, qui joue le rôle le plus important dans la fixation de la glande, il s'oppose en effet à sa luxation en avant.

4° *Le ligament phréno-colique gauche* mérite d'être mentionné ici, bien que n'appartenant pas en propre à la rate. En effet, creusé en cupule pour recevoir son extrémité inférieure, il contribue à la maintenir en place. Par son intermédiaire, la rate repose sur le rein gauche comme sur un pilier.

II. — *Moyens de contention.* — Au moins aussi important est le rôle joué par la pression intra-abdominale, pression due d'une part à la présence constante de gaz et de liquides dans la partie abdominale du tube digestif etd 'autre part à la tonicité des muscles de la paroi abdominale qui agissent comme une véritable sangle pour appliquer la pelote formée par la masse intestinale sur la rate aussi bien que sur les reins.



ÉTIOLOGIE

A l'état normal, la rate, maintenue dans sa loge par les divers moyens que nous avons énumérés, ne demeure pas complètement immobile.

Au moment de l'inspiration elle s'abaisse et tend à devenir horizontale, sa direction varie également avec l'état de replétion de l'estomac et du colon transverse, avec les changements de position du corps. Cette mobilité physiologique peut disparaître en certains cas à la suite d'adhérences post-inflammatoires ; d'autres fois, au contraire, la rate quitte sa loge et va occuper une région quelconque de la cavité abdominale. Cette ptose splénique peut être secondaire ou primitive

I. — *Ptose secondaire.* — Le fait primitif est ici une maladie de la rate : le plus souvent paludisme, parfois tuberculose, sarcome, leucémie. La glande, hypertrophiée tire sur ses ligaments, plus particulièrement sur le ligament phréno-splénique que l'on trouve distendu, élongé et très fréquemment déchiré dans le cas de rate paludique ectopiée. Cette hypertrophie suffit-elle à expliquer la splénoptose ? Darfeuille a fait à ce sujet des expériences intéressantes sur la résistance des divers ligaments de la rate. Ces expériences, pour n'être pas absolument rigoureuses, puisqu'elles n'étaient faites

que 24 heures après la mort, délai légal pour pratiquer l'autopsie, n'en sont pas moins significatifs. En observant une technique longuement décrite dans sa thèse il mesura successivement sur dix cadavres la résistance des divers ligaments spléniques, et les chiffres obtenus varient dans les limites suivantes :

Ligament phréno-splénique	2 kg 7	4 kg 7
Ligament pancréatico et gastro-plénique	2 kg 9	4 kg 1
Pédicule	2 kg 4	3 kg 5

Dans un seul cas, la résistance du ligament phréno-splénique descendait audessous de 3 kgs, chez un vieillard de 76 ans. Dautre part, si nous envisageons le poids des rates enlevées pour ectopie, nous voyons qu'elles atteignent exceptionnellement 3 kgs et encore dans ce poids faut-il souvent tenir compte de la congestion de l'organe due à la torsion de son pédicule. Donc à part ces cas exceptionnels où l'hypertrophie de la rate suffit à expliquer la distension des ligaments et les déplacements de la glande, il ne faut pas exagérer le rôle de l'augmentation de volume et de poids et à côté d'elle, faire intervenir les causes que nous allons étudier maintenant.

II. — *Ptose primitive.* — Il est en effet des cas où la rate ectopiée est saine, comme dans le cas que nous avons observé : l'augmentation de volume (l'intervention montra une rate doublée de volume) était due uniquement à la congestion de l'organe : le pédicule une fois détordu, les veines s'affaissèrent et la glande reprit son volume normal. C'est à des cas de ce genre que convient plus particulièrement le nom de rate mobile, puisqu'ici l'ectopie est alors de toute évidence le fait initial.

Comment expliquer ces déplacements ?

Dans la plupart des cas c'est par suite d'une véritable insuffisance ligamenteuse que la rate quitte sa loge. On peut, appliquant à la rate ce que Glénard disait du rein, affirmer que la splénoptose n'est qu'un phénomène éventuel qui accompagne la splanchnoptose, un épisode de l'entéroptose. Chez le malade de Trinkler, les mesos, tant de l'intestin grêle que du gros intestin présentaient une longueur anormale. A propos de sa malade, chez laquelle il avait trouvé la rate dans la fosse iliaque droite, Monti écrivait : « Cette ectopie est sans doute due à un relâchement congénital ou acquis des ligaments gastro et phréno-spléniques ».

D'autre part, si l'on songe au rôle joué par la pression intra-abdominale, pression qui, comme nous l'avons vu est fonction de la tonicité musculaire de la paroi abdominale on comprendra que les sujets à paroi relâchée seront particulièrement exposés à la splénoptose, et cela est si vrai qu'à part un seul cas parmi ceux que nous avons pu rassembler, tous les malades étaient des femmes, presque toujours des femmes ayant eu des enfants, souvent même de grandes multipares ; pour ne citer que quelques exemples, la malade de King avait eu 7 enfants, celle de Lawrason 6, celle de Prochownick avait subi 15 accouchements et 4 avortements.

Enfin l'ectopie du rein gauche sur lequel la rate repose comme sur un pilier, pourra entraîner l'ectopie de la rate : c'est le cas de la malade de Brossmann.

Faut-il attribuer aux traumatismes, chutes, etc., un rôle important dans l'étiologie de la splénoptose ? Il est difficile d'admettre qu'à lui seul, sur une rate saine fixée

par des ligaments normaux un traumatisme ait une influence aussi considérable, mais il est certain qu'il peut, agissant comme cause occasionnelle chez un sujet dont la rate est hypertrophiée et les ligaments relâchés, produire un déplacement de l'organe : telle la malade de Markoe (Obs. 243 in thèse de Vanverts), celle de Tricomi (Obs. 150 ibid.), celle de Maclaren (Obs. 19 in thèse d'Aillaud).

Anatomie Pathologique

Nous étudierons dans ce chapitre les lésions qu'on observe dans les cas de splénoptose pure et celles beaucoup plus graves qui résultent de la torsion du pédicule de la rate ectopiée.

I. — *Ptose pure.* — Les lésions portent sur la rate, les ligaments, les organes voisins.

1° *Rate.* — a) *Volume.* — Elle peut être, et c'est bien souvent le cas, une rate malade, paludique, tuberculeuse, sarcomateuse, leucémique et présenter des lésions particulières à ces affections, lésions que nous n'avons pas à décrire ici, ou au contraire, elle peut rester saine et ne présenter aucune altération microscopique ou macroscopique. Diverses lésions ont été signalées : dans une observation de Rokitansky la capsule était épaissie et semée d'incrustations calcaires. Divers auteurs, Pilliet, Pozzi (Bulletin Soc Chir., juillet 1903) ont signalé l'atrophie des corpuscules de Malpighi et la transformation adipeuse ou scléreuse du parenchyme.

b) *Siège.* — Il n'est guère de régions de la cavité abdominale où l'on n'ait rencontré la rate déplacée : nous distinguerons à ce point de vue trois cas principaux :

A) La rate ayant quitté sa loge reste néanmoins dans l'hypochondre gauche au-dessus du meso-colon trans-

verse. C'est la situation qu'elle occupe généralement au début.

B) A un degré plus avancé la rate force le meso-colon et devient libre dans la cavité abdominale ; cette mobilité peut être parfois telle que la tumeur peut occuper un jour telle région, la fosse iliaque droite par exemple, le lendemain la fosse iliaque gauche, quelques heures plus tard le petit bassin, etc...

C) Enfin sous l'influence de l'irritation il se produit de la péri-splénite qui fixe la rate en un endroit quelconque, le plus souvent une des fosses iliaques ou le petit bassin. Dans toutes les observations que nous avons pu trouver nous avons recherché celles qui indiquaient la situation de la rate en ectopie, et nous l'avons vue 18 fois dans la fosse iliaque droite, 13 fois dans la gauche, 13 fois dans le petit bassin et 4 fois au voisinage de l'ombilic. Dans 2 cas même, cités par Ruysch et Bamberger, elle fut rencontrée dans le sac d'une hernie inguinale.

2° *Ligaments.* — Ils sont atteints à des degrés variables. Le ligament phréno-splénique en particulier, le plus important, est étiré, distendu. Il serait, d'après Kolb, fréquemment rompu dans les cas de rate paludique, ce qui faciliterait le renversement de la glande en avant. Quiquerez a trouvé le ligament gastro-splénique relâché et rempli de tissu graisseux.

3° *Lésions de voisinage.* — La rate, nous l'avons vu, peut être libre dans la cavité abdominale ou au contraire contracter des adhérences soit avec d'autres viscères, soit avec la paroi : dans le cas de Pozzi elle était unie à l'utérus, dans l'observation de Monti elle adhé-

rait à la fosse iliaque droite et le cœcum présentait une double perforation.

En dehors de ces adhérences inflammatoires la rate entraîne dans son déplacement les organes auxquels elle est unie normalement : l'estomac et le pancréas en particulier.

