

certain, c'est que cette perturbation n'a été que passagère, des suppléances se sont faites dans les organes hématopoiétiques et en trois mois le sang avait repris sa morphologie normale, l'équilibre était rétabli.

Je donnerai à la leçon suivante quelques détails complémentaires concernant la classification des globules blancs.

Grâce aux observations qui ont fait le sujet de cette leçon, il nous sera possible à la prochaine séance d'entreprendre dans son ensemble l'étude des kystes hydatiques de la rate.

## SIXIÈME LEÇON

### LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Les observations si instructives des deux malades dont il a été question à la dernière séance vont nous permettre d'envisager aujourd'hui, dans son ensemble, l'étude des kystes hydatiques de la rate.

Tous les kystes hydatiques de la rate ne se ressemblent pas, il s'en faut, vous en avez la preuve dans l'histoire de nos malades, dont les kystes, au point de vue anatomique et clinique, étaient absolument différents. Chez le second de ces malades, le kyste était intra-splénique, il s'était développé dans le centre de l'organe, le tissu de la rate refoulé excentriquement lui formait comme une coque, aussi M. Gérard Marchant, dans son opération, dut-il pratiquer la splénectomie. Chez le premier de ces malades, au contraire, le kyste était juxta-splénique, il n'était qu'accolé à la rate, il avait pris naissance dans le hile, laissant l'organe indemne, aussi la rate fut-elle complètement respectée par le chirurgien. Ce sont là, vous le voyez, des conditions anatomiques qui créent des indications thérapeutiques bien différentes. Aussi, au lieu de confondre en une même description tous les kystes

8\*

hydatiques de la rate, il me paraît utile de les classer en plusieurs variétés qui répondent à la nature même des faits.

Au point de vue *anatomique*, j'admets trois variétés de kystes hydatiques de la rate. Dans une première variété, celle que je vais d'abord étudier, le kyste se développe en plein tissu splénique, vers le centre de l'organe; dans ce cas, le tissu de la rate refoulé excentriquement forme comme une vaste coque au kyste hydatique. Il en résulte une tumeur formée, au centre, par le kyste et à la périphérie par le tissu de la rate. Tel était le cas de notre second malade : la rate étalée entourait le kyste et lui formait une enveloppe, mince en certains endroits, et très hypertrophiée ailleurs. L'hypertrophie de cette coque splénique (hypertrophie compensatrice) avait même pris de telles proportions que le tissu splénique atteignait le poids de 800 grammes.

J'ai réuni quelques cas de ces kystes hydatiques qui, nés au centre du tissu splénique, refoulent la rate à la façon d'une enveloppe excentrique. En voici une observation, rapportée par M. Rambeau<sup>1</sup>. Une femme entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de Velpeau, en proie à un état dyspnéique et fébrile avec douleurs au flanc gauche. A l'examen de la malade, on constate à l'hypocondre gauche et au flanc, une voussure, un soulèvement en masse des parties affectées. Cette voussure forme une tumeur dont les limites ne sont pas nettement tranchées. La malade affirme que cette tumeur a pris, en moins de huit mois, les trois quarts de son volume actuel. Les douleurs aiguës, la dyspnée et la fièvre ne dateraient que de quinze jours. Cette femme ayant succombé quelques semaines plus tard, voici quels furent les résultats de l'autopsie : La rate est transformée en une énorme tumeur qui remplit la portion latérale gauche de l'abdomen. Elle donne au toucher la sensation d'une coque amincie, formée de tissu splénique, étalée sur une tumeur liquide qui occuperait le centre de l'organe.

1. *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 341.

Une ponction donne issue à un litre et demi de liquide purulent. Le doigt introduit dans la cavité splénique ramène une volumineuse membrane sphérique qui n'est autre que l'enveloppe d'un kyste hydatique. Le tissu de la rate épanoui à la surface de ce kyste, lui forme une paroi adventice, plus ou moins épaisse suivant les points.

L'observation suivante, publiée par M. Hartmann, concerne une jeune femme de vingt-neuf ans, atteinte de tumeur abdominale, avec douleurs, troubles dyspeptiques et dyspnéiques. A l'examen de l'abdomen, on constate une grosse tumeur rappelant la forme d'un haricot, dont la convexité répond à la fosse iliaque gauche et dont le hile regarde l'ombilic. Au palper, la tumeur présente des contours arrondis avec une forte bosselure à sa partie supérieure gauche; elle est tendue, rénitente, indolente et très mobile dans tous les sens. Lorsqu'on la refoule en haut, ou lorsqu'on place la malade dans la position élevée du bassin, la tumeur vient se cacher en partie dans l'hypocondre gauche. On a alors la sensation nette de ballottement, comparable au ballottement rénal, avec la différence qu'au lieu d'être provoqué par la succussion de l'angle costo-vertébral, le ballottement est produit par les secousses imprimées dans l'espace costo-iliaque.

