

CINQUIÈME LEÇON

LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Il y a quelques jours, le 7 janvier, le Dr Gillebert-Dhercourt, médecin en chef de la police municipale, m'envoyait un malade avec le mot suivant : « Prière d'examiner le gardien de la paix porteur de ma carte; on a parlé de splénomégalie et d'intervention chirurgicale. Avant de pousser le malade dans cette voie, je serais heureux d'avoir votre avis. » C'est donc une consultation médico-chirurgicale qui nous était demandée; nous avons examiné le malade, je vais discuter devant vous le diagnostic et nous tâcherons de répondre à la question posée par notre honorable confrère.

Je vous présente le malade, il a quarante-deux ans et vous voyez qu'au premier abord il ne paraît pas en trop mauvais état. Ses vêtements ont été enlevés, de façon à mettre à nu l'abdomen et le thorax. Ce qui frappe à la première inspection, c'est une déformation, une voussure de l'hypocondre et du flanc gauche. Regardez cette voussure, de face et de profil, voyez combien elle est accentuée, elle forme tumeur. Les côtes sont fortement déjetées en dehors, l'hypocondre et le flanc gauche participent à la déformation, la saillie porte

sur le thorax et sur l'abdomen, toutefois elle est plus thoracique qu'abdominale.

Afin d'apprécier exactement les lésions qui provoquent cette saillie thoraco-abdominale, il est nécessaire de placer le malade en différentes positions; il faut l'examiner debout, puis couché sur le dos et incliné sur le côté droit. Par la palpation, on trouve dans le flanc gauche une tumeur ovalaire, indolente, dont les contours échancrés donnent la sensation de deux lobes. Cette tumeur, que la main circonscrit nettement en bas et en dedans, déborde les côtes gauches de 9 centimètres; elle s'étend en dedans jusqu'au voisinage de la ligne blanche; elle n'est ni mobile ni mobilisable. En haut, la tumeur remonte derrière les côtes gauches qu'elle déjette en dehors; elle refoule le diaphragme et le poumon jusqu'au troisième espace intercostal, ainsi que le démontre la percussion; elle dévie le cœur à droite du sternum. Dans son diamètre vertical, en avant, la tumeur donne une matité de 28 centimètres, à savoir : 19 centimètres pour la partie qui est cachée derrière les côtes et 9 centimètres pour la partie qui est accessible dans l'abdomen; la partie rétro-costale de la tumeur est donc beaucoup plus étendue que sa partie abdominale. Une matité à peu près égale existe à la région axillaire, elle est moindre en arrière.

Quelle est la nature de cette tumeur et quel organe en est le siège? Il n'y a pas à penser au foie qui occupe dans l'hypocondre droit sa position normale, il faut éliminer le rein qui ne paraît pas avoir quitté à gauche la région lombaire; tout est en faveur d'une tumeur de la rate, l'organe par excellence des tumeurs de l'hypocondre gauche. Reste à savoir quelle est la nature de cette tumeur. D'une façon générale, les très grosses rates, rate palustre, rate leucémique, rate tuberculeuse, splénomégalie primitive, sont surtout des tumeurs du ventre; nées dans l'hypocondre gauche, leur poids et leur volume les attirent en bas, dans le ventre; leur partie supérieure se loge il est vrai derrière les côtes, dans l'hypocondre qu'elles déforment, mais ce n'en est, en tout cas, que la moindre partie, la masse principale de la tumeur est dans le ventre. Toute autre est la conformation de la tumeur de

notre malade. Ce qu'on sent dans le ventre n'est que la petite partie de la tumeur, celle qui mesure 9 centimètres en hauteur; tandis que la grosse partie de la tumeur, celle qui mesure 19 centimètres en hauteur, se cache derrière la cage thoracique, déjetant les côtes en dehors, refoulant bien haut le diaphragme et le poumon et déviant le cœur à droite du sternum. Dans son ensemble, la tumeur est abdomino-thoracique, mais en réalité, je le répète, elle est bien plus thoracique qu'abdominale. Ce n'est pas ainsi que se comportent les variétés de splénomégalies que je viens de vous énumérer.

