

arrivé alors dans une cavité abdominale. On en retire une quantité de vésicules hydatiques, on pratique un lavage et on introduit deux drains, l'un dans la cavité pleurale, l'autre dans la cavité kystique abdominale.

Le malade ayant succombé quelques jours plus tard, on trouve à l'autopsie un kyste suppuré, développé dans les trois quarts supérieurs de la rate. Le kyste, dans sa poussée ascendante, avait perforé le diaphragme et s'était ouvert dans la plèvre gauche. Le poumon gauche contenait de nombreuses hydatides. Au point de vue de notre classification anatomique, ce cas était un type de kyste intra-splénique; le tissu de la rate l'enveloppait partout, excepté au niveau de la perforation; de plus, la rate avait subi une certaine hypertrophie compensatrice, puisque, défalcation faite du kyste, elle pesait 250 grammes.

Voici une autre observation du même genre, concernant une femme atteinte depuis quatre ans d'une tumeur à l'hypocondre gauche¹. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une tumeur volumineuse occupant le flanc, l'hypocondre gauche, les régions hypogastrique et ombilicale et descendant dans la fosse iliaque. La tumeur est surtout saillante à l'épigastre et à l'ombilic, elle se prolonge en haut sous les fausses côtes gauches et provoque une matité qui remonte jusqu'au cinquième espace intercostal. Dans toute la région mate, correspondante au thorax inférieur, absence de vibrations et de respiration. On fait le diagnostic de kyste de la rate ayant envahi la plèvre gauche.

L'opération est pratiquée par M. Reboul. L'incision abdominale met à découvert une énorme tumeur qui s'engage sous les côtes dans l'hypocondre gauche. On a la sensation d'une tumeur liquide, dont l'enveloppe, dans toutes les parties accessibles à la vue, est formée de tissu splénique. La ponction de la tumeur donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent avec débris d'hydatides. La paroi de la tumeur est incisée au thermocautère; on explore alors la cavité et l'opérateur constate que le kyste splénique s'enfonce

1. Gras. *Loco citato*, p. 71.

en haut sous la voûte du diaphragme et communique par un large orifice avec la cavité thoracique. Après des alternatives de bien et de mal, la situation semblait définitivement améliorée, lorsque surviennent des accidents cérébraux, hémiplegie gauche et apoplexie, suivis de mort.

A l'autopsie, on trouve la rate hypertrophiée (hypertrophie compensatrice). Le kyste hydatique s'était développé à l'extrémité supérieure de la rate, ce qui explique sa tendance à refouler le diaphragme et les organes thoraciques. Des coupes du cerveau mettent à nu, à la face interne de l'hémisphère droit, deux kystes hydatiques suppurés ouverts dans le ventricule latéral; ainsi s'expliquent l'apoplexie et la mort.

Nous venons d'étudier, Messieurs, les symptômes, l'évolution et les complications des kystes hydatiques spléniques « à type remontant », ceux qui refoulent les organes thoraciques; étudions maintenant les kystes spléniques à « type descendant », ceux qui se développent surtout par en bas et plongent dans la cavité abdominale. Ici les côtes sont moins déjetées, l'hypocondre est moins voussuré que dans la variété précédente; ce n'est plus à l'hypocondre, ce n'est plus au thorax que se fait la poussée principale, c'est au ventre. Dans son ensemble, la tumeur est abdomino-thoracique, mais en réalité, elle est bien plus abdominale que thoracique. Partie de l'hypocondre gauche, la tumeur splénique fait sa principale évolution vers le ventre; en quelques années, elle acquiert un énorme volume, elle remplit le flanc et le déforme; puis elle empiète sur l'épigastre, sur la région ombilicale, elle descend dans la fosse iliaque. La tumeur est généralement peu régulière, résistante, indolente, du moins pendant les premières phases de son développement; elle est habituellement mobile et mobilisable, à moins qu'elle ne soit retenue par des adhérences. A la palpation et par la percussion, on constate que la tumeur remonte derrière les côtes, sans toutefois refouler le diaphragme et les organes thoraciques à l'égal du kyste splénique à type remontant.

Les symptômes de cette variété sont donc surtout abdominaux, troubles dyspeptiques, nausées, vomissements, douleurs stomacales et intestinales; les digestions sont lentes, la constipation est la règle. Le malade se plaint de lourdeur, de pesanteur abdominale, il trouve que son ventre grossit et se développe, il s'en aperçoit à ses vêtements, à ses mouvements, qui sont moins libres.

