

complication, dans les maladies infectieuses, surtout chez les individus atteints de splénomégalie, chez lesquels la collection purulente paraît se développer sous l'influence d'une cause en apparence négligeable. L'augmentation du volume de la rate, l'apparition de phénomènes douloureux et fébriles constituent, je tiens à le répéter, l'ensemble symptomatique de l'affection.

La ponction seule permettra de différencier l'abcès splénique de l'abcès péri-splénique, d'après les caractères du pus retiré.

**Traitement.** — Qu'il s'agisse d'un abcès splénique ou péri-splénique, il faut évacuer le pus.

1° **Abcès péri-spléniques :** Dans ces cas, une incision appropriée est suffisante; mais, après avoir évacué le pus, il sera bon d'explorer l'intérieur de la poche pour se rendre compte de l'état de la rate, que l'on devra respecter, à moins qu'elle ne soit libre dans la cavité de l'abcès et qu'elle ne soit altérée. L'extirpation ne devra, d'ailleurs, être tentée que si elle n'expose pas à la déchirure des adhérences protectrices.

2° **Abcès spléniques :** La ponction simple ou suivie d'injections modificatrices n'est pas plus de mise ici que dans les abcès des autres régions ou organes. Le chirurgien n'a à choisir qu'entre deux modes de traitement : l'incision simple ou la splénectomie.

L'incision ou splénotomie a été pratiquée un certain nombre de fois et a donné d'excellents résultats. La technique en est fort simple et se passe de description lorsque la rate est protégée de toutes parts par les adhérences. Lorsque la rate est libre, il faut protéger le péritoine en plaçant autour de l'abcès des compresses stérilisées, puis vider la poche en la ponctionnant avant de l'inciser. Ceci fait, on en suturera les bords aux lèvres de la plaie : on fera, en un mot, une marsupialisation.

La splénectomie pour suppuration de la rate, d'après le relevé de Vanverts, a été pratiquée 4 fois, avec 3 succès et 1 mort. L'opération, dans ces cas, ne présente rien de particulier; d'après ce même auteur, la splénectomie constituerait le traitement de choix de l'abcès splénique, puisqu'elle supprime complètement l'organe malade et qu'elle évite une suppuration prolongée. Cependant, elle expose à l'infection du péritoine et elle n'est pas toujours praticable, à cause des adhérences qui fixent l'organe, rendant l'opération pénible, exposant le chirurgien à déchirer la poche purulente.

En somme, dans la plupart des cas, on devra recourir à l'incision.

## V. — KYSTES DE LA RATE

Certaines observations de kystes de la rate semblent se rapporter à des *kystes dermoïdes*; mais elles manquent de détails précis.

Cependant, le fait rapporté par Andral dans son *Précis d'anatomie*

*pathologique* est tout à fait probant : Andral déclare avoir vu un kyste de la rate à parois fibro-séreuses, dont l'intérieur contenait une matière grasse, comme suiffeuse, au milieu de laquelle étaient disséminés quelques poils.

A côté de ces kystes dermoïdes, il y a lieu de décrire des *kystes séreux* ou *séro-sanguins* et surtout des *kystes hydatiques*.

### I. — KYSTES SÉREUX OU SÉRO-SANGUINS.

**Historique.** — Cette variété de kystes de la rate est fort rare et, jusqu'à la récente thèse de mon élève Poterel-Maisonneuve (1), n'avait jamais fait l'objet d'une étude spéciale.

Andral (2), le premier, en 1829, rapporte qu'il a observé des kystes multiples disséminés dans l'intérieur de la rate et les compare aux œufs de Naboth. La première observation complète appartient à Livois (3); à l'autopsie on trouva un kyste séro-sanguin du volume d'un gros œuf d'autruche. Cruveilhier se contente de signaler l'existence de kystes séreux dans la rate.

Leudet, en 1853, présente à la Société anatomique de Paris un kyste séreux multiloculaire et ajoute qu'il en connaît 4 ou 5 cas. Puis vient le cas de Roussel, cité par Péan; il s'agissait d'un kyste séro-sanguin chez une fillette de sept ans.

En 1867, Péan pratiqua la splénectomie pour un kyste séro-sanguin qu'il avait pris pour un kyste de l'ovaire.