Si, au lieu d'être à gauche, cette tumeur était à droite, nous n'hésiterions pas à faire le diagnostic de kyste hydatique du foie, nous penserions à ces grands kystes de la face convexe du foie, bien décrits par Dolbeau, qui refoulent les organes thoraciques au point de simuler un épanchement pleural. Chez notre malade, la tumeur siégeant à gauche, il nous paraît logique de diagnostiquer un kyste hydatique de la rate, la partie abdominale de la tumeur comprenant la rate, la partie thoracique, étant purement kystique. Un dernier point reste cependant à élucider; est-il bien certain que ce malade n'ait pas à gauche un grand épanchement pleural? Nous en trouvons les principaux signes: matité absolue jusqu'au troisième espace intercostal, disparition de la sonorité de l'espace de Traube, absence de vibrations, silence complet à l'auscultation et forte déviation du cœur qu'on sent battre à droite du sternum.

Telle n'est pas mon opinion. Je rejette l'idée d'un épanchement pleural pour deux raisons: la première, c'est que la voussure nettement accusée aux dernières côtes est bien plus en rapport avec l'hypothèse d'une tumeur de l'hypocondre qu'avec l'hypothèse d'un liquide libre dans la grande cavité pleurale. La deuxième raison, c'est que le mamelon gauche est de trois centimètres plus élevé que le mamelon droit; or, au cas d'épanchement pleural, pour si dévié que soit le cœur, les deux mamelons restent sensiblement sur le même plan horizontal, tandis qu'au cas de kyste hydatique de la rate, la pression se faisant de bas en haut, tous les

téguments, y compris le mamelon, sont poussés par en haut, d'où la forte différence de niveau, chez notre malade, entre les deux mamelons.

Bien d'autres raisons militent en faveur du kyste hydatique de la rate. Il ne peut être question ici de rate palustre, et, du reste, cet homme n'a jamais eu le moindre symptôme de paludisme. Je vous ai dit également pourquoi nous devons rejeter l'hypothèse d'une rate leucémique; le sang est normal, il est même riche en hématies: 5.180.000 globules rouges pour 6.800 globules blancs. Les symptômes généraux cadrent bien avec le diagnostic de kyste hydatique, dont l'évolution et l'accroissement sont longtemps compatibles avec la santé. La maladie ne s'est traduite pendant une longue période que par un seul symptôme, douleurs à l'hypocondre et à l'épaule gauche. Ces douleurs durent depuis quatre ans, avec alternatives d'exacerbation et d'accalmie. A différentes reprises, en décembre 1897, en février et en octobre 1898, on a combattu les douleurs par des liniments, par des badigeons iodés, on a même donné la quinine à cause du volume de la rate. Le malade ne peut préciser exactement le début de la voussure thoracique; mais depuis six mois, l'ampliation et la déformation se sont accentuées, les vêtements sont devenus trop étroits et bien des mouvements sont devenus difficiles. Depuis cette époque, la respiration est notablement gênée, la dyspnée et les douleurs sont actuellement les symptômes dominants.

A part ces troubles douloureux et dyspnéiques, cet homme est en assez bon état; les forces n'ont pas périclité, il a bon appétit, il a peu maigri. En conséquence, nous avons formulé le diagnostic de kyste hydatique de la rate ayant fait sa poussée par en haut. Le kyste est remonté vers le thorax, à la façon des kystes de la face convexe du foie, il a déjeté les côtes en dehors, il a refoulé le diaphragme et le poumon, il a dévié le cœur à droite du sternum, il simule un grand épanchement pleural, mais la plèvre est libre. D'autre part, le kyste et la rate forment dans l'abdomen une tumeur d'un certain volume à forme ovalaire. L'absence de fièvre et de frissons, l'absence de tout symptôme infectieux

permettent d'affirmer que le kyste n'est pas en voie de supuration, son liquide doit être clair et transparent comme l'eau de roche.