Les adnérences sont en général assez peu intimes et se laissent facilement détruire par le chirurgien, mais elles sont parfois si intimes, comme dans un cas rapporté par Heurtaux, qu'il est impossible de les détruire et que la séparation se fait entre la rate et sa capsule qui reste unie aux tissus environnants.

II. — Lorsque le déplacement se complique de torsion du pédicule les lésions sont naturellement beaucoup plus considérables.

1° *Rate.* — Elle présente généralement des lésions de congestion se traduisant par une brusque augmentation de volume. Dans les cas les plus simples c'est une congestion purement passive et il suffit de détordre le pédicule pour que la glande reprenne son volume et ses dimensions normales comme dans le cas de Lawrason ou dans celui du docteur Poulain.

A un degré plus avancé on peut trouver des foyers hémorragiques sous-capsulaires et même une rupture de l'enveloppe fibreuse. Ces lésions de congestion s'expliquent facilement par la gêne qu'apporte la torsion du pédicule à la circulation en retour. En effet les veines qui occupent par rapport à l'artère une situation périphérique, qui possèdent en outre une paroi moins résistante, se laissent comprimer et s'opposent au passage

du sang qui continue à arriver par l'artère demeurée perméable.

L'hypertrophie de la rate n'est cependant pas constante. Il est des cas, beaucoup plus rares il est vrai, où elle est atrophiée. Tel fut celui de la malade de Pozzi (Soc. de Chir., 22 juillet 1903) où l'on trouva par la laparotomie une tumeur située entre la vessie et l'utérus et de volume inférieur à celui de la rate.

2° Le *pédicule* est généralement augmenté de volume et sa grosseur est des plus variables. Les vaisseaux présentent des lésions d'endophlébite et d'endartérite. Dans le cas de Lawrason les veines atteignaient la grosseur de l'intestin grêle. Chez notre malade, les veines, grosses comme le pouce, sont enroulées sur elles-mêmes de la même manière que les veines ombilicales autour du cordon du fœtus. Quant au nombre de tours de spire, il n'est pas fixe : de 1 à 3 tours en général et la rotation peut se faire dans un sens ou dans l'autre.

3° *Lésions de voisinage.* — Outre les lésions décrites plus haut on observe fréquemment, quand la ptose se complique de torsion du pédicule, une ascite plus ou moins abondante Cet épanchement est en général absolument stérile comme l'ont montré les recherches de Morax à propos d'une observation d'Hartmann.

4° *Sang.* — Dans les ectopies simples l'état du sang ne subit aucune modification. Les altérations observées sont dues à des causes étrangères à cette affection, le plus souvent au paludisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Rien n'est plus variable que la symptomatologie de la splénoptose, ce qui s'explique aisément, puisqu'il n'existe aucun signe pathognomonique de cette affection.

Parfois aucun phénomène n'attire l'attention du malade ni du chirurgien et c'est tout à fait par hasard que la ptose est découverte. Dans un autre groupe de faits, après une période de latence plus ou moins prolongée l'affection se révèle brusquement, tragiquement par une des complications que nous étudierons plus loin, le plus souvent torsion du pédicule ou occlusion intestinale. Enfin, d'autres fois, les malades viennent consulter le médecin pour des troubles plus ou moins bien définis qui pourraient, dans certains cas tout au moins, permettre le diagnostic.

Dans l'étude des symptômes nous reprendrons la division précédemment indiquée et nous distinguerons trois degrés suivant l'importance du déplacement et le siège occupé par la glande en ectopie.

1° La rate, ayant quitté sa loge, reste néanmoins au-dessus du mésocolon transverse.

a) Symptômes fonctionnels : très variables, ils sont de trois ordres : douleurs, phénomènes nerveux, troubles digestifs.

Les douleurs sont à peu près constantes et consistent au début de la maladie en une sensation plus ou moins vague de tiraillement au niveau de l'hypochondre gauche. Ces douleurs, d'une intensité variable, sont souvent sourdes au début tout au moins, s'accentuant par la marche et la station debout, se manifestant par des points de côté irradiant vers la région scapulaire, le dos, les côtes et le bassin. D'autres fois elles atteignent d'emblée une grande intensité : la malade de King ressentit trois mois après son septième accouchement, des douleurs extrêmement vives dans la région splénique en même temps qu'apparaissait une tumeur qu'elle comparait à une tasse à thé. Plus rarement la douleur fait défaut comme cela se produisit pour la malade de Malins dont l'attention ne fut attirée que par l'apparition d'une tumeur absolument indolore au niveau de l'hypochondre gauche.

Il est des cas où ce sont les troubles digestifs qui ouvrent la scène, coïncidant ou non avec des symptômes douloureux. L'anorexie est très fréquente. Les vomissements également. La malade d'Albert présentait dans l'hypochondre gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, au niveau de laquelle la pression déterminait des vomissements de matières noires. La diarrhée accompagne souvent les vomissements bien qu'elle soit parfois remplacée par de la constipation.

Ces malades, auxquels le traitement médical prescrit en l'absence d'un diagnostic précis n'apporte souvent aucun soulagement, finissent par se laisser aller au découragement ; leur caractère devient irritable, mélanco-

lique et peu à peu ils s'acheminent vers la neurasthénie.

b) *Signes physiques.* — Les signes physiques sont particulièrement intéressants : ce sont eux qui, en présence des troubles précédemment décrits pourront mettre le clinicien sur la voie du diagnostic. Les différents procédés d'investigation donneront ici des résultats précieux.

La *simple inspection* de la malade permettra souvent de voir qu'on a affaire à un sujet à parois flasques, peu résistantes.

La *palpation* permettra dans des cas favorables de constater la présence d'une tumeur occupant l'hypochondre gauche ; on pourra, sous le rebord costal gauche, sentir la saillie du bord antérieur de la rate qu'on reconnaîtra grâce aux incisures qui le caractérisent.

La *percussion* de la rate donne normalement de la matité au niveau des 9e, 10e et 11e côtes ; une ptose du premier degré se révélera par le fait que la matité splénique descendra au-dessous de la limite normale.

Enfin on a signalé à l'*auscultation*, dans le cas rapporté par Angerer, par exemple, un souffle qui serait produit par la compression ou la coudure de l'artère splénique, mais ce signe est bien inconstant.

2° La rate ectopiée a forcé le mésocolon transverse et se trouve libre dans la cavité abdominale.

a) *Symptômes fonctionnels* — Ils sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent : troubles digestifs, anorexie, vomissements, gastralgie, diarrhée ou constipation. Douleurs consistant en tiraillements. Parfois le malade a la sensation subjective de la mobilité de sa tumeur. Dans le fait rapporté par Lieutaud il compa-

rait la sensation éprouvée à celle que lui causerait un animal errant dans l'abdomen. Une malade de Massopust (Obs. 144 in thèse de Vanverts) percevait très nettement les mouvements de la rate déplacée chaque fois qu'elle se courbait vers la terre.

Certaines malades éprouvent au niveau des organes génitaux des douleurs qui s'exagèrent au moment des règles. Au niveau des membres inférieurs les douleurs sont parfois très marquées : elles consistent en boiterie, troubles de la marche, de la station debout : la malade de Prochownick boitait tantôt à droite, tantôt à gauche suivant que la rate se déplaçait de l'un ou l'autre côté spontanément ou parce qu'on l'y refoulait.

b) *Signes physiques*. — La *percussion* révélera de la sonorité à l'endroit où normalement on devrait trouver la matité splénique.

A la palpation on constatera en un endroit quelconque de l'abdomen une tumeur que deux caractères permettront de reconnaître pour une rate : sa forme caractéristique, principalement les incisures de son bord antérieur et son extrême mobilité. De Quervain rapporte le cas d'une jeune fille venue du Sénégal en Europe pour se faire extirper une tumeur de l'ovaire. La malade était paludéenne depuis sa jeunesse et le bord droit de la tumeur frappait par son caractère nettement tranchant. Ce dernier point lui fit poser le diagnostic de rate malarique déplacée et l'intervention permit l'extirpation d'une rate pesant 2 kil. 500 dont le pédicule considérablement étiré passait par-dessus le colon transverse et se dirigeait vers la fosse iliaque droite. La grande mobilité

est également un excellent signe : on peut observer du jour au lendemain des changements de situation. Bland Sutton constate un jour sa présence dans la fosse iliaque droite, le lendemain la tumeur se trouvait à gauche, deux jours après elle était descendue dans le petit bassin.

3° Après cette période de mobilité la rate, sous l'influence de l'irritation causée par des torsions incomplètes et passagères du pédicule, finit souvent par se fixer par des adhérences inflammatoires en un point quelconque de l'abdomen, le plus souvent l'une des fosses iliaques ou le petit bassin.

a) *Signes fonctionnels.* — Aux signes précédemment décrits s'ajoutent des symptômes dus à la compression qu'exerce la rate ptosée sur les organes voisins ; compression sur l'intestin produisant des troubles de la défécation, douleur, constipation ; compression sur une partie de l'appareil urinaire produisant une dysurie qui peut aller jusqu'à la rétention complète et en imposer pour une hydronéphrose ; compression sur les organes génitaux provoquant des troubles menstruels, règles douloureuses, abondantes au point de faire parfois poser le diagnostic de fibrome utérin.

b) *Signes physiques.* — L'absence de matité splénique sera ici encore un bon signe.