Les thèses de Magdelain (4) et de Peltier réunissent les cas de kystes séreux connus jusqu'alors. La note de Marcano et Féréol, en 1874, a trait à un kyste séro-sanguin traité avec succès par les caustiques.

A signaler l'article de Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et celui de Péan dans son ouvrage sur les tumeurs de l'abdomen.

Plus tard (1881), Crédé (5) pratique la splénectomie pour un kyste séreux pur du volume d'une tête de fœtus, et, en 1884, Knowsby-Thornton (6) a recours à la même opération pour un kyste multiloculaire. L'année suivante, Mattei publie une observation de kystes multiples. Puis viennent la thèse de Foubert, les cas de Spencer Wells, de Bardenheuer et ceux cités par Verneuil au Congrès de Marseille en 1891.

En 1892, le professeur Terrier rapporte à la Société de chirurgie de

(1) POTEREL-MAISONNEUVE, Des kystes séreux de la rate (kystes séreux purs et séro-sanguins), thèse de Bordeaux, 1898.

(2) ANDRAL, Précis d'anatomie pathologique, t. II, 1829.

(3) LIVOIS, Soc. anat. Paris, 1838, p. 289.

(4) MAGDELAIN, Des kystes séreux et acéphalocystes de la rate, thèse de Paris, 1868.

(5) CRÉDÉ, Arch. für klin. Chir. von Langenbeck. Berlin, Bd XXVIII, 1882, p. 2.

(6) KNOWSBY-THORNTON, Med. chir. Transactions, vol. LXIX, 1886, p. 407.



Paris une très intéressante observation de kyste séro-sanguin qu'il fait suivre de quelques remarques sur l'histoire, la pathogénie et le traitement. La même année, Pilliet (1) observe chez un chien un kyste séro-sanguin survenu à la suite d'un angiome.

Citons enfin les opérations radicales de Chalite (kyste séro-sanguin de la grosseur d'une tête d'adulte) de Moreschi et Ghetti (2) (kyste séro-sanguin) et l'observation de Klippel et Lefas relative à des kystes séreux multiples de la rate et des reins (3).

Vanverts, dans sa thèse, a réuni les cas qui ont été soumis à une intervention chirurgicale.

**Fréquence.** — Les kystes séreux et séro-sanguins de la rate sont très rares, puisque Poterel-Maisonneuve n'a pu en réunir que 19 cas. La variété séro-sanguine s'observerait plus fréquemment que la variété séreuse pure; en effet, on compte 10 cas de kystes séro-sanguins contre 8 de kystes séreux. Et il faut ajouter que Poterel-Maisonneuve n'a pas tenu compte du cas de Bardenheuer dont on ne connaît pas la nature du liquide. Or, d'après le volume de la tumeur, il s'agissait certainement d'un kyste séro-sanguin.

**Étiologie et pathogénie.** — Ce chapitre est encore très obscur. Poterel-Maisonneuve insiste tout particulièrement sur l'influence de la cachexie paludéenne. On a invoqué aussi l'évolution des maladies infectieuses, telles que les oreillons, la diphtérie.

On a songé à incriminer comme cause déterminante une affection mitrale, une attaque de rhumatisme articulaire aigu (Poterel-Maisonneuve).

La plupart des auteurs signalent un traumatisme, tel qu'une chute, un coup sur le flanc gauche, un jet d'eau maladroitement lancé pendant une douche, et le professeur Terrier a insisté sur l'influence de ces causes traumatiques, dans certains cas.

En somme, si les kystes séro-sanguins succèdent à un traumatisme (hémorragie dans un kyste séreux, ou kyste hématique simple), l'on doit, pour les autres, se borner simplement à enregistrer des faits.

L'affection paraît être plus fréquente dans le sexe féminin; sur 15 observations où le sexe se trouve indiqué, on compte 10 femmes et 5 hommes.

On observe le plus souvent ces kystes entre trente et cinquante ans.

Leur pathogénie n'est pas complètement élucidée. On a pensé, pour les kystes séreux, à la transformation des globules purulents d'abcès enkystés (Mattei) ou à leur dérivation d'anciens infarctus hémorragiques. — Peut-être quelques-uns de ces kystes sont-ils congénitaux ou peuvent-ils être rapprochés des cysto-épithéliomes!