La tumeur, refoulée dans l'hypocondre, retombe, dès qu'on fait asseoir la malade, et dans sa descente elle détermine une sensation de tiraillement. On peut la repousser en grande partie à droite de l'ombilic, sans toutefois l'amener jusqu'à l'hypocondre droit. Si on l'attire fortement en bas, on provoque une douleur à gauche de l'ombilic. En présence de ces divers signes, M. Hartmann porte le diagnostic de kyste dans une rate mobile. L'examen du sang, fait par M. Vaquez, dénote un état à peu près normal.

M. Hartmann pratique la laparotomie et la splénectomie. A l'examen de la tumeur, on voit qu'elle est formée par un kyste hydatique de la rate, qui a refoulé le tissu splénique excentriquement, à la façon d'une calotte incomplète. A l'extrémité supérieure du kyste, le tissu splénique a l'aspect d'une languette aplatie rappelant par sa forme l'extrémité

d'une langue de bœuf. Ce tissu splénique, mince dans une étendue de deux travers de doigt, s'évase ensuite en une grosse masse arrondie et lobulée. Toute la partie inférieure évasée de la rate est occupée par un grand kyste hydatique bourré de petites hydatides<sup>1</sup>.

Snéguirew (de Moscou) a observé un cas<sup>2</sup> qui rentre dans cette catégorie de kystes hydatiques intra-spléniques. L'incision abdominale étant faite sur la ligne blanche, on attire au dehors une tumeur splénique ayant la dimension d'une tête d'adulte. On détermine, au moyen d'un jet de vapeur, le rattachement du tissu splénique, et on pratique, à travers la rate, une incision de 7 centimètres. Par cette ouverture, on pénètre dans un kyste hydatique logé dans la profondeur de l'organe. Après ablation du kyste, la rate avait encore le double, le triple de son volume normal (hypertrophie compensatrice.) A la suite de manœuvres opératoires sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, l'opérateur se décide à enlever la rate, et l'opérée guérit sans avoir présenté la moindre réaction fébrile.

Dans une observation de Jejebberg<sup>3</sup> la rate formait un kyste « un véritable sac ». La paroi de ce sac était composée de deux couches, l'une externe, épaisse, formée de tissu splénique, l'autre interne, très mince, formée de tissu fibreux. L'ouverture du sac splénique donna issue à de nombreuses hydatides de dimensions variées.

Lyons a rapporté le cas d'une jeune femme atteinte de tumeur abdominale qui s'étendait de l'épigastre à la région iliaque gauche. L'opération fut faite et à l'ouverture du ventre on trouva une rate énorme qui fut incisée et d'où on retira 4 litres environ de liquide hydatique. Ici encore il s'agissait de kyste intra-splénique, car la rate « creusée complètement par le kyste, ressemblait à un utérus après l'accouchement ».

Telle est la variété anatomique à laquelle je réserve la dé-

1. Hartmann. *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 498.

2. Vanverts. De la splénectomie, *Thèse de Paris*, 1897.

3. Cette observation et la suivante sont consignées dans la thèse de M. Gras : *Kystes hydatiques de la rate*, Bordeaux, 1896.

nomination de kyste hydatique « *intra-splénique* » ; la pièce que je vous ai montrée à notre dernière séance en est un bel exemple. Dans cette variété, le kyste se développe au centre même de la rate, en plein tissu splénique et dans son développement il refoule autour de lui le tissu de la rate qui lui forme une coque, une enveloppe, un sac, dont l'épaisseur est inégalement répartie. Sur la pièce que je vous ai présentée, les parties amincies de l'enveloppe étaient en partie transformées en tissu scléreux, tandis qu'ailleurs, l'épaisseur du tissu splénique était exubérante et formait une hypertrophie compensatrice.

Je vous rappelle que dans son développement intra-splénique, le kyste hydatique conserve, ici comme ailleurs, une forme sphérique bien que la rate ait une forme allongée ; sur la pièce que je vous ai montrée, la rate est creusée d'une cavité kystique régulièrement sphérique, tandis que la tumeur, dans son ensemble, est oblongue, recourbée et bosselée à ses extrémités, à cause de l'inégale répartition du tissu splénique à la surface du kyste.