La palpation montrera si la rate est fixée dans une des deux fosses iliaques une tumeur qu'on reconnaîtra parfois à sa forme. Si la rate est enclacée dans le petit bassin le toucher vaginal ou le toucher rectal; suivant le cas, permettront de sentir, le plus souent dans le cul-de-sac de Douglas, parfois dans le cul-de-sac vésico-utérin ou

l'un des culs-de-sacs latéraux, une masse constituée par la rate en ectopie.

Comme on le voit, il n'existe aucun signe pathognomonique de l'affection que nous étudions ici et cela explique les difficultés du diagnostic, néanmoins nous croyons que celui-ci serait possible dans certains cas, lorsqu'avec des troubles plus ou moins vagues coïncident des signes physiques précis : absence de matité splénique et constatation en un point quelconque de l'abdomen d'une tumeur dont la forme rappelle celle de la rate.

COMPLICATIONS

Comme nous l'avons vu plus haut, il est bien des cas où la ptose pure de la rate est bien supportée par des malades, parfois même reste complètement latente jusqu'au jour où elle se révèle brusquement par une complication grave.

Parmi ces complications de la splénoptose, deux sont particulièrement importantes : la torsion du pédicule et l'étranglement intestinal.

1° *Torsion du pédicule.* — Comme nous l'avons dit, cette complication fut l'objet de la plupart des travaux antérieurs Elle est loin d'être exceptionnelle puisque Lieffring évalue sa fréquence à 1 pour 5 cas de splénoptose tandis qu'on ne l'observe dans les kystes de l'ovaire que dans 7 % des cas environ. Elle est caractérisée par l'apparition soudaine de phénomènes de péritonisme. La douleur, en général sourde jusque-là, devient soudainement très vive, les nausées puis les vomissements apparaissent, le pouls devient petit, rapide, les extrémités se refroidissent. En même temps qu'apparaissent ces phénomènes on constate une brusque augmentation de volume de la rate en ectopie. Une cause occasionnelle : chute, exercice violent, changement brusque de position du corps provoque parfois la torsion.

La malade d'Albert avait dansé toute une nuit lorsqu'apparurent les accidents. Chez celle de Penrose ils survinrent à la suite d'un bon repos.

2° *Occlusion intestinale*. — Moins fréquente sans doute que la torsion du pédicule elle n'en est pas moins une complication redoutable de la splénoptose. Elle peut se produire de deux façons différentes : ou bien la rate agit directement comme agent de compression : Trinkler rapporte l'observation d'un malade chez lequel il trouva une anse grêle comprimée à son passage entre la rate déplacée et l'S iliaque ; ou bien c'est le pédicule de la rate, tendu comme une corde, qui provoque le volvulus de l'intestin. Dans le cas rapporté par G. Monti le volvulus du cœcum s'était produit de cette façon.

Les symptômes sont ceux de l'occlusion intestinale : aux phénomènes de péritonisme décrits à propos de la torsion du pédicule s'ajoutent les vomissements devenant rapidement fécaloïdes, l'arrêt complet des matières et des gaz.

DIAGNOSTIC

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire en étudiant les symptômes, l'ectopie de la rate peut revêtir des formes tellement variées suivant le degré de la ptose et suivant le siège occupé par la glande déplacée que son diagnostic est des plus délicats. De fait il semble n'avoir été fait qu'exceptionnellement, mais on peut dire que dans certains cas tout au moins, le diagnostic n'est pas fait parce que le clinicien ne songe pas à la possibilité d'une splénoptose.

1° *Diagnostic positif.* — Il se fondera sur l'ensemble des signes fonctionnels et physiques décrits. Les principaux éléments de diagnostic seront l'absence de matité splénique et la constatation d'une tumeur rappelant la rate en un point quelconque de l'abdomen.

2° *Diagnostic différentiel* — Suivant le degré de l'ectopie, la confusion sera possible avec les affections les plus variées.

a) *1er degré.* — A ce stade l'ectopie de la rate se révèle par un abaissement de la limite inférieure de la matité splénique. On conçoit combien il est alors facile de prendre ce léger déplacement pour une hypertrophie, erreur d'autant plus facile à commettre que très sou-

vent hypertrophie et ptose coïncident et que le paludisme est une grande cause d'ectopie. Dans les cas de ptose pure l'absence d'accès caractéristiques, l'examen du sang permettront d'éliminer des affections telles que le paludisme, les leucémies.

b) *2e degré.* — La rate étant libre dans l'étage inférieur de la cavité péritonéale, le champ devient beaucoup plus vaste et il suffit de parcourir les différentes observations que nous avons réunies pour constater que, suivant la région où se trouve la rate ectopiée, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme la ptose peut être confondue avec les affections les plus variées.

L'examen a-t-il permis de constater la présence d'une tumeur dans un des flancs on prendra très facilement cette rate ptosée pour un rein mobile avec d'autant plus de facilité que les deux affections se traduisent cliniquement par des signes à peu près semblables et que d'autre part la ptose de la rate s'accompagne souvent de troubles urinaires, pollakiurie ou au contraire dysurie pouvant aller jusqu'à la rétention complète. L'idée d'une hydronéphrose par rein mobile vient alors tout naturellement à l'esprit du chirurgien et le fortifie dans son diagnostic erroné. Pourtant, même dans ce cas, la distinction demeure possible entre les deux affections. L'observation de Korte est à ce sujet des plus instructives. Relisons-la ensemble : « La sécrétion urinaire, écrit-il, se trouvait très diminuée, circonstance qui fortifia le confrère, étant déjà donné le diagnostic antérieur de rein mobile, dans l'idée d'une hydronéphrose.

« A l'examen je trouvais dans le côté gauche une tu-

meur qui s'étendait vers la ligne médiane jusqu'à la ligne blanche, en dehors jusqu'à la ligne axillaire, en bas jusqu'à l'entrée du bassin, en haut jusqu'au rebord costal. Elle était très sensible, dure, ne présentant point de fluctuation.

« Derrière la tumeur, vers les lombes, je constatais encore la sonorité intestinale, de sorte que, même avant la ponction, j'excluais toute idée de tumeur rénale. »

On voit donc que, même au seul examen, il est possible de trancher le débat. En tous cas la ponction viendrait lever tous les doutes.

La ptose de la rate, au 2e degré, peut encore être confondue avec un kyste du mésentère ou de l'épiploon, diagnostic d'autant plus délicat que la grande mobilité de la rate ectopiée se retrouve dans les tumeurs de l'épiploon. Le diagnostic se basera alors sur les renseignements fournis par la palpation qui permettra parfois de reconnaître la rate et surtout par la percussion qui montrera de la sonorité là où on devrait rencontrer la matité splénique normale. En outre, les tumeurs du mésentère donneront à la percussion une sonorité entre deux matités, l'intestin venant s'interposer entre la tumeur et la paroi abdominale, tandis que dans la splénoptose cette sonorité fera défaut.

c) *3e degre.* — Lorsque la tumeur est descendue dans le petit bassin la confusion devient possible avec la plupart des affections utérines ou annexielles. La constatation d'une tumeur dans un des culs-de-sac utérins peut faire penser à une déviation utérine, une rétrodéviation si la rate s'est logée dans le Douglas, erreur que ren-

dront plus excusable encore l'apparition de douleurs au moment des règles.

Les troubles menstruels, les hémorragies répétées peuvent en imposer pour un fibrome. La rate tombée dans le Douglas pourra de même être confondue avec une hématocale rétro-utérine. Mais c'est surtout avec une tumeur de l'ovaire, sarcome ou beaucoup plus souvent kyste que l'erreur sera commise. Il est certain qu'en présence d'une tumeur voisine de l'utérus, mais indépendante de lui, le chirurgien pensera d'abord à un kyste de l'ovaire, affection autrement fréquente que la splénoptose. C'est alors que les anamnestiques auront une grande importance. L'interrogatoire de la malade établira que la tumeur s'est développée de bas en haut et progressivement s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire. La position de Trendeleubourg permettra de constater que la tumeur remonte vers les côtes s'il s'agit d'une rate déplacée. Ici encore on le voit, il suffirait de songer à la possibilité d'une splénoptose pour éviter dans certains cas une erreur de diagnostic.

d) Enfin si l'on est appelé au moment où éclate une complication : torsion du pédicule ou étranglement intestinal, la confusion sera surtout possible dans le premier cas avec la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire et la difficulté du diagnostic est encore accrue par ce fait que la douleur s'étendant rapidement à tout l'abdomen la défense musculaire rend dans la majorité des cas la palpation impossible ou du moins très difficile. Dans le 2e cas on attribuera l'occlusion intestinale à un étranglement herniaire (Coomanns et Cuaep), à un

volvulus du sigmoïde (G. Monti) ou à toute autre cause d'ileus. L'erreur a ici moins d'importance puisque de toute façon l'intervention immédiate s'impose au chirurgien.