(1) PILLIET, Note sur la transformation des angiomes de la rate en kystes hématiques (*Soc. de biol.* Paris, 1892).

(2) MORESCHI et GHETTI, *Gaz. degli Osped. e delle cliniche*, 4 octobre 1896, p. 1257.

(3) KLIPPEL et LEFAS, *Soc. anat. de Paris*, 1897.

Les kystes séro-sanguins proviendraient nettement d'un traumatisme: un foyer hémorragique finirait par s'enkyster ou une hémorragie provenant de la rupture de veines volumineuses rampant à la surface interne d'un kyste séreux produirait un épanchement sanguin intra-kystique.

D'après Pilliet, on pourrait voir la transformation d'un angiome en kyste séro-sanguin.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes séreux purs sont presque toujours multiples, tantôt isolés les uns des autres, tantôt agglomérés et pouvant former des groupes distincts. En général petits, miliaires, ils peuvent acquérir le volume d'une noix, d'un œuf de dinde.

Lorsqu'ils sont uniques, ils offrent des dimensions plus considérables, volume du poing, d'une tête de fœtus.

Multiples ou uniques, les kystes séreux purs sont en général uniloculaires, quelquefois multiloculaires et aréolaires.

Les parois de ces kystes sont tapissées à l'intérieur par une membrane blanchâtre, revêtue d'un épithélium pavimenteux. De consistance variable, elles sont quelquefois fibreuses, cartilagineuses et même incrustées par places de sels calcaires.

Le contenu est un liquide citrin, quelquefois un peu gélatineux, renfermant de l'albumine et des cristaux de cholestérine.

Les kystes séro-sanguins sont toujours uniques et uniloculaires. Leur volume est supérieur à celui des kystes séreux purs: un gros œuf d'autruche à une tête d'adulte. Leur face interne est presque toujours recouverte de fibrine. On trouve quelquefois à leur surface des vaisseaux sanguins assez volumineux.

Leur contenu ne se présente pas toujours sous le même aspect: tantôt c'est de la sérosité rosée, renfermant une grande quantité de globules sanguins plus ou moins altérés, des leucocytes, de l'albumine, de la cholestérine. D'autres fois, c'est un liquide rouge brunâtre, jaunâtre, couleur chocolat et même noir.

Pour être plus précis, au lieu de ne décrire que des kystes séreux et séro-sanguins, il faudrait établir la division suivante: 1° *kystes séreux purs*; 2° *kystes séreux d'origine hématique*; 3° *kystes séreux devenus hématiques*; 4° *kystes sanguins vrais*.

Il va sans dire que, au début, tant qu'ils sont petits, ces différents kystes n'altèrent ni la forme, ni le volume de la rate. A mesure qu'ils se développent, ils forment des tumeurs lisses et arrondies, ou bosselées et irrégulières, donnant quelquefois au doigt qui les explore des sensations variables de consistance.

**Symptomatologie.** — Elle n'offre rien de spécial; c'est la même, ou à peu près, que celle des kystes hydatiques.

Au début ou quand ils restent petits, les kystes dont nous nous occupons en ce moment ne se révèlent par aucun signe; ils passent inaperçus, et souvent ils n'ont été reconnus qu'à l'amphithéâtre.



Plus tard, lorsqu'ils ont acquis un volume respectable, ils peuvent présenter un ensemble de symptômes qui sont de deux ordres : symptômes fonctionnels et subjectifs, symptômes physiques.

Les symptômes fonctionnels et subjectifs sont variables ; je me contente de les signaler ; on a observé : des frissons, de la céphalalgie, des palpitations, des douleurs névralgiques disséminées ou localisées à l'hypocondre gauche, de la pesanteur à ce niveau, une sensibilité extrême au moindre contact, des bourdonnements d'oreilles et des troubles de la vue, de l'amaigrissement.

On a encore signalé de la gêne respiratoire par refoulement du poumon, la difficulté de la digestion, des douleurs à l'épigastre accentuées pendant l'acte de la digestion, de l'inappétence, des nausées et des vomissements ; quelquefois de la diarrhée et même des phénomènes d'occlusion intestinale passagère par compression du côlon transverse et descendant.