Occupons-nous maintenant d'une autre variété anatomique des kystes hydatiques de la rate. Ici le kyste ne se développe pas au centre de l'organe, il prend naissance à la périphérie de la rate, à une extrémité, à un bord, non loin de la surface. En pareil cas, le tissu splénique ne s'épanouit pas sur le kyste à la façon d'une coque, il n'est compromis que dans une portion restreinte, le kyste *s'exteriorise* et la rate conserve, ou peu s'en faut, sa forme normale, tout en s'hypertrophiant (hypertrophie compensatrice). Je vais vous citer plusieurs observations de ce genre. Dans une observation de la thèse de M. Gras<sup>1</sup>, il est dit que le kyste hydatique s'était développé « à l'extrémité supérieure et au bord postérieur de la rate » qui s'était hypertrophiée. Dans un cas publié par M. Jayle, la rate, très hypertrophiée (abstraction faite du kyste), mesurait 17 centimètres sur 14 ; elle avait pris une forme triangulaire, la pointe était en bas et la base dirigée en haut supportait un énorme kyste hydatique « implanté à la

1. M. Gras. *Loco citato*.

partie supérieure et interne de l'organe » ; le tissu splénique s'étalait sur le kyste à une distance de dix centimètres<sup>1</sup>. Je vois dans une observation de Fink<sup>2</sup> que le kyste hydatique s'était développé « à la partie inférieure de la rate » dont la partie supérieure était normale. Les tumeurs kystiques qui composent cette deuxième variété sont généralement bilobées et de forme irrégulière ; la grosse partie de la tumeur est formée par le kyste extériorisé et la petite partie est due à la rate parfois hypertrophiée.

Dans une troisième variété, je place les kystes hydatiques qui se développent, non pas dans le tissu de la rate, mais à son contact, soit dans le hile, soit sous la capsule. Je réserve à cette variété la dénomination de kystes « *juxta-spléniques* », pour la différencier des kystes *intra-spléniques*. Notre premier malade vous a présenté un type de ces kystes hydatiques juxta-spléniques ; le kyste coiffait la rate et semblait au premier abord faire corps avec l'organe ; mais la rate n'était en cause que par son pédicule, son tissu était indemne, c'est dans le hile que le kyste avait pris naissance.

James Oliver<sup>3</sup> a publié une observation qui rentre dans cette catégorie de kystes hydatiques juxta-spléniques. Il s'agit d'une dame qui vint le consulter pour une tumeur qui remplissait le bas-ventre et qu'on sentait dans le cul-de-sac gauche par le toucher vaginal ; le palper bimanuel donnait la sensation que c'était bien la même tumeur. Comme les douleurs paraissaient surtout vives à la région ovarienne gauche, la tumeur fut considérée comme un kyste du ligament large et l'opération fut décidée. L'incision abdominale mit à découvert un énorme kyste relié à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences solides étalées du pubis à l'ombilic. En disséquant la tumeur, on la trouva adhérente à l'épiploon dans l'hypocondre gauche. Le kyste, ayant la forme d'une outre, était solidement relié par un pédicule au bord droit et inférieur de la rate. On évacua d'abord le kyste ; il contenait environ cinq ou six pintes de liquide et beaucoup de

1. *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1891, p. 647.

2. *Thèse de Vanverts*, p. 186.

3. *Thèse de Gras*, p. 76.

vésicules hydatiques dont quelques-unes avaient la dimension d'une noix. On sentait parfaitement la paroi du kyste se perdre dans le pédicule adhérent à la rate ; il s'agissait donc ici d'un kyste juxta-splénique pédiculisé. Le pédicule fut lié et coupé comme un pédicule de kyste ovarien : la malade guérit sans accident.

Cette variété de kyste hydatique juxta-splénique a son analogue dans les kystes du rein, ainsi que le prouve l'observation suivante<sup>1</sup>. Une jeune fille se plaignant de douleurs vives consulte un médecin qui trouve à l'hypocondre gauche une tumeur. Deux ans plus tard, cette tumeur fort douloureuse, très volumineuse, faisait saillie dans le flanc et dans l'hypocondre gauche. Le diagnostic resta incertain, on hésita entre une tumeur du rein gauche et une tumeur de la rate, mais on ne songea même pas à l'opération, ce qui ne vous étonnera pas quand vous saurez que cette observation date d'une soixantaine d'années. La pauvre malade succomba. A l'autopsie, on trouva une tumeur de la dimension d'une tête d'enfant occupant le flanc gauche et l'hypocondre. La tumeur pèse 4.700 grammes ; c'est un kyste hydatique du rein, développé, non pas dans le tissu rénal, mais entre la capsule rénale et le tissu propre du rein qui est atrophié, au point que le kyste n'est séparé des calices et du bassinet que par une lame très mince de tissu. C'est, vous le voyez, un kyste juxta-rénal analogue aux kystes juxta-spléniques que je viens de vous décrire.