Tels sont les principaux symptômes des kystes spléniques à prédominance abdominale. Si le développement du kyste se fait à la fois par en haut (type ascendant) et par en bas (type descendant), les symptômes thoraciques se joignent aux symptômes abdominaux.

Passons maintenant au *diagnostic* des kystes hydatiques de la rate. Je me suis occupé, il y a un instant, du diagnostic des kystes spléniques qui par leur évolution ascendante vers le thorax simulent un épanchement pleural; discutons actuellement le diagnostic des kystes spléniques qui par leur développement abdominal ont de grandes analogies avec les autres tumeurs de l'abdomen. Le diagnostic entre un kyste de la rate et un kyste du rein n'est pas simple, il s'en faut; Nélaton s'y est trompé deux fois, prenant un kyste de la rate pour un kyste du rein; M. Potain a diagnostiqué un kyste de la rate alors qu'il s'agissait d'hydronéphrose gauche. Ces citations suffisent à vous démontrer toute la difficulté du diagnostic.

Les kystes de la rate ont bien des traits communs avec les kystes du mésentère. Voici comment cette question est présentée par M. Braquehayé². « Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur abdominale primitivement latérale, devenue rapidement médiane, pointant vers l'ombilic, surtout si cette tumeur est accompagnée des trois signes de Tillaux (grande mobilité en tous sens, zone sonore entre les parois et la tumeur, autre zone au-dessus du pubis), il y a de grandes chances pour que la tumeur soit mésentérique. »

1. Potain. *Société médicale des hôpitaux*, mars 1874.

2. Braquehayé. *Kystes du mésentère*. Paris, 1892.

J'ajouterai que le kyste splénique prend naissance dans l'hypocondre gauche; localisation qui n'a rien à voir avec les tumeurs du mésentère.

Quels sont les éléments de diagnostic entre le kyste hydatique de la rate et les diverses espèces de mégalosplénies, grosses rates: palustre, leucémique, tuberculeuse? C'est ce que nous allons discuter. Règle générale, toutes les grosses rates, palustre, leucémique, tuberculeuse, ont une tendance naturelle, due à leur poids et à leur développement, à migrer de l'hypocondre, leur lieu de naissance, vers la cavité abdominale. Toutes ces grosses rates forment une tumeur parfois très développée, dont une partie (la plus petite) est située derrière les côtes, dans l'hypocondre, et dont l'autre partie (la plus volumineuse) fait saillie dans l'abdomen. La partie de la tumeur qui est cachée derrière les côtes, dans l'hypocondre gauche, n'est pas accessible à la palpation; elle se décèle à nous par la matité ainsi que par la voussure de l'hypocondre. La partie de la tumeur qui plonge dans l'abdomen est au contraire très accessible à la palpation, qui nous permet de préciser la situation, la forme, la consistance, la dimension et le degré de mobilité de la tumeur.

Tout ceci est également applicable aux kystes spléniques à prédominance abdominale et aux grosses rates. De part et d'autre, une partie de la tumeur (la plus petite) est cachée dans l'hypocondre gauche, derrière les côtes, et l'autre partie de la tumeur (la plus grande) proémine fortement dans l'abdomen. Alors, comment faire un diagnostic entre le kyste splénique et les splénomégalies? Pour cela, passons en revue les différentes espèces de grosses rates et voyons quels sont leurs caractères distinctifs.

Commençons par la rate *palustre*. Chez les gens atteints de paludisme, surtout de paludisme chronique et de cachexie palustre, la rate peut prendre des proportions énormes. Elle fait voussure à l'hypocondre gauche et elle forme dans le ventre une tumeur parfois extrêmement volumineuse. Bien que très hypertrophiée, la rate palustre conserve à peu près sa forme et n'est point bosselée, contrairement au kyste splénique. De plus, tandis que le kyste de la rate évolue

sans fièvre et sans que la santé soit de longtemps compromise, la rate palustre est précédée d'accès de fièvre à types divers, elle s'accroît avec les attaques fébriles et avec l'état cachectique du paludisme.