Enfin, certaines observations ont indiqué la tendance aux hémorragies, les signes d'anémie, l'ascite, l'œdème, la dysménorrhée.

Les signes physiques manquent aussi à la période de début. Lorsque la tumeur est assez volumineuse, le chirurgien peut constater l'existence d'une voussure de la paroi thoraco-abdominale, à gauche. Par la palpation, il sentira sous les fausses côtes une tumeur arrondie ou bosselée, de consistance homogène ou présentant des points durs et mous ; il pourra quelquefois percevoir la fluctuation.

La percussion rendra compte de l'augmentation d'étendue de la matité de la rate, qui se continue avec celle de la tumeur.

La palpation et la percussion indiqueront encore l'état du poumon et de la plèvre gauches (pleurésie), la situation du cœur (déviation de la pointe.)

Magdelain a résumé ainsi qu'il suit la symptomatologie des kystes séreux de la rate : « Déformation au niveau de l'hypocondre gauche et des régions contiguës, tumeur plus ou moins fluctuante, matité complète au niveau de la tumeur se confondant avec celle de la rate, déplacement plus ou moins exagéré des organes voisins, troubles digestifs variés, difficulté de respiration augmentant quelquefois à la suite d'ingestion d'aliments dans la cavité stomacale, et si nous y ajoutons la douleur obtuse au niveau de l'hypocondre gauche, dont se plaignent quelquefois les malades, nous réunissons les symptômes principaux qui sont ceux des tumeurs kystiques liquides de la rate et des kystes séreux en particulier. »

**Marche et pronostic.** — La marche des kystes séreux de la rate est continue ; plus le liquide est séreux, plus le kyste a des chances de se développer rapidement (Poterel-Maisonneuve). Ces kystes peuvent se rompre spontanément ou sous l'influence d'un traumatisme ou d'efforts violents (accès d'asthme, accès de colère). Ils peuvent

suppurer et donner ainsi lieu à une variété d'abcès de la rate.

Quoi qu'il en soit, leur pronostic est assez sérieux.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des kystes séreux et séro-sanguins de la rate, impossible au début de l'affection, est encore très difficile même lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Bien souvent, le kyste n'a été reconnu qu'à l'autopsie ; souvent aussi il a été confondu avec d'autres lésions de la rate, avec des tumeurs des organes voisins ou de viscères plus ou moins éloignés (kyste de l'ovaire). Souvent encore, le diagnostic est resté douteux entre un kyste de la rate et une hydronéphrose, des tumeurs ovariennes et du ligament large, une tumeur de l'épiploon. (Voy. *Diagnostic des tumeurs du mésentère, des kystes du pancréas, de la rate mobile, des kystes hydatiques de la rate.*)

En somme, le diagnostic des kystes séreux de la rate ne peut être, en général, qu'un diagnostic de probabilité. Et d'ailleurs, l'examen du liquide pourrait seul permettre une affirmation. La ponction exploratrice peut être pratiquée ; mais, je l'ai déjà dit plus d'une fois et à propos du mésentère et à propos du pancréas, il est préférable, dans les cas douteux, d'avoir recours à la laparotomie exploratrice.

**Traitement.** — Le traitement chirurgical des kystes séreux et séro-sanguins de la rate comprend : 1° l'incision du kyste ou splénotomie ; 2° l'extirpation du kyste, splénectomie partielle ; 3° la splénectomie totale.

J'ai déjà dit, à propos du traitement des kystes du mésentère, ce qu'il fallait penser de la ponction simple ou suivie d'injections modificatrices. Un autre facteur vient ici s'ajouter aux objections faites à la ponction, c'est la possibilité de rencontrer plusieurs kystes ou de tomber sur un kyste plus ou moins aréolaire.

L'incision du kyste, la marsupialisation et l'extirpation du kyste ne sont pas, à vrai dire, de mauvaises méthodes, mais elles offrent des inconvénients que je signalerai plus loin en traitant l'important chapitre des kystes hydatiques de la rate.