On voit donc que, pour être très délicat, le diagnostic de la splénoptose peut parfois être fait à la condition que l'examen de la malade soit pratiqué avec toute la rigueur désirable et, de même qu'aujourd'hui le clinicien, en présence de troubles digestifs, porte parfois le diagnostic de cholécystiste ; il est des cas où un examen minutieux lui permettrait de les rapporter à leur véritable cause, l'ectopie splénique.

PRONOSTIC

L'ectopie de la rate demeure une affection grave, surtout par les complications auxquelles sont exposées les malades. Néanmoins le pronostic n'en est pas mauvais, à la condition que le diagnostic soit fait et qu'un traitement chirurgical convenable prévienne les complications trop souvent mortelles. Si la mortalité est si grande dans les observations rapportées, c'est que la plupart du temps les interventions sont pratiquées en pleine péritonite.

TRAITEMENT

Nousn e nous arrêterons pas ici aux traitements médicaux qui ne peuvent évidemment donner aucun résultat dans l'affection que nous étudions. Ce n'est guère que dans les ptoses légères que le port d'une ceinture appropriée pourra soulager les malades.

La réduction n'est pas un procédé à recommander. Lorsque la rate ectopiée n'est pas fixée par des adhérences, il est toujours possible de la remettre en place et de l'y maintenir par une ceinture. Mais, outre que le port de cette ceinture est pénible pour les malades, les résultats de la réduction sont bien précaires. Nous voyons en effet que dans les cas où elle fut tentée (Glasgow. Bland Sutton. Obs. 5) la guérison ne se maintint pas et que les malades durent être opérés d'urgence pour torsion du pédicule. Donc en raison de récidives et des complications possibles on rejettera la réduction.

Le seul traitement radical de l'affection est le traitement chirurgical, splénectomie ou splénopexie.

Faut-il, comme la plupart des auteurs antérieurs, admettre la supériorité dans tous les cas de la première sur la seconde, ou au contraire, encouragés par quelques beaux succès, poussés d'autre part par le désir de con-

server un organe dont l'utilité nous apparait plus grande à mesure que nous connaissons mieux ses fonctions, faut-il, dans certains cas, préférer l'opération conservatrice ?

Nous savons que l'ablation de la rate est en général très bien tolérée, ou du moins qu'elle ne détermine pas de troubles graves et durables et comme le fait remarquer M. le Professeur Vanverts, il est bien évident qu'on ne saurait comparer la rate au rein, organe très utile et même indispensable lorsqu'il est unique, et que si on doit tout tenter pour conserver le rein, il en va tout autrement de la rate.

Néanmoins, on aurait tort de croire que la rate est un organe sans importance, une matrice accidentelle et un tombeau de globules rouges, suivant l'expression de Paul Chevallier. A mesure que se précise notre connaissance des fonctions spléniques l'utilité de la glande nous apparaît plus grande.

Outre son rôle dans l'hématopoïèse : l'ablation de la rate n'est-elle pas suivie, au moins temporairement, d'une diminution du nombre des hématies et d'une augmentation du nombre des globules blancs ? Outre son rôle encore mal défini dans la digestion, nous savons aujourd'hui que la rate est un organe d'assimilation pour les substances alimentaires que charrie le sang. Les expériences de Tedeschi en 1899, d'Ascher en 1909, reprises plus récemment par Paul Chevallier ont bien mis ce fait en évidence. Elles portaient sur une substance précieuse parce qu'aussi facile à déceler par l'examen microscopique que par l'analyse chimique, le fer.

Et elles ont démontré que la splénectomie provoque dans le métabolisme de cette substance un trouble grave caractérisé par deux phénomènes :

1° Une infiltration organique qui à l'analyse chimique exagère la teneur en fer de certains organes et en particulier du foie, et qui au microscope réalise la sidérose.

2° Une excrétion exagérée de fer par les urines et surtout par les fèces.

La rate retient le fer dans l'économie, elle fait mieux : elle l'empêche d'être accumulé et rejeté sous une forme minérale inerte ; elle empêche la sidérose, c'est-à-dire masque le fer, l'incorpore en des molécules complexes, permet son utilisation partout où il en est ebsoin ; en un mot elle l'assimile (P. Chevallier : La fonction splénique. Presse Médicale, 8 août 1923).

Les recherches de P. Chevallier ont porté sur le fer, substance très facile à déceler ; elles ont été confirmées par les travaux de Kronulisky sur les éléments azotés et ceux du professeur Ch. Richet sur la nutrition des dératés et plus particulièrement sur le rôle de la rate dans l'assimilation des hydrates de carbone. Ce rôle est très important, ainsi qu'il ressort de ses expériences, puisque, alors que des chiens nourris avec de la viande cuite seule meurent en un mois ou six semaines, que des chiens nourris à la viande cuite avec farine de riz et sucre survivent et ne perdent pas de poids, des chiens dératés soumis au régime de la viande cuite avec farine de riz et sucre meurent à peu près aussi vite que s'ils recevaient de la viande cuite seule. Il est vrai d'ajouter que ces mêmes chiens nourris avec la pâtée ordinaire

survivent fort bien. Donc, tout en reconnaissant que la rate n'est pas un organe indispensable à la vie, il nous semble logique d'admettre qu'on doit la conserver toutes les fois que cela est possible, c'est-àdire toutes les fois que la rate est saine.

En un mot, pour reprendre la classification que nous avons déjà adoptée, dans tous les cas où la splénoptose est primitive et sous la réserve qu'une complication telle que la torsion du pédicule n'aura pas amené de lésions graves : infarctus, hémorragies sous-capsulaires ou ruptures de la capsule, on pourra, on devra conserver la rate. Au contraire dans les cas où ces lésions existent, et dans tous ceux où la ptose est consécutive à une maladie de la rate : paludisme, sarcome, tuberculose, etc., la splénectomie sera le seul traitement à appliquer. Pourtant si la rate ectopiée est leucémique, l'abstention sera préférable, comme dans tous les cas de leucémie simple, puisque l'intervention semble avoir une action tout à fait défavorable sur l'évolution de la maladie.

OBSERVATIONS

PTOSES DU 1er DEGRÉ

OBSERVATION I

(Résumée)

Splénectomie pour rate paludique mobile

(V. Massopust : Clinica Chir. Milano, 30 avril 1893, p. 117, obs. 2. — In Vanverts : Obs. 145)

Femme ayant toujours vécu dans des conditions très misérables. A 13 ans, des accès de fièvre pjalustre l'obligent à entrer à l'hôpital de Pola. A 17 ans, scorbut.

Mariée en 1883, deux accouchements normaux, en 1884 et en 1889. Aussitôt après le premier accouchement, elle s'aperçoit de l'existence d'une tumeur splénique ectopique, qui, bien qu'elle n'eût pas le volume actuel, l'inquiétait parce qu'elle était mobile et sensible sous l'arc costal gauche. Depuis le second accouchement, en 1889, elle a eu pendant quelques mois à souffrir de la malaria. La tumeur liénale se développe lentement mais sensiblement. Pas de troubles, mais sensations pénibles d'un corps lourd et mobile.

En septembre 1891, l'état de la malade est le suivant : Abdomen très saillant du côté gauche. La saillie correspond à une tumeur lisse, solide, élastique, mobile en tous sens mesurant verticalement 20 centimètres, transversalement 30 centimètres.

Matité absolue commançant srr la ligne axillaire au niveau de la cinquième côte et descendant à 5 doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Diagnostic : Tumeur liénale malarique en ectopie. Splénectomie. La rate pèse 2.880 gr. La malade sort de l'hôpital le 22e jour. Quelques mois après elle entre à l'hôpital de Pola pour fièvre palutre. Quatre-vingt-dix jours après l'opération on constate sous l'arc costal gauche une tumeur solide, dure, mobile, du volume du poing, qui correspond au rein gauche déplacé et gros. La malade sort en excellente santé 42 jours après. En mars 1895 sa santé est parfaite.

OBSERVATION II

Hypertrophie simple d'une rate mobile. — Splénectomie. Guérison

(E. Tricomi : Riforma Medica, 1892, t. II, p. 842, obs. III. — In Vanverts : Obs. 244)

Angela S..., âgée de 32 ans, cinq accouchements. Pas de malaria. Il y a 4 ans, quelque temps après son 3e accouchement, elle ressentit dans l'hypochondre gauche une forte douleur qui s'irradiait dans les lombes, le bas-ventre et la racine de la cuisse et elle constata en cette région une tumeur dure, mobile, douloureuse à la pression. Les douleurs persistant et la tumeur continuant à s'accroître, elle vint consulter Tricomi.