Telle est notre appréciation sur le malade qui nous a été confié. Je me garderai bien de pratiquer une ponction exploratrice à l'effet de confirmer notre diagnostic. En fait de kystes hydatiques, les ponctions dites exploratrices (extraction de quelques grammes de liquide) *doivent être bannies*. J'aurai l'occasion de traiter longuement ce côté capital de la question, à l'une de nos prochaines séances, au sujet des kystes hydatiques du foie. Je vous dirai que l'exploration d'un kyste, fût-elle faite avec une fine aiguille aspiratrice, peut avoir les plus terribles conséquences. C'est un contrôle dont le diagnostic doit se passer. La ponction aspiratrice est dans quelques cas un mode de guérison; elle peut servir à vider un kyste, fort bien; mais elle ne doit jamais servir à l'explorer. Quand elle est totale, l'évacuation du liquide n'est suivie d'aucune complication, mais quand elle est limitée à quelques grammes (ponction exploratrice), le liquide hydatique sous pression peut passer dans le péritoine à travers le pertuis laissé par l'aiguille, d'où les accidents.

Je porte sur notre malade un pronostic favorable. J'espère qu'il guérira de son kyste hydatique à la condition qu'il soit opéré sans trop tarder. Dans le cas actuel, la temporisation pourrait être funeste. Rien ne dit qu'un jour ou l'autre ce kyste déjà ancien ne se laisserait pas infecter, ce qui aggraverait singulièrement le pronostic. Rien ne dit que dans sa poussée ascendante, le kyste n'arriverait pas à perforer le diaphragme et la plèvre et à déterminer ainsi les plus redoutables complications. Donc il faut intervenir sans perdre un temps précieux. Je ne conseillerai pas ici la simple ponction aspiratrice, qui dans quelques kystes hydatiques du foie *bien choisis* donne de bons résultats. Il faudra recourir à la laparotomie, et une fois le ventre ouvert, on prendra la décision inspirée par les circonstances, on pratiquera ou non, la splénectomie. L'opération sera faite par le D^r Gérard Marchant, qui connaît le malade, qui l'a déjà examiné et qui de son côté, a conclu sans hésitation au diagnostic de kyste

hydatique de la rate. Dans une des prochaines séances, je vous ferai connaître les résultats de l'opération.

.....

MESSIEURS,

Ainsi que je vous l'avais annoncé, le malade chez lequel nous avions diagnostiqué un kyste hydatique de la rate a été opéré par M. Gérard Marchant. L'incision abdominale, partie du rebord costal gauche, a été prolongée en bas, dans la direction du bord externe du muscle droit, sur une étendue de 14 centimètres. Après incision du péritoine, on a reconnu la rate, libre d'adhérences et fort abaissée dans l'abdomen. Elle était volumineuse et en partie coiffée par un énorme kyste hydatique qui s'engageait sous les côtes et remontait dans le thorax en refoulant le diaphragme. Des compresses aseptiques montées sur des pinces ont été placées dans la cavité abdominale, de façon à écarter l'estomac et l'intestin. Ces compresses, qui formaient au kyste comme un lit sous-jacent, étaient destinées à recevoir le liquide qui aurait pu s'écouler pendant la ponction; elles avaient aussi pour but de protéger la cavité péritonéale contre toute inoculation suspecte.

Deux écarteurs latéraux éloignaient les lèvres de l'incision, pendant qu'un troisième écarteur, placé au-dessous et en dedans des côtes, déclinait celles-ci en haut et en avant. Par l'incision largement béante, on aperçut l'extrémité inférieure de la rate et la paroi du kyste qui bombait à la façon d'une demi-sphère entre la rate et l'estomac. Le kyste était comme plaqué sur la rate, il semblait en émerger, et n'était adhérent qu'au niveau du hile. Le doigt pouvait circonscrire la rate libre dans toute sa circonférence, excepté au hile, lieu d'origine du kyste. La paroi kystique était ardoisée, bleuâtre et d'une minceur translucide.

Un gros trocart est plongé dans le kyste et donne issue à deux litres environ d'un liquide transparent comme de l'eau de roche. On vide ainsi le kyste hydatique et pour s'opposer à son retrait, on saisit sa paroi avec une pince en cœur

à large surface. A peine le trocart est-il retiré, que sous l'influence de saccades de toux, jaillit un flot de liquide. On incline alors l'opéré sur le côté gauche et un litre de liquide est encore évacué, ce qui porte à trois litres au moins la quantité de liquide contenu dans ce kyste uniloculaire.