Reste donc la splénectomie, qui constitue évidemment l'opération idéale, puisqu'elle supprime et le kyste principal et ceux qui pourraient passer inaperçus avec les autres méthodes, puisqu'elle donne des résultats immédiats et éloignés supérieurs à ceux de ces méthodes. En effet, sur huit cas de splénectomie pour kystes séreux ou séro-sanguins, nous trouvons huit guérisons, c'est-à-dire 0 p. 100 de mortalité. Et je m'empresse de faire remarquer que les malades ont été revus en parfait état de santé deux mois, dix mois, un an, quatre, neuf et douze ans après l'intervention.

Inutile d'ajouter qu'il faudra tenir compte des deux contre-indications de toute splénectomie : 1° état cachectique du malade ; 2° étendue et résistance des adhérences.



## II. — KYSTES HYDATIQUES.

La première observation de kyste hydatique de la rate remonte à 1790; elle est rapportée par Berthelot dans le *Journal de médecine chirurgicale*.

En 1850, paraît la première observation d'un malade opéré par le procédé de Récamier; il y avait eu, d'ailleurs, erreur de diagnostic: on avait pensé à l'existence d'un abcès.

La même année, nouvelle observation d'intervention.

A partir de cette époque, les faits se multiplient. Mais je ne puis citer que les noms des principaux auteurs qui se sont occupés de la question.

Magdelain, en 1868, soutient sa thèse sur les kystes séreux et acéphalocystes de la rate; Besnier met la question au point dans l'article: *Rate* du *Dictionnaire encyclopédique*. Puis viennent les travaux de Le Noël en 1879 (thèse) et de Mosler en 1884. Enfin, la thèse de Lainé, en 1888, le mémoire de Cazanova et Poulet, paru la même année dans la *Revue de chirurgie*, et le travail de Trinkler (1), publié en 1893, dans *Chirurgichesky Westnik*, traduit en français l'année suivante. Depuis, ont paru d'autres observations et la thèse de Cras (2), au mois de novembre 1896. Trinkler, dans son travail, avait rassemblé 70 observations de kystes hydatiques de la rate. Cras a complété cette statistique par l'adjonction de nouveaux faits.

**Étiologie.** — D'après la statistique de 2 117 cas de kystes hydatiques recueillis par Trinkler, 70 cas appartiennent à la rate, environ 3,2 p. 100.

Les pays où l'on observe le plus fréquemment l'affection sont l'Allemagne et la France; puis vient la Russie. Cependant, Trinkler, par un argument un peu spécieux, cherche à placer ce pays au premier rang.

Nous n'avons pas à insister sur l'étiologie et la pathogénie des kystes hydatiques de la rate. Cette pathogénie s'expliquerait par les rapports de la rate avec l'appareil digestif, par sa grande vascularisation, par les rapports de sa circulation avec celle du foie. L'âge et le sexe n'ont pas grande influence sur leur production. Krummacher et Finsen admettent qu'ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Par contre, Lainé, sur 28 observations où le sexe est mentionné, trouve 17 fois le sexe masculin et 11 fois le sexe féminin. D'après Trinkler, les femmes seraient atteintes aussi souvent que les jeunes filles; la grossesse n'influerait pas sur le cours de la maladie et *vice versa*.

**Anatomie pathologique.** — Ces kystes hydatiques peuvent exister

(1) TRINKLER, Kyste hydatique solitaire de la rate (*Revue de chir.*, 1894, p. 407).  
(2) CRAS, Étude sur les kystes hydatiques de la rate, thèse de Bordeaux, 1896.

à l'état solitaire ou coïncider avec des kystes hydatiques d'autres organes.

Leur siège est très variable: tandis que dans le foie ces kystes se trouvent presque toujours dans le lobe gauche (Trinkler), dans la rate, au contraire, la situation est moins fixe, et, que le kyste soit central ou périphérique, il peut occuper une partie quelconque de l'organe. Dans certains cas, assez rares, on a vu des kystes hydatiques, nés dans les régions voisines, se creuser une loge dans l'épaisseur de la rate: telle l'observation de Cruveilhier, où le tissu propre de la rate ne recouvrait que la moitié externe du kyste.