Dans l'hypochondre gauche existe une tumeur dure, élastique, régulière, atteignant en bas une ligne transversale passant à deux centimètres sous l'ombilic ; son bord interne présente un sillon ; il est impossible d'établir nettement la limite supérieure de la tumeur. Utérus et annexes indépendants de la tumeur. Bon état général. Corps thyroïde et amygdales normaux. Respiration, diurèse normales. Examen du sang : un globule blanc pour 450 rouges environ ; hémoglobine : 82,4 Donc pas de leucémie.

Diagnostic : Hypertrophie simple d'une rate mobile.

On décide que la splénectomie est indiquée en raison de l'accroissement continuel de la tumeur et des douleurs qui condamnent la malade à l'inaction.

Splénectomie : 22 février 1892. Incision courbe le long du bord externe du muscle droit, à gauche, allant du rebord costal à l'épine iliaque antéro-supérieure. La rate est libre d'adhérences. On pratique les ligatures sans sortir la rate de l'abdomen pour éviter les tractions sur les ligaments. Durée de l'opération, 50 minutes.

La rate a quadruplé de volume ; elle est plus dure que normalement ; elle pèse 1.080 grammes, avec le sang qu'elle contient ; long. : 20 centim. ; larg. : 11 centim. ; épaiss. : 6 centim. 3.

Suites : normales. Les douleurs diminuent progressivement. Réunion de la plaie par première intention.

Examen du sang : 24 février. Un G. B. pour 398 G. R. ; hémoglobine 80,5. 7 mars : Un G. B. pour 450 G. R. ; hémoglobine 82. Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne. Deux ans après la santé de la malade est excellente.

OBSERVATION III

(Résumée)

Splenectomie pour rate paludique mobile. — Guérison

(S. CATELANNI : Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche,

17 janvier 1897, n° 7, p. 75. — In VANVERTS : Obs. 170)

Marie C..., 31 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure. Quatre accouchements et un avortement. La malade se plaint de douleurs abdominales, à siège maximum à gauche, ayant débuté il y a 5 mois.

Etat général assez bon. — Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans l'hypochondre gauche existe une tuméfaction qui s'étend jusqu'à 4 travers de doigts du pubis, remonte jus-

qu'à la 10e côte et est mate à la percussion. Sa palpation détermine de la douleur. Sa face superficielle est convexe, lisse, de consistance dure, élastique, et présente sur son bord interne une encoche. Cette tumeur se mobilise dans les changements de position de la femme. Matité de la région splénique absente.

Splénectomie : rate pesant 675 gr. Capsule un peu épaissie.

Suites : normales. 7 mois après état général excellent.

PTOSES DU 2e DEGRÉ

OBSERVATION IV
(Résumée)

Rate flottante et salpingite. — Splénectomie et Castration. Guerison

(G. RICHELOT. Obs. 253 in VANVERTS)

Constance G., 23 ans, fleuriste, née à Alger. La malade y a habité jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle a eu deux accouchements normaux, l'un à 17 ans, l'autre à 19 ans. Elle est bien réglée et n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Depuis un an, se plaint d'une douleur vive et persistante dans la partie gauche du ventre. A cette époque elle s'est aperçue de la présence à ce niveau d'une tumeur qui, d'abord peu volumineuse, s'est accrue progressivement. L'état général s'est altéré : pâleur du visage, faiblesse, incapacité de travailler, amaigrissement.

La malade entre le 2 juin 1897 à l'Hôpital Saint-Louis, dans le Service du Docteur Richelot.

L'examen de l'abdomen y fait reconnaître dans sa portion gauche, l'existence d'une tumeur empiétant légèrement sur la partie droite. Elle est régulièrement arrondie, très mobile, dure, assez douloureuse à la pression, mate à la percussion. Toucher vaginal : L'utérus semble en rétroversion ; le col utérin est gros et dur ; dans le cul-de-sac gauche on trouve

une induration douloureuse à contours vagues. L'état général est médiocre. Le sang est de composition normale.

M. Richelot pense à une hypertrophie de la rate coexistant avec une salpingite gauche.

Ablation de la rate et des annexes gauches. Suites excellentes.

OBSERVATION V

Rate mobile. — Torsion du pédicule. — Laparotomie. Reposition de la rate. — Nouvelle torsion. — Splénectomie. Guérison

(Bland Sutton : London Clin. Soc., 12 déc. 1892, XXVI, 46. — In Liefering : Obs. 34. — Morault : Obs. 6. — Vanverts : Obs. 266. — Bureau : Obs. 17)

Femme de 22 ans. Mère d'un enfant, portant depuis un certain temps une tumeur du côté gauche du ventre.

En mars, crise violente de douleurs, vomissements, diarrhée. A son entrée à Middlesex hôpital, tumeur très mobile ; on hésite entre un kyste de l'épiploon et une rate mobile.

Le 21 mars, incision exploratrice, rate mobile à pédicule tordu. On détord le pédicule, la rate reprend sa place. Les douleurs cessent, la malade quitte l'hôpital après six semaines, munie d'une ceinture ; la rate est en bonne position.

Le 7 juillet elle revient, la tumeur a reparu ; la malade a été reprise subitement de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, diarrhée, hémorragie par le vagin.

Le 9 juillet on trouve la rate dans la fosse iliaque droite, au devant du cœcum ; le 10 elle est dans la fosse iliaque gauche au contact du ligament de Poupart ; le 12 elle est dans l'excavation, son extrémité inférieure en contact avec l'utérus.

Splénectomie : 12 juillet 1892. Incision médiane de l'ombilic au pubis. Le pédicule fait trois tours complets, ses veines sont gonflées, son volume est celui d'un énorme cordon ombi-

lical. Ligature entrecroisée à la soie, ligature de sûreté en masse. Guérison.

Rate : Elle pesait 480 gr. Tissu normal.

En mai 1894, la malade est revue. Elle est en parfaite santé. G. R. 5.540.000 ; G. B. 2 pour 1.000 rouges ; hémoglobine 70 pour 100.

En juillet 1897, cette malade jouissait d'une excellente santé (communication écrite).

OBSERVATION VI
(Résumée)

Splénectomie pour rate poludique et mobile. — Guérison
(V. MASSOPUST : Clinica Chir. Milano, 30 avril 1893, p. 117, obs. 1. — In VANVERTS : Obs. 144)

Anna A... A souvent souffert de la fièvre palustre. Tumeur abdominale mobile s'abaissant toutes les fois qu'elle se courbait vers la terre. Ce phénomène d'abaissement de la rate joint à une douleur sourde de quelques heures de durée est devenue plus fréquent que jamais ces derniers mois. En juin 1890, la sensation vague d'un corps sous l'arc costal gauche se fait nettement sentir dans l'hypochondre, et en même temps se produisent des troubles gastriques, de l'anorexie, des nausées.

Le 9 mars, l'état est le suivant. Dans l'hypochondre gauche, tumeur lisse, molle, de 22 centim. sur 12. Mate, douloureuse à la pression, elle peut être déplacée dans tous les sens. Le reste de l'abdomen est tympanique moins la matité du foie.

Diagnostic : tumeur malarique de la rate en ectopie.

Splénectomie : 14 mars 1891. Le pôle supérieur de la rate adhère intimement à l'estomac. On place une ligature entre l'estomac et la rate qu'on enlève, en laissant un fragment de substance splénique de la grosseur d'une noisette, au niveau de la ligature.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Tuberculose de la rate ; rate mobile. — Splénectomie

(Andrew SAINT-LAWRANCE-BURKE : The Dublin Journal of Med. Science, t. 87, juin 1889, p. 540. — In VANVERTS : Obs. 273)

Femme de 27 ans, présentant une tumeur abdominale volumineuse, aplatie, extrêmement mobile. Cette tumeur s'est accrue rapidement depuis six mois, époque où la malade s'est aperçue de son existence. Poumons sains ; les crachats ne renferment pas de bacilles tuberculeux.

Laparotomie. Splénectomie. La rate pèse 3 livres. Examen microscopique : tuberculose.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Splénomégalie malarique. — Rate flottante. — Splénectomie. Guérison

(Mac-Léan TIFFANY. — In DOUGLAS : Journal of the American Med. Assoc., XXVI, 25 avril 1896, p. 807. — In VANVERTS : Obs. 154)

Femme de 45 ans, ayant eu des attaques de paludisme. Depuis 7 ou 8 ans, elle a remarqué l'existence d'une tumeur abdominale dont l'accroissement s'est fait lentement. Actuellement on trouve dans le côté gauche du ventre une tumeur très mobile dans tous les sens, qui présente les caractères d'une rate hypertrophiée. La malade se plaint de douleurs abdominales et de troubles digestifs. L'examen de sang montre une notable augmentation du nombre des globules blancs.

Splénectomie le 29 décembre 1893. Guérison. La rate pesait 1.100 gr. et présentait une capsule épaissie, opaque en certains points où elle présentait des dépôts fibreux.