Le liquide kystique étant évacué, M. Gérard Marchant eut d'abord l'idée de saisir la rate et de la tirer au dehors avec la plus grande portion de la paroi du kyste. Mais cette splénectomie suivie de l'excision d'une portion de la poche ne lui parut pas praticable à cause de la minceur de la paroi kystique et à cause de son retrait et de son adhérence vers les parties profondes.

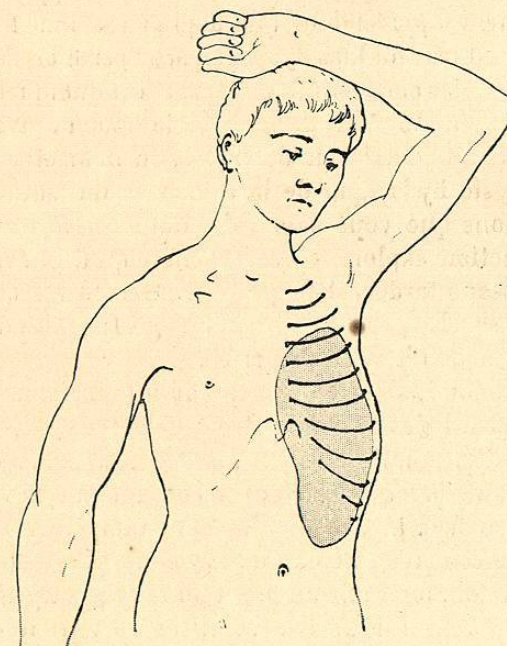
Il trouva plus rationnel de marsupialiser la poche à la paroi, ce qui fut fait non sans difficulté en raison de la friabilité et de la situation profonde de la paroi kystique. Lorsque cette marsupialisation fut effectuée par huit points à la soie, en U, il ne restait qu'à refermer la cavité abdominale par trois plans de sutures étagées.

Avant d'introduire deux drains dans la poche kystique, l'opérateur voulut se rendre compte de la profondeur de cette poche; les plus longues pinces porte-éponges n'en purent rencontrer le fond. Les suites de l'opération ont été fort bonnes, malgré une élévation de température qui a persisté pendant quelques jours, élévation qui n'est pas rare à la suite des opérations de kyste hydatique, sans qu'on puisse trop en expliquer la cause.

A dater de ce moment, l'amélioration a suivi progressivement son cours, la cavité kystique s'est comblée, la plaie s'est cicatrisée, et je vous présente le malade complètement guéri. Il ne souffre plus, il respire normalement; les douleurs vives et les accès d'oppression qui depuis longtemps étaient les symptômes dominants de sa maladie ont complètement disparu. Vous pouvez constater qu'il ne reste plus trace de voussure thoraco-abdominale, le mamelon gauche est maintenant sur le même plan que le mamelon droit, le cœur n'est plus dévié, il a repris sa position normale, le poumon gauche respire jusqu'en bas, l'espace de Traube a retrouvé sa sonorité.

Telle est l'observation de ce kyste hydatique développé dans le hile de la rate. Par sa tendance à se porter en haut vers le thorax, il fait partie d'une variété clinique que je vous propose de nommer kyste splénique « à type ascendant ».

Le schéma ci-dessous est la reproduction de ce kyste à type ascendant. Je vous rappelle ses caractères dominants: Il fait sa principale poussée en haut vers le thorax; il refoule le diaphragme, le poumon, il dévie le cœur à droite du sternum et simule au premier abord un épanchement pleural. Dans son développement, il déjette fortement les côtes en dehors, aussi l'hypocondre gauche fait-il une forte voussure. Par son extension abdominale, le kyste forme dans le ventre une tumeur irrégulière et non mobile. Ses symptômes sont plus thoraciques qu'abdominaux.