L'état de la glande splénique variera suivant le siège du kyste et son ancienneté. La rate peut être accolée en un point de la poche ou étalée à la surface du kyste, ou bien réduite à une simple coque fibreuse. Variable aussi est le volume de ces productions kystiques: une noix, une tête de fœtus en moyenne; il peut dépasser celui d'une tête d'adulte.

Tandis que dans la splénomégalie palustre et leucémique la rate, quoique très hypertrophiée, conserve sa forme, dans les cas de kystes hydatiques cette forme est modifiée et devient irrégulière.

Ces kystes s'accompagnent souvent de périsplénite; d'où formation d'adhérences avec les régions et les viscères du voisinage: le diaphragme, le foie, la paroi abdominale, l'estomac, le rein, le côlon transverse, l'intestin grêle. On comprend dès lors que, si le kyste suppure, il puisse y avoir évacuation dans la plèvre et le poumon, dans l'intestin, etc.

**Symptômes.** — La période de début manque le plus souvent, et que de fois même le kyste ne fut reconnu qu'à l'autopsie! Quand elle existe, elle est caractérisée par des troubles digestifs et respiratoires (dyspnée, signes de pleurite), des modifications du caractère, l'apparition dans le côté gauche d'une douleur en général peu accentuée, quelquefois prise pour une névralgie intercostale. Ce sont, en un mot, des signes qui n'ont aucun rapport avec les fonctions de la rate et qui révèlent simplement l'état de souffrance de certains organes refoulés par le kyste. Ils ne peuvent que faire dévier le diagnostic tant que la tumeur reste cachée sous le rebord costal.

A un moment donné, la tuméfaction devient visible et perceptible; l'affection est arrivée à sa période d'état.

Lorsqu'elle est ainsi constituée, elle présente les signes suivants: la douleur est sourde, continue, sorte de pesanteur qui augmente par la fatigue et diminue par le repos; cette douleur s'irradie quelquefois dans la cuisse et l'épaule du côté gauche.

L'examen local de la tumeur fournit les renseignements les plus importants. A l'inspection, on constate le soulèvement de la région; l'asymétrie est manifeste, d'autant que le type respiratoire est transformé et tend à devenir unilatéral droit. La palpation dénote l'exis-



tence d'une tumeur plus ou moins volumineuse n'offrant pas la configuration normale de la rate, affectant, d'après Vivenza (1), la forme d'un cône à sommet dirigé vers le bassin; elle permet aussi de reconnaître un élargissement des espaces intercostaux, si le kyste est volumineux. Dans quelques cas, on a pu constater la fluctuation et du frottement péritonéal; le frémissement hydatique est exceptionnel ici, comme dans les kystes hydatiques des autres régions; ce frémissement est noté dans l'observation de Magdelain et dans celle de Trinkler.

La tumeur est le plus souvent mobile et suit les mouvements respiratoires, mais elle peut être immobilisée par son volume et les adhérences très résistantes qu'elle a pu contracter.

La percussion de la rate, normale ou pathologique, présente certaines difficultés, à cause de la situation profonde de l'organe au milieu de viscères dont la sonorité peut amener des erreurs (Besnier).

Elle dénote, dans les cas de kystes hydatiques, une matité plus étendue que la normale, dépassant le rebord costal; cette matité s'étend plus ou moins du côté de la cavité abdominale ou du côté de la cavité thoracique, suivant la direction prise par le kyste et le volume de la tumeur.

La percussion permet encore de reconnaître le déplacement des viscères refoulés par le kyste (estomac, poumons, cœur, etc.).

Trinkler a noté un signe qui n'avait pas été indiqué avant lui : l'impossibilité du *décubitus latéral sur le côté malade*.

Les symptômes généraux consistent en troubles digestifs et troubles du côté de l'appareil respiratoire qui, joints à la cachexie hydatique, finissent par amener un état de déchéance de l'organisme. Les troubles respiratoires sont dus à la compression du poumon ou à l'apparition d'une lésion pleuro-pulmonaire.