OBSERVATION IX

Rate mobile. — Torsion du pédicule. — Splénectomie. Guérison.

(Prochownick : Deutsh Med. Woch., 1885, p. 479. — In Lieffring : Obs. 8. — In Bureau : Obs. 10)

Femme de 41 ans, vient consulter pour des pertes rouges continuelles. 15 accouchements et 4 avortements, le dernier le 20 novembre 1884. Déjà longtemps avant la dernière grossesse, la malade éprouvait de la lourdeur dans le ventre et une tension douloureuse à la base du thorax ; parfois même, les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Dilatation, curettage et lavage de l'utérus. Pendant l'anesthésie, on constate la présence d'une tumeur, indépendante de l'utérus, mobile et peu sensible. Sa forme, l'absence de matité splénique, la présence des reins dans leur situation normale, font penser à une rate mobile. Pendant plusieurs semaines, on essaie de calmer la douleur et de faire cesser les troubles de la marche. Ceux-ci se montrent soit dans le membre droit, sort dans le membre gauche, suivant que la rate se déplace de l'un ou l'autre côté, spontanément ou parce qu'on l'y refoule. Tous bandages, pelotes ou pessaires ne provoquent aucun soulagement.

Laparotomie. Splénectomie. Guérison. La malade reprend ses forces, sa démarche est facile et elle n'éprouve plus la moindre pesanteur.

OBSERVATION X

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Jean POULAIN, d'Amiens)

Mlle R. F..., 21 ans.

Réglée à 13 ans. Pas d'antécédents morbides, ni héréditaires, ni personnels.

Le 8 juillet 1922, elle est prise de vomissements. Ces vomissements s'accompagnent d'inappétence. Ils sont purement alimentaires, survenant à la suite du repas ; ils persistent avec des alternatives jusu'au 1er août. Ils sont accompagnés d'une constipation habituelle, coupée de crises diarrhéiques. L'état général est mauvais. L'amaigrissement est notable.

C'est dans ces conditions qu'elle demande l'avis du Docteur Fernet, d'Albert, lequel l'envoie au Docteur Hautefeuille pour examen gastrique. La radioscopie, après ingestion de bouillie bismuthée ne décèle rien d'anormal, ni dans l'estomac, ni au niveau de l'intestin. Les mouvements du tube digestif sont normaux. La palpation du ventre permet de déceler une tumeur du volume d'une tête d'enfant située dans le bas-ventre et plongeant dans le bassin. Le toucher rectal, seul pratiué à cause de la virginité de la jeune fille, permet de constater l'existence dans le Douglas d'une tumeur rénitente qui prolabe jusqu'au fond du cul-de-sac et dont les mouvements sont synchrones de ceux communiqués à la masse située dans le bas-ventre.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire gauche.

Opération : Intervention pratiquée le 2 août par le Docteur Jean Poulain.

Laparotomie sous-ombilicale en position de Trendelenburg. Rien d'anormal ni aux annexes, ni à l'utérus. La malade est alors remise en position horizontale et l'on voit descendre vers le Douglas une masse rougeâtre que l'on reconnaît être la rate. L'incision est prolongée vers l'épigastre. On s'aper-

çoit que la rate est suspendue à un long pédicule, qui présente des veines grosses comme le pouce et qui sont enroulées sur elles-mêmes de la même manière que les veines ombilicales autour du cordon du fœtus. La rate elle-même est doublée de volume, mais à part un certain degré de congestion, elle ne présente aucune lésion.

Le pédicule étant détordu de 5 demi-tours, les veines s'affaissent. On pratique la fixation de la rate à la paroi abdominale antérieure par 3 fils de catgut passant en plein tissu splénique et fixés d'autre part suivant un plan parallèle au rabord costal et juste au-dessous de lui.

Suites opératoires des plus simples. Guérison par première intention.

Revue un mois après, la jeune fille avait repris du poids, ne présentant plus aucun trouble et se trouvait dans un état de santé tel qu'elle pouvait accompagner son père à la chasse. On sentait la rate sous le rebord des fausses-côtes, bien fixée.

Depuis lors, la malade n'a jamais ressenti le moindre trouble.

La malade revue au début d'octobre 1923, c'est-à-dire 14 mois après l'opération est actuellement mariée et dans un état de santé parfaite.

PTOSES DU 3e DEGRÉ

OBSERVATION XI

Ectopie pelvienne de la rate. — Splénectomie. — Guérison

(Polk : New-York Obst. Soc., 1er février 1897. — In Lieffring : Obs. 20. — In Vanverts : Obs. 229)

Femme. Douleurs pelviennes avec troubles du côté de la vessie et du rectum. Tumeur antiutérine accessible au doigt vaginal.

Diagnostic : Pyosalpinx.

Laparotomie : C'est une rate ayant deux fois le volume de l'utérus ; sa convexité regarde le sacrum. Pédicule, long et

mince, passe en avant du colon descendant. Rate solidement adhérente . aussi la séparation des adhérences détermine-t-elle une hémorragie abondante. Guérison.

OBSERVATION XII

Splénectomie pour rate hypertrophiée tombée dans le petit bassin

(Hector TREUB, de Leiden, obs. rapportée par l'Union Médicale du 13 juillet 1893, p. 65. — In VANVERTS : Obs. 242)

Femme, 38 ans. 7 accouchements, 5 avortements. Bonne santé antérieure. Il y a 7 ans, douleur abdominale, dix semaines après un accouchement. Douleur plus forte au repos. Le ventre augmente de volume. Entre à la Clinique Gynécologique de Leiden en janvier 1892.

Examen sous chloroforme (10 février). Bas-ventre distendu par une tumeur médiane, solide, montant jusqu'à l'ombilic, nettement délimitée en haut, à droite et à gauche, mais se perdant dans le bassin ; forme oblongue, surface inégale ; mobilité assez grande dans le sens transversal, nulle dans le sens vertical. Utérus un peu gros. Derrière la tumeur, adhérences se laissant facilement déchirer.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire gauche.

Laparotomie : 11 février. Tumeur adhérente à la paroi abdominale antérieure ; adhérences se déchirent sans peine. Toute la surface de la tumeur est couverte d'anses intestinales qui y ont adhéré, mais qui s'en laissent facilement séparer. Pédicule mince, pris dans une ligature simple à la soie, puis sectionné.

Examen histologique : Rate hypertrophiée, en grande partie nécrosée, ou en voie de le devenir.

Guérison. Trois semaines après la malade quitte la clinique dans un état de santé parfaite.

29 juin 1893 : Excellente santé.

L'examen du sang, pré et post-opératoire, n'a révélé aucune anomalie.

OBSERVATION XIII

KURNS (Résumée. In DARFEUILLE : Obs. 2)

Déplacement de la rate dans la fosse iliaque droite ; symptômes d'étranglement intestinal pendant la vie. Mort au quinzième jour.

Autopsie : Péritonite suppurée. Rate hypertrophiée. Pédicule contourné plusieurs fois sur lui-même.

OBSERVATION XIV
(Résumée)

(RICHELOT : Académie de Médecine, 13 juin 1893. — In VANVERTS : Obs. 269. — In AILLAUD : Obs. 11)

Femme, 27 ans. Deux accouchements. Entre à l'Hôpital Saint-Louis le 24 janvier, portant une tumeur abdominale douloureuse. Symptômes de compression des organes pelviens sans troubles fonctionnels de l'utérus.

A la palpation, tumeur hypogastrique arrondie et mobile. Au toucher, dans le Douglas on aperçoit une masse mobile, par rapport à l'utérus. On fait le diagnostic de fibrome.

La cavité abdominale ouverte, on s'aperçoit qu'il s'agit de la rate triplée de volume et dont l'extrémité supérieure est dans la fosse iliaque droite. La face interne coiffe l'utérus.

Il y a des adhérences partout ; l'extrémité inférieure avait entraîné la queue du pancréas et à l'extrémité adhérait l'appendice. On détruisit facilement toutes les adhérences et on fait la splénectomie. Suites normales.

OBSERVATION XV

(W. KORTE. — In BUREAU : Obs. 9)

Je vous présente une pièce d'autopsie, une rate mobile dont le pédicule s'est tordu et a occasionné un ilens en comprimant sous lui une anse intestinale.

Voici brièvement l'histoire clinique du cas :

Une femme de 32 ans remarquait déjà depuis quelques années une tumeur flottante dans la partie gauche de l'abdomen. Examinée par différents gynécologues, elle fut traitée pour une rétroplexion utérine et sa tumeur fut toujours considérée comme un rein mobile gauche.

A la suite d'un nouvel examen gynécologique et de l'application d'un pessaire elle tomba malade le 22 février 1892, ressentant de violentes douleurs dans le ventre. Les collègues s'assurèrent que le pessaire était bien en place et que l'utérus n'était nullement en cause ; par la même occasion on imprima différents déplacements à la tumeur, on la repoussa avec certaine force en bas sans cependant déterminer de douleurs pendant ces manipulations. La nuit suivante survinrent des douleurs insupportables qui nécessitèrent de fortes doses de morphine.