Je vous propose donc d'admettre, au point de vue anatomique, trois variétés de kystes hydatiques de la rate. A la première variété, qui est la plus nombreuse, appartient le kyste intra-splénique ; la rate, refoulée excentriquement par le kyste, lui forme une coque, une enveloppe, atrophiée par places, hypertrophiée en d'autres points. C'était le cas de notre second malade. Dans la deuxième variété, le kyste se développe, non pas au centre de la rate mais en un point du tissu splénique proche de la surface, il s'extériorise et il en résulte une tumeur bilobée, le gros lobe formé par le kyste,

1. Magdelain. *Kystes hydatiques de la rate. Thèse de Paris*, 1863, p. 35.

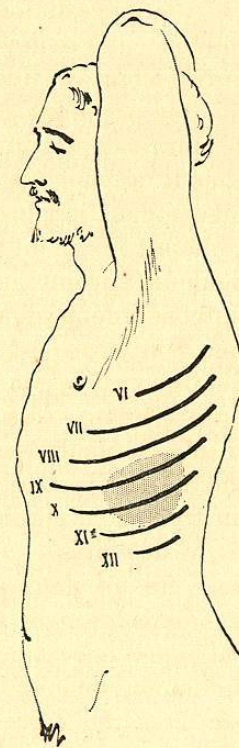
le petit lobe formé par la rate. A la troisième variété appartient le kyste juxta-splénique, sessile ou pédiculé; il se développe sous la capsule de la rate, à ses extrémités, sur ses bords, dans le hile, mais le tissu splénique reste indemne. La tumeur est irrégulière et bilobée, le gros lobe dépend du kyste, le petit lobe dépend de la rate. C'était le cas de notre premier malade.

Ces notions anatomiques étant posées, abordons le côté clinique de la question. Il en est des kystes hydatiques de la rate comme des kystes hydatiques du foie; on ne peut savoir à quel moment ils commencent à se développer, car il y a de part et d'autre une période latente de durée indéterminée. La douleur est généralement le premier signal des kystes hydatiques de la rate, elle durait depuis quatre ans chez notre premier malade et chez le second elle datait de plusieurs années; elle est consignée dans la plupart des observations que j'ai rassemblées; elle est rarement précoce, elle est plus souvent tardive. La douleur, surtout au début, n'est ni vive ni continue, elle est plutôt sourde, profonde, avec paroxysmes et périodes d'accalmie. Son siège est variable; chez l'un, elle simule la névralgie intercostale gauche; chez l'autre, elle est abdominale; chez un troisième, c'est l'épaule gauche et la région scapulaire qui sont douloureuses, surtout si le kyste avoisine le diaphragme. Parfois les douleurs deviennent très vives et nécessitent un traitement spécial: antipyrine, morphine, badigeons iodés, vésicatoires.

Les choses vont ainsi, un an, deux ans, plus longtemps même, comme chez nos malades, avec sensations de pesanteur, de tiraillements à l'hypocondre gauche et au ventre, sans apparition de signes nettement définis. Pendant cette longue période, l'appétit reste bon, les forces ne déclinent pas, peut-être existe-t-il quelques troubles dyspeptiques ou dyspnéiques. Mais vient un moment, où le kyste, par son développement, refoule les organes voisins, gêne leur fonctionnement, déforme la région et suscite des symptômes nouveaux. Dès lors, suivant que la tumeur kystique se développe dans un sens ou dans un autre, le tableau clinique se modifie telle-

ment, qu'il me paraît indispensable, pour la description qui va suivre, de classer les kystes spléniques en deux catégories principales.

Veillez jeter un coup d'œil sur la planche ci-jointe; vous y voyez la rate dans sa situation normale. Elle est là, profondément cachée dans l'hypocondre gauche, surmontée par la voûte diaphragmatique qui la sépare du poumon gauche et répondant sur un plan plus éloigné à la face interne des dernières côtes, qu'elle ne déborde pas.