La marche de l'affection est lente; mais elle peut prendre une allure aiguë sous l'influence d'une cause extérieure, d'un traumatisme, par exemple, ou d'une maladie intercurrente. Il peut survenir des complications telles que la compression d'organes importants par volume excessif de la tumeur, la généralisation hydatique, la suppuration du kyste et son ouverture dans les viscères du voisinage. Le pronostic est, en somme, assez grave.

**Diagnostic.** — On est souvent obligé de faire un diagnostic d'exclusion, car l'affection est rare et les signes précis manquent. La solution du problème comprend les deux données suivantes : 1° Quel est le siège exact de la tumeur? Se trouve-t-elle bien dans la rate? — 2° Quelle est la nature de cette tumeur de la rate? Nous ne pouvons aborder ici l'étude détaillée de ce diagnostic, car il faudrait reprendre

(1) VIVENZA, Contributo alla diagnostica dalla cisti da echinococco della milza (*Lo Sperimentale*, 1895, n° 13).

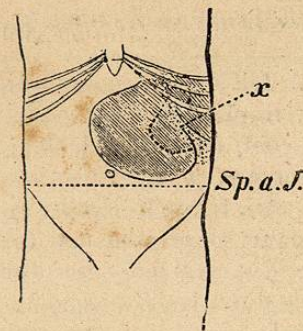


Fig. 15. — Kyste hydatique de la rate (TRINKLER).

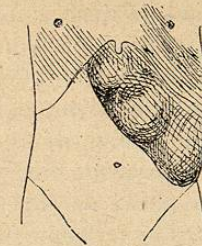


Fig. 16. — Kyste hydatique de la rate (HABERSOHN).

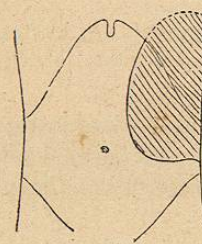


Fig. 17. — Kyste hydatique de la rate (HABERSOHN).

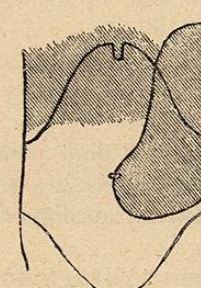


Fig. 18. — Hypertrophie malarienne (HABERSOHN).

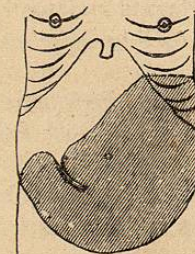


Fig. 19. — Hypertrophie leucémique (HIEKS).

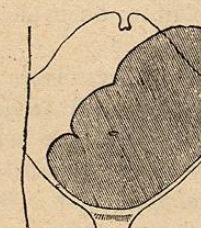


Fig. 20. — Splénomégalie leucémique (B. EDWARDS).



Fig. 21. — Hypertrophie leucémique (OLDHAM).

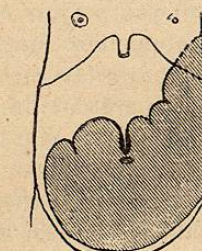


Fig. 22. — Splénomégalie leucémique (HABERSOHN).



une fois encore la question du siège et de la nature des tumeurs abdominales.

Cependant, je tiens à insister sur ce fait que la configuration, le volume et la direction d'une rate hypertrophiée peuvent suffire pour établir un diagnostic différentiel. En effet, dans les splénomégalies malarienne et leucémique, la rate conserve sa configuration normale; en outre, le volume de l'organe peut être tel qu'il dépasse la ligne médiane et descende dans la fosse iliaque, en prenant une direction oblique qui tend à devenir transversale. Ces caractères ne s'observent pas lorsque l'hypertrophie splénique est due à la présence d'un kyste hydatique. Les diagrammes ci-joints, tirés du travail de Habersohn (1), rendent bien compte de la différence de configuration et de disposition entre les tumeurs de la rate d'origine malarienne, leucémique et kystique (fig. 15 à 22).

Je dois encore rappeler, à propos du diagnostic des kystes hydatiques de la rate, les deux faits exceptionnels cités par Lainé et Duroziez.

Chez le malade dont parle Duroziez, on avait diagnostiqué une pleuro-pneumonie; or, à l'autopsie, on trouva un énorme kyste de la rate, qui adhérait au diaphragme et avait pénétré dans le poumon gauche.