Du 25 au 26, la tumeur ayant antérieurement le volume d'un petit poing, augmenta considérablement de volume.

Le 27 je vis la malade. Elle était pâle, le pouls était rapide. L'abdomen ballonné, on avait l'impression d'une hémorragie interne.

La sécrétion urinaire se trouvait diminuée, circonstance qui fortifia le confrère, étant déjà donné le diagnostic antérieur « rein mobile » dans l'idée d'une hydronéphrose.

A l'examen je trouvais dans le côté gauche une tumeur qui s'étendait vers la ligne médiane jusqu'à la ligne axillaire, en bas jusqu'à l'entrée du bassin, en haut jusqu'au rebord costal. Elle était très sensible, dure, ne présentait pas de fluctuation.

Derrière la tumeur, vers les lombes, je constatais encore la sonorité intestinale, de sorte que même avant la ponction j'excluais toute idée de tumeur rénale.

Je fis cependant une ponction et ne ramenai que du sang. Il ne s'agissait donc nullement d'hydronéphrose. Il était

impossible de faire un diagnostic certain ; je pensais qu'il s'agissait peut-être d'un kyste du mésentère ou d'un kyste de l'épiploon dans lequel se serait fait une hémorragie expliquant l'état grave de la malade.

La sécrétion urinaire, je ferai remarquer, bientôt après se établit assez abondante. La malade se remet un peu. La tumeur devint plus dure, plus ferme, si bien que nous crûmes, qu'il s'agissait d'un extraasat sanguin en voie de résorption. Le 5 mars seulement survinrent les éructations et bien vite après les symptômes péritonitiques. On fit alors des lavages intestinaux, on plaça une canule élevée dans le rectum par laquelle s'évacuèrent gaz et matières. Tout d'abord la malade éprouva du soulagement mais qui ne fut que passager. Les intestins se ballonnèrent d'une façon considérable et la malade mourut le 8 mars, de péritonite et de collapsus.

L'autopsie révéla des particularités des plus intéressantes. Tout d'abord il existait une péritonite suppurée avec exsudat putride en abondance comme on s'y attendait d'après les symptômes. La tumeur qui avait quelque peu diminuée pendant le traitement était la rate que je vous présente. Elle s'était tordue sur son axe de 2 tours $\frac{1}{2}$, de sorte que le pédicule était absolument tordu. Les vaisseaux du pédicule sont durs au toucher.

A la coupe on voit tous les vaisseaux du pédicule thrombosés. La rate était fixée à sa place par des adhérences solides situées en haut et en bas à droite. Au-dessous de l'extrémité supérieure de la rate entre les adhérences et le pédicule tordu se trouvait une anse intestinale fortement étranglée, présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression. De là venait la péritonite.

Ce cas est très intéressant. Jusqu'ici on n'en a observé que deux semblables où une rate mobile se soit tordu sur son axe, où un infarctus hémorragique de l'organe soit survenu et où l'intestin ait été étranglé au point d'amener un ileus,

OBSERVATION XVI

(Pozzi : Bulletin Soc. de Chir., 15 au 29 juillet 1903. — In Aillaud : Obs. 12)

Une femme entre à l'hôpital pour tumeur du petit bassin, diagnostiquée tumeur intra-ligamentaire. La laparotomie montre que cette tumeur était située entre la vessie et l'utérus et coiffée de l'épiploon auquel elle adhérait. Elle avait un pédicule dirigé en arrière et en haut. On fit l'extirpation de la tumeur, et l'examen histologique montre l'aspect du stroma trabéculaire de la rate, mais sans corpuscules de Malpighi. Pozzi croit à ce moment qu'il s'agit de la rate, car la malade avait eu des accès de paludisme avec hypertrophie paludéenne.

Un mois auparavant, cette femme avait eu des phénomènes fébriles, avec signes de pelvi-péritonite. Suites opératoires normales. Un mois après l'opération la malade s'empoisonne avec du sublimé. L'autopsie montre l'absence de rate.

OBSERVATION XVII

(Résumée)

(Arthur Lewis et M.-D. Ekin : in British Medical J., 1907. — In Aillaud : Obs. 13)

Femme, 21 ans. Trois mois auparavant elle avait constaté une tumeur d'abord limitée à la région iliaque, qui grossit rapidement et occasionne de vives douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Vomissements.

Examen : Abdomen d'une femme enceinte de 6 mois. Sur le bord supérieur de la tumeur on sent un sillon comme dans une rate. Menstruation régulière.

Au toucher, masse dans le cul-de-sac droit.

Diagnostic : Tumeur ovarienne à pédicule tordu.

Splénopexie . Cinq jours après phlébite de la jambe gauche qui disparaît progressivement. Un mois après la malade sort. Mort une semaine plus tard par suite de la thrombose des veines mésentériques. La rate était en bonne position.

OBSERVATION XVIII

(Résumée)

(RIVET : Gazette Médicale de Nantes, janvier 1910. — In AILLAUD : Obs. 18)

Femme de 37 ans. Elle éprouve dans la nuit du 2 juin 1909 des douleurs dans le ventre. Le 10 elle voit un médecin qui constate une tumeur volumineuse dans le flanc droit.

Le 12 la tumeur a grossi et occupe la fosse iliaque droite. Etat légèrement nauséeux. L'auteur pense à un kyste du mésentère ou à une tumeur utérine ou annexielle.

Incision médiane sous-ombilicale. Rate non adhérente, avec un peu d'ascite. Le pédicule, gros comme le pouce, est tordu 2 fois ½ sur lui-même.

Splénopexie facile. Suites normales.

OBSERVATION XIX

Un cas d'extirpation de la rate tordue

(N.-P. TRINKLER : Chirourguitchesky Archiv Veliaminova, tome XXVII, n° 6, 1911, p. 1225 à 1234. — D'après le Journal de Chirurgie, 1912)

Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital pour occlusion intestinale aiguë. Six jours auparavant, travaillant dans un jardin, il fut pris d'une vive douleur dans l'abdomen comme si quelque chose se déchirait. Cette douleur, assez violente pour provoquer une syncope, d'abord localisée à l'hypochondre

gauche ne tarda pas à envahir tout l'abdomen. Puis apparurent tous les signes d'une occlusion intestinale.

L'abdomen fortement météorisé est plus saillant à droite ; à gauche la paroi est plus tendue, plus résistante, paraissant un peu enflammée et empâtée. En insistant un peu on finit par sentir une tumeur occupant toute la moitié gauche de l'abdomen et descendant jusqu'au bassin, mais sans qu'on puisse la limiter de façon précise. Elle est mate à la percussion. La moitié droite de l'abdomen est au contraire tympanique, relativement souple et contient les anses intestinales dont on sent les contractions.

L'intervention est pratiquée sans diagnostic bien précis. Mais dès que l'abdomen est ouvert on reconnaît une grosse rate mobile, congestionnée, dont le pédicule présente 5 tours de torsion sur son axe de gauche à droite. Le grand épiploon adhère à la face externe de la rate, mais lâchement. Après détorsion du pédicule la rate est enlevée, elle pèse 820 gr. et mesure 12 %m × 20 %m. Guérison.

L'occlusion intestinale n'était pas due à une action réflexe, mais bien à l'étranglement d'une anse d'intestin grêle qui était venue se loger dans la fosse iliaque gauche et se trouvait comprimée à son passage entre la rate tordue et l'S iliaque.

Il est intéressant de noter que, chez ce malade, les mésos, tant de l'intestin grêle que du gros intestin, présentaient une longueur anormale. Il est donc bien vraisemblable qu'ici les ligaments de la rate avaient une longueur anormale et donnaient à l'organe une mobilité exagérée. Sous l'influence d'un effort, la rate s'est tordue.

Quant à l'augmentation de volume, Trinkler la considère comme la conséquence et non comme la cause de la torsion, car d'une part il n'existait chez ce malade aucune cause de splénomégalie et d'autre part l'examen de la rate montra des lésions intenses d'infarcissement et de congestion, mais non des lésions anciennes.

OBSERVATION XX

Un cas de torsion de la rate. — Splénectomie

(Salis, de Bâle : Correspondenz Blatt für Schweizer Artzte, t. XLIII, n° 50, 13 déc. 1913, p. 1669 à 1672. — D'après le Journal de Chirurgie, 1914)

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui fut amenée avec un diagnostic imprécis : ileus ? torsion de kyste ovarien ? La malade avait eu assez souvent des crises de douleurs abdominales ayant nécessité l'emploi de l'opium et des compresses chaudes. L'abdomen était très douloureux à la pression, surtout à gauche, depuis l'hypochondre jusqu'à la symphyse. Cette sensibilité dépassait la ligne médiane vers la droite. Le toucher démontra l'existence dans le Douglas d'une masse résistante qui semblait être un kyste de l'ovaire gauche, tordu. Incision sus-symphysienne de Pfannenstiel. Un peu de liquide s'écoule ; on reconnaît que la tumeur est une rate grossie. Par l'incision de Gubaroff on fait l'extirpation de cette dernière dont le pédicule est tordu 3 fois $\frac{1}{2}$ et on l'enlève en même temps que la queue du pancréas. Malgré une embolie pulmonaire la malade semblait devoir guérir. Elle mourut le 17e jour, brusquement d'embolie pulmonaire. Un examen de sang après l'opération avait montré peu de modifications de la formule normale.