Par un de ces hasards qui ne sont pas rares en clinique, nous avons eu, salle Saint-Christophe, n° 20, un second ma-

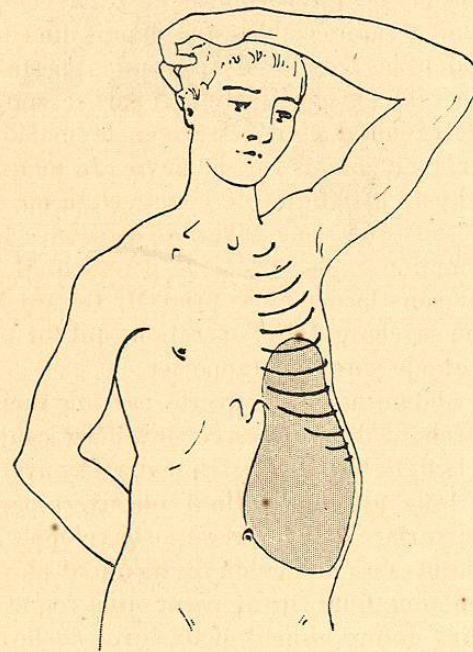
lade atteint, lui aussi, de kyste hydatique de la rate. Tous les élèves du service en ont fait le diagnostic tant les anomalies étaient grandes avec le cas précédent. Il y avait néanmoins quelques différences que je vais vous signaler. Chez le second malade, la voussure de l'hypocondre était moins accentuée que chez le premier ; par contre, la tumeur abdominale était beaucoup plus grosse, descendait au-dessous de l'ombilic et dépassait à droite la ligne blanche. La matité indiquant la limite supérieure de la tumeur remontait moins haut que chez le premier ; elle s'arrêtait à la cinquième côte, au lieu d'atteindre la troisième ; le cœur était à peine dévié et les deux mamelons étaient sensiblement sur le même plan.

Les symptômes douloureux, douleurs thoraciques et abdominales, tiraillements, pesanteur, dataient de trois ans. La déformation de l'hypocondre et le développement du ventre n'étaient appréciables que depuis un an. De cette époque dataient les troubles dyspeptiques : perte de l'appétit, digestions pénibles et constipation. A part ces quelques symptômes, l'état général était resté bon, le malade avait peu maigri et n'avait jamais eu de fièvre. Je m'arrêtai au diagnostic de kyste hydatique de la rate et je me gardai bien, pour les raisons que vous savez, de confirmer le diagnostic par une ponction exploratrice. Je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir sans tarder et je priai M. Gérard Marchant de vouloir bien se charger de l'opération, qui fut faite dans les conditions que je vais vous rapporter.

La paroi abdominale est ouverte par une incision gauche qui va du rebord des fausses côtes à deux centimètres au-dessous de la ligne ombilicale. On met à découvert un énorme kyste sphérique presque partout recouvert par la rate qui s'étale à sa surface à la façon d'une enveloppe. On ne constate d'adhérences qu'au niveau du ligament phrénico-splénique. La ponction, faite sur un point où la coque kystique est fort amincie, donne issue à deux litres de liquide caractéristique dans lequel ont été reconnus des crochets d'échinocoque. A mesure que la rate kystique se vide, elle est extériorisée, et après quelques manœuvres sur lesquelles

je n'insiste pas, la rate est enlevée. Le résultat de l'opération a été la guérison du malade.

Telle est l'observation de ce kyste hydatique développé à l'intérieur de la rate. Par sa tendance à se porter en bas, dans le ventre, il fait partie d'une variété clinique que je vous propose de nommer kyste splénique « à type descendant ». Le schéma ci-dessous est la reproduction de ce kyste à type descendant. Je vous rappelle ses caractères dominants. Il fait sa principale poussée en bas dans l'abdomen, il remonte moins haut que le précédent dans le thorax, il déjette moins les côtes, la voussure qu'il provoque à l'hypocondre est moins accentuée, mais, par contre, il forme dans le ventre une énorme tumeur qui envahit la fosse iliaque et dépasse la ligne blanche. Ses symptômes sont plus abdominaux que thoraciques.



Ce deuxième cas de kyste hydatique de la rate a donné lieu à quelques particularités intéressantes sur lesquelles je