Le fait rapporté dans le travail de Lainé est bien plus curieux: un malade était atteint d'un anthrax qui siégeait dans l'hypocondre gauche, près du bord externe du carré lombaire. Une incision, pratiquée sur le point culminant, donna issue à un flot de pus mélangé de pellicules vésiculaires; on avait ouvert une vaste poche hydatique de la rate.

**Traitement.** — Les divers modes de traitement des kystes hydatiques de la rate sont: 1° la *ponction simple*; — 2° la *ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur*; — 3° l'*incision* ou la *marsupialisation*; — 4° l'*extirpation du kyste*; — 5° la *splénectomie*.

*Ponction simple.* — Sur 31 cas, Vanverts a noté 7 morts, 5 guérisons, 1 guérison incomplète, 1 amélioration, 17 récurrences pour lesquelles il fallut inciser secondairement le kyste.

C'est donc une opération souvent dangereuse et parfois inefficace. Segond a dit qu'il y a tout avantage, en pratique, à oublier les faits de guérison par ponction simple, et même à les négliger de parti pris.

*Ponction et injection modificatrice.* — Cette méthode est plus efficace, mais elle présente les mêmes inconvénients que la précédente. On sait, d'ailleurs, qu'elle n'a pas donné, pour les kystes hydatiques du foie, les résultats qu'on pouvait en attendre.

*Incision ou marsupialisation.* — Elle peut être pratiquée en un temps, méthode adoptée aujourd'hui, ou bien par les procédés de

(1) HABERSOHN, *Guy's Hosp. Reports*, séries III, 1869, fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. vol. XIV, p. 213.

Récamier, Wolkman, Lindemann — Landau, Sängner. Cette méthode a donné de bons résultats opératoires et thérapeutiques. Elle offre, cependant, l'inconvénient de déterminer une longue suppuration et d'exposer à négliger une deuxième poche kystique.

*Extirpation du kyste.* — Si le kyste est pédiculé, c'est là une excellente opération. Mais si la tumeur est sessile, l'intervention devient sérieuse et délicate, car il faut trancher en plein tissu splénique, faire une splénectomie partielle, et l'on se trouve aux prises avec les inconvénients de l'hémorragie et les difficultés de l'arrêter.

*Splénectomie totale.* — C'est l'opération idéale, disent Hahn, Winckel et Vanverts. En effet, elle assure la guérison rapide et radicale; avec elle, pas de risques de laisser d'autres kystes qui peuvent passer inaperçus avec les méthodes précédentes. D'ailleurs, les résultats qu'elle a donnés sont supérieurs à ceux de ces méthodes.

Voici la statistique dressée à ce sujet par Vanverts:

	Morts.	Guérisons.
Ponction simple.....	?	16 p. 100
Ponction avec injection antiseptique.....	0	100 p. 100 (3 cas seulement).
Incision avant 1880..	50 p. 100	
— depuis 1880.....	30 p. 100	
Extirpation.....	25 p. 100	75 p. 100
Splénectomie.....	16,5 p. 100	84,5 p. 100

Mais si l'opération est assez facile dans les cas ordinaires, elle peut devenir dangereuse ou même impossible lorsqu'il existe des adhérences solides et étendues. Aussi, ne peut-on pas toujours compter sur elle. A part cette contre-indication tirée de l'état local et celles, bien entendu, qui découlent de l'état général des malades, il est incontestable que la splénectomie constitue l'opération de choix dans le traitement des kystes hydatiques de la rate. En somme, si l'on ne tient pas compte des kystes pédiculés, dont le traitement est des plus simples, il n'y a lieu de mettre en parallèle que la splénectomie totale et l'incision suivie de drainage, et, en pratique, c'est à cette dernière méthode que l'on sera forcé de s'adresser bien souvent.

Le procédé de Delbet pourrait être tenté dans quelques cas.

Lorsque le kyste, développé du côté du thorax, ne peut être abordé par la voie abdominale, on l'attaquera, comme certains kystes hydatiques du foie, par la voie transpleurale après résection costale. C'est la même conduite qu'il faudra adopter si le kyste suppuré s'est ouvert dans les bronches (1).

(1) QUÉNU, Kyste hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches; incision par la voie transpleurale; guérison (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1889).