OBSERVATION XXI

Volvulus du cœcum par migration de la rate

(G. Monti : Bolletino delle Scienze Med., 1911, an XCII, série IX, rasc. 5-9, p. 194-199. — D'après le Journal de Chirurgie, 1922)

Le volvulus du cœcum est une affection rare que l'auteur n'a jamais vu attribuer à une migration de la rate.

Son observation concerne une femme de 78 ans qui a présenté autrefois, dans la fosse iliaque droite des douleurs dont le diagnostic précis n'a pu être posé. Elle entre à l'hôpital avec un syndrome d'occlusion intestinale typique. Les douleurs à maximum dans l'hypochondre gauche, la présence d'une tumeur mate occupant la partie inférieure et gauche de l'abdomen font porter le diagnostic de volvulus du sigmoïde.

Après incision on trouve un cœcum très dilaté, tordu à 360° de gauche à droite. Le cœcum retourné, on découvre le colon ascendant, étranglé par un volumineux cordon tendu de haut en bas et de droite à gauche. Ce cordon aboutit à un organe situé dans la fosse iliaque droite : c'est la rate normale par sa consistance et son volume mais fixée au péritoine pariétal et à la portion initiale du colon ascendant. On fait la splénectomie ; le cœcum revient alors sur lui-même. Sa vascularisation paraît normale ; on l'abandonne dans la cavité et on ferme sur un tamponnement à la Mikulicz. La mort survient le 9e jour. A l'autopsie on trouve le cœcum perforé en deux endroits.

.....

Il est difficile d'expliquer comment la rate a pu descendre dans la fosse iliaque droite et s'y fixer. Cette ectopie est due sans doute à un relâchement congénital ou acquis des ligaments gastro et phréno-spléniques. Ultérieurement un travail d'adhérences s'est produit et traduit au point de vue clinique par ces douleurs dans la fosse iliaque droite dont le diagnostic n'a pu être fait.

OBSERVATION XXII

Extirpation d'une rate mobile à pédicule tordu

(BROSSMANN : Zentralblatt für Chir., 1922, t. XLIX, n° 19, p. 675-677. — In Journal de Chirurgie, 1922)

Au cours d'une grossesse en 1904 on avait constaté chez la malade de Brossmann l'existence d'une tumeur abdominale

arrondie qui se déplaçait avec les changements de position de la malade. On avait fait le diagnostic de rein mobile gauche et pratiqué une néphropexie. La tumeur arrondie et mobile persistant toujours, on fit treize jours plus tard une laparotomie, on reconnut la tumeur et on la considéra comme un 3e rein dystopique qui fut laissé en place. La malade n'en accoucha pas moins à terme et garda sa tumeur pendant 17 ans.

Brossmann la vit en juin 1921 avec de violentes douleurs à l'épigastre et l'hypochondre gauche, des nausées, un arrêt des matières et des gaz. Le ventre était météorisé mais on sentait cependant au-dessus de l'arcade crurale gauche une tumeur plus grosse que le poing, très douloureuse. On pensa que cette tumeur était le rein ectopié mais on enisagea aussi l'hypithèse d'un kyste tordu de l'ovaire.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une rate ectopiée très hypertrophiée entourée d'adhérences épiploïques et présentant une déchirure capsulaire longue de 3 centimètres qui avait déterminé une hémorragie. Le pédicule de cette rate constitué par les seuls vaisseaux spléniques et le repli péritonéal les entourant, présentait une torsion de 2 tours $\frac{1}{2}$. La splénectomie fut suivie d'une guérison rapide.

CONCLUSIONS

I. — La ptose de la rate peut être et c'est généralement le cas, secondaire à une maladie de la glande : paludisme, tuberculose, sarcome, leucémie — et reconnaître pour cause une hypertrophie de l'organe — ou primitive ; dans ce cas elle est causée par un relâchement congénital ou acquis des ligaments spléniques et par un affaiblissement des muscles de la paroi abdominale. Elle n'est alors qu'un épisode de la splanchnoptose.

II. — Les lésions varient suivant que la ptose se complique ou non de torsion du pédicule.

1° Dans la ptose pure, elles portent sur :

a) La rate qu'on trouve saine si la ptose est primitive, ou présentant des lésions indépendantes de l'ectopie dans les cas de ptose secondaire — libre ou fixée par des adhérences en un point quelconque de la cavité abdominale.

b) Les ligaments qui sont élargis, distendus, rompus parfois, ou surchargés de graisse.

c) Les organes voisins auxquels la rate peut être unie par des adhérences inflammatoires.

2° Dans la ptose compliquée de torsion du pédicule les lésions sont plus graves .

a) La rate présente des altérations allant de la simple congestion aux infractus et à la rupture de la capsule.

b) Les vaisseaux du pédicule sont thrombosés et présentent des lésions d'endophlébite et d'endartérite.

c) L'ascite s'observe fréquemment.

III. — La symptomatologie est variable. Les symptômes, fonctionnels et physiques, diffèrent suivant le siège occupé par la rate ectopiée, permettent de distinguer trois degrés :

1° La rate ayant quitté sa loge reste au-dessus du mésocolon transverse.

2° Elle est libre dans l'étage inférieur de la cavité abdominale et présente souvent une grande mobilité.

3° Elle est fixée par des adhérences en un point de la cavité abdominale : l'une des fosses iliaques, la droite plus souvent que la gauche, le pelvis, la région ombilicale. Dans ce cas les phénomènes de compression sur les organes voisins sont fréquents et s'ajoutent aux signes propres à la splénoptose.

IV. — Le diagnostic demeure très délicat. Il est pourtant possible dans certains cas et il importerait de le faire de bonne heure pour parer aux complications graves : torsion du pédicule, occlusion intestinale.

La constatation d'une tumeur, souvent son extrême mobilité, sa forme caractéristique et l'absence de matité splénique sont les signes qui permettront de poser le diagnostic.

V. — Le seul traitement efficace est le traitement chirurgical.

La rate étant un organe utile mais non indispensable,

on devra la conserver dans les cas où elle est saine : la splénopexie sera donc indiquée dans les cas de ptose primitive et sous la réserve que la glande ne présente pas de lésions dues soit à des adhérences, soit à une complication telle que la torsion du pédicule.

Dans tous les autres cas, et ils constituent la grande majorité, la splénectomie reste le seul traitement à appliquer.

VU : *Le Doyen*,
Dr CHARMEIL.

BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr VANVERTS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie,
G. LYON.

BIBLIOGRAPHIE

Aillaud. — Th. de Montpellier 1910. — De la torsion chronique du pédicule de la rate mobile.

Brossmann. — Extirpation d'une rate mobile à pédicule tordu. — Zentralblatt für Chir. 1922, t. XLX, n° 19, p. 675 à 677. — In Journal de Chirurgie 1922.

Bureau. — Th. de Paris 1896. — Contribution à l'étude de l'ectopie de la rate ; torsion du pédicule.

Chevallier (Paul). — La fonction splénique. — In Presse Médicale, 8 août 1923.

Darfeuille. — Th. de Paris 1894. — Déplacement de la rate avec torsion du pédicule.

Lieffring. — Th. de Paris 1894. — De l'ectopie de la rate.

Monti. — Volvulus du cœcum par migration de la rate. — Bollettino delle Scienze Med. 1911, XCII, série IX, fasc. 5-9, p. 194-199. — In Journal de Chir. 1912.

Morault. — Th. de Bordeaux 1895-1896. — De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate.

de Quervain. — Traité de diagnostic chirurgical.

Richet (Ch.). — Rapport à l'Académie des Sciences, 4 juin 1923. — Le rôle de la rate dans la nutrition. — Résumé in Presse Médicale, 23 juin 1923.

Salis, de Bâle. — Un cas de torsion de la rate. Splénectomie. — Correspondenzblatt für Schweezer Artzte, t. XLIII, n° 50, 13 déc. 1913, p. 1669 à 1672. — In Journal de Chirurgie 1914.

Trinkler. — Un cas d'extirpation de la rate tordue. — Chirourguitchesky Archiv Velianimova, tome XXVII, n° 6, 1911, p. 1225 à 1234. — In Journal de Chirurgie 1912.

Vanverts. — Th. de Paris 1897. — De la splénectomie.

Villar (Fr.). — Maladies de la rate. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

729 BIBLIOTECA MEDICA ROMA