Qu'un kyste hydatique de la rate vienne à se développer, il peut prendre plusieurs directions. S'il se développe par en bas, nous le nommerons, ainsi que je vous l'ai dit, kyste splénique à *type descendant*; c'est dans le ventre qu'il fait sa principale saillie, la tumeur est surtout abdominale, tandis

que la partie supérieure de la tumeur, celle qui est cachée dans l'hypocondre, derrière les côtes, est de moindre importance. Si au contraire le kyste se développe par en haut, nous le nommerons kyste splénique à *type remontant*; il repousse le diaphragme, il se substitue dans sa poussée aux organes thoraciques qu'il refoule, la voussure occupe surtout l'hypocondre et le thorax, tandis que la partie inférieure de la tumeur, celle qui est dans l'abdomen, est de moindre importance.

Il est donc nécessaire d'étudier l'évolution et les symptômes des kystes hydatiques de la rate suivant qu'ils font leur poussée principale par en bas, vers l'abdomen (type descendant), ou par en haut, vers le thorax (type ascendant). Je suis d'autant plus autorisé à admettre ces deux variétés cliniques, qu'elles sont la reproduction fidèle des deux cas que je vous ai soumis à notre dernière séance.

Supposons d'abord le cas réalisé par notre premier malade, où le kyste splénique fait sa poussée par en haut, de l'hypocondre gauche vers le thorax (type ascendant). C'est l'hypocondre qui, tout d'abord, en subit les atteintes. Dans son développement, la tumeur soulève le diaphragme et déjette en dehors les dernières côtes. Le malade se plaint de douleurs thoraciques et scapulaires, qui simulent la névralgie intercostale et la scapulalgie. En même temps, le thorax se déforme et s'élargit à sa base, les dernières côtes déjetées, forment voussure. Jusque-là, vous le voyez, tout se passe dans l'hypocondre; néanmoins, la tumeur commence à être abdominale, elle fait saillie dans le flanc, sous les côtes.

Le kyste splénique continuant à se développer, les symptômes s'accroissent. La respiration est gênée, l'oppression est d'autant plus grande que le diaphragme et le poumon sont plus refoulés et la voussure du thorax inférieur est d'autant plus accusée que les côtes sont plus fortement déjetées. A cette période, la tumeur n'est pas seulement rétro-costale, thoracique, elle est abdominale, elle fait saillie dans le ventre, elle est indolente, à contours peu réguliers elle est peu mobilisable, enclavée qu'elle est dans le thorax.

Enfin, vient un moment, comme chez notre premier malade,

où les symptômes acquièrent leur maximum d'intensité. Par sa poussée thoracique, le kyste refoule le poumon gauche jusqu'aux premiers espaces intercostaux et dévie le cœur à droite du sternum, la dyspnée est violente et entrecoupée d'accès d'oppression qui coïncident ou alternent avec des crises névralgiques. Certains mouvements deviennent fort pénibles. Du côté de l'abdomen, la tumeur prend de l'ampleur et provoque des troubles dyspeptiques. La voussure n'occupe pas seulement l'hypocondre, le flanc y participe. Quand on place le malade debout, et quand on le regarde de face, en le faisant pivoter sur sa gauche, voussure et déformation deviennent encore plus apparentes.

En somme, ce qui domine dans cette variété de kyste splénique, à *type remontant*, ce ne sont pas les symptômes abdominaux, ce sont les symptômes thoraciques. Au premier abord, ce kyste simule un épanchement pleural, il repousse le diaphragme, il refoule le poumon, il dévie le cœur. A la percussion, on constate une matité, qui remonte suivant l'ampleur du kyste, jusqu'au cinquième, quatrième et même troisième espace intercostal. La matité existe également dans l'aisselle et en arrière de la poitrine, bien que ne concordant pas exactement avec la matité thoracique antérieure. Dans toutes les régions mates, les vibrations thoraciques sont abolies. A l'auscultation, on ne perçoit ni respiration normale ni bruits anormaux: c'est le silence. Au-dessus de la région mate, en avant et en arrière, on entend des râles de congestion pulmonaire. Bref, l'examen du thorax donne des signes de grand épanchement pleural.

Quelques nuances, qui ont leur importance, permettent néanmoins de faire le diagnostic entre un épanchement de la plèvre et le refoulement de la région thoracique par un kyste splénique. Au cas d'épanchement pleural, le thorax subit une ampliation générale perceptible à la vue et à la mensuration; mais pour déjeter les dernières côtes, pour former une voussure saillante et limitée au thorax inférieur, il faut autre chose qu'un épanchement pleural, il faut une tumeur de l'hypocondre. L'égophonie, la pectoriloquie aphone, le souffle, signes habituels de l'épanchement pleural, manquent ou sont

exceptionnels quand les organes thoraciques sont refoulés par un kyste splénique.

Dans les deux cas, épanchement pleural ou tumeur kystique, le cœur peut être fortement dévié à droite du sternum, mais avec l'épanchement pleural, les deux mamelons restent sensiblement sur le même niveau, tandis qu'avec le kyste, le mamelon gauche, participant à la poussée qui soulève tous les téguments, se trouve de quelques centimètres plus élevé que le mamelon droit. C'était le cas chez notre premier malade.

Tels sont les symptômes dominants du kyste hydatique de la rate à type remontant; ces symptômes laissent un peu au second plan les signes abdominaux, dont je vais maintenant vous parler. Tout en proéminent vers la cavité thoracique, le kyste hydatique, par son poids et par son développement, est également entraîné vers l'abdomen. On trouve alors, dans le flanc, dans le ventre, une tumeur oblongue ou arrondie. Cette tumeur, qui n'est ni mobile ni mobilisable, puisqu'elle fait partie du kyste enclavé sous le thorax, cette tumeur, dis-je, ne prend pas dans le ventre de fortes dimensions, elle descend rarement plus bas que l'ombilic, elle empiète peu sur la ligne blanche.

Par la palpation et par la percussion, on constate qu'il s'agit là, au thorax et à l'abdomen, d'une seule et même tumeur, mesurant dans sa hauteur 25, 28, 30 centimètres, la partie sous-costale de la tumeur étant beaucoup plus restreinte que la partie sus-costale. Cette constatation permet d'éliminer les différentes variétés de mégalosplénie : mégalosplénie palustre, leucémique, bacillaire, etc., ces très grosses rates ayant pour caractère principal de remonter peu vers le thorax, et de descendre beaucoup dans le ventre, formant ainsi des tumeurs plus abdominales que thoraciques. Dans un instant, au sujet du kyste splénique à type descendant, nous aurons à faire le diagnostic du kyste splénique avec les mégalosplénies.

Je ne veux pas abandonner la description des kystes spléniques, à type ascendant, sans vous parler de quelques accidents graves qui peuvent en être la conséquence. Dans

leur mouvement ascensionnel vers le thorax, ces kystes provoquent parfois des complications, telles que la perforation du diaphragme et l'envahissement de la plèvre et du poumon par les hydatides. Ces complications sont notées dans les deux observations suivantes :

Le premier de ces cas<sup>1</sup> concerne une jeune femme du service de M. Arnozan entrée à l'hôpital pour des douleurs vives et déjà anciennes au côté gauche de la poitrine. On constate une forte voussure de l'hypocondre gauche. La région voussurée est mate et les vibrations y sont abolies. A l'auscultation, la respiration est à peine perceptible, sans bronchophonie ni égophonie. Le cœur est dévié à droite du sternum. L'exploration de l'abdomen fait découvrir une tumeur volumineuse, non douloureuse, qui descend à deux doigts de la crête iliaque et dont le bord tranchant est distant de quelques centimètres de l'ombilic. La percussion démontre que cette tumeur abdominale, diagnostiquée tumeur de la rate, se continue et se confond sans interruption avec la matité thoracique. On pratique une ponction dans le huitième espace intercostal gauche et on ne retire que quelques gouttes de liquide purulent, la canule étant oblitérée par une membrane blanchâtre. Examinée au microscope, cette membrane a la structure en feuillets des membranes hydatiques et le liquide purulent contient des crochets d'échinocoques.

Etant donnés la situation et le développement abdomino-thoracique de cette tumeur, MM. Arnozan et Demons portent le diagnostic de kyste suppuré de la rate. En conséquence, l'opération est décidée et pratiquée par M. Demons. Après résection de la neuvième côte, l'incision des tissus sous-jacents conduit dans une cavité d'où s'écoule une énorme quantité de liquide purulent avec nombreuses vésicules hydatiques. Le doigt introduit dans la cavité explore la voûte diaphragmatique et pénètre en arrière dans un hiatus en partie oblitéré par une membrane hydatique. Cette membrane est retirée avec des pinces, l'orifice de communication est agrandi et on

1. Gras. *Loco citato*, p. 63.