Passons à la grosse rate *leucocythémique*. Je peux d'autant mieux vous en parler que vous en avez eu un remarquable exemple l'an dernier dans notre service. Le malade auquel je fais allusion était arrivé à l'hôpital dans un état de cachexie avancée; son teint rappelait celui des cancéreux: pâleur terreuse et muqueuses décolorées, œdème des jambes et purpura. Cet homme ne souffrait nulle part, mais il se plaignait d'une faiblesse et d'une fatigue extrêmes, il se sentait très gravement atteint. En l'examinant, nous trouvons dans le ventre une énorme tumeur. Cette tumeur, dure, indolente, déformait le flanc et l'hypocondre gauche. Elle descendait presque jusqu'à l'ombilic et s'engageait en haut sous les côtes où la matité pouvait la suivre jusqu'au cinquième espace intercostal. Le diagnostic de grosse rate fut fait sans hésitation, mais restait à déterminer la nature de cette mégalosplénie. Si le malade cachectisé, porteur de cette énorme rate, avait eu en même temps des tumeurs ganglionnaires au cou, à l'aîne, à l'aisselle, on aurait pensé d'emblée à la leucocythémie, mais cet homme n'avait point d'hypertrophies ganglionnaires apparentes. Ce n'était pas une raison toutefois pour abandonner le diagnostic de rate leucocythémique, car il existe des exemples de lymphadénie splénique sans tumeurs ganglionnaires apparentes.

Pour trancher la question, un de mes chefs de clinique, M. Apert, fit l'examen du sang et le diagnostic de rate leucocythémique fut confirmé; notre malade avait 50.000 globules blancs pour 1.900.000 globules rouges, soit une proportion de 1 p. 40, au lieu de 1 p. 300 qui est l'état normal. Mais dans un cas de leucocythémie, il ne suffit pas de constater l'excès considérable des globules blancs, il faut encore savoir quelle est la variété de globules blancs en excès. Dans ses nombreux travaux et dans sa remarquable thèse, mon chef de laboratoire, M. Jolly, a étudié et classé de la façon suivante

les quatre principales variétés de globules blancs du sang à l'état normal¹.

La première variété concerne les petits leucocytes mononucléaires, lymphocytes des Allemands, globulins ou noyaux libres des anciens auteurs français. Ces petits leucocytes mononucléaires, représentés dans la figure ci-contre à côté d'un globule rouge, constituent l'élément le plus important des ganglions lymphatiques, mais ils sont rares dans le sang normal, il n'y en a que 2 pour 100 globules blancs. Ils sont plus petits que les globules rouges et leur noyau est parfois si volumineux qu'il paraît remplir toute la cellule, tant il laisse peu de place au protoplasma.

La deuxième variété concerne les grands leucocytes mononucléaires. Ici encore, il n'y a dans le globule blanc qu'un



seul noyau sphérique, mais le leucocyte est plus grand que celui de la variété précédente, et la quantité de protoplasma qui entoure le noyau est plus considérable.

Dans cette variété rentrent les leucocytes dits intermédiaires, ce qui veut dire, état intermédiaire aux leucocytes mononucléaires et polynucléaires. En réalité, le leucocyte intermédiaire n'a qu'un seul noyau, mais ce noyau n'est plus sphérique, il est étranglé, on sent qu'une scission se prépare, il va devenir polynucléaire, il tend à gagner la périphérie du leucocyte. Tous ces détails sont indiqués sur la figure ci-dessus²; vous y voyez un grand leucocyte mononucléaire, à noyau arrondi, et trois leucocytes intermédiaires,

1. Jolly. Numération des différentes variétés de globules blancs du sang. *Arch. de médecine expérimentale*, 1896, p. 510, et *Société de Biologie*, 23 octobre 1897. — Recherches sur la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs. *Arch. de médecine expérimentale*, 1898, p. 546 et 616, et *Thèse de Paris*, 1898.

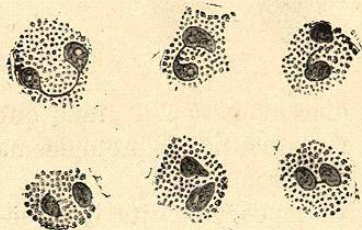
2. Ces figures sont tirées de la thèse de M. Jolly.

dont les noyaux plus ou moins étranglés semblent préparer la scission. A l'état normal, les grands leucocytes mononucléaires et intermédiaires sont dans la proportion de 36 sur 100 globules blancs.

A une troisième variété, représentée dans la figure ci-dessous, appartiennent les leucocytes polynucléaires, à noyaux polymorphes. Tantôt le noyau est recourbé en forme de bâtonnet étranglé en divers points, tantôt il y a plusieurs noyaux nettement séparés, comme si les étranglements du bâtonnet avaient abouti à le fragmenter en noyaux distincts. Ces globules blancs sont les plus nombreux, ils forment dans le sang normal 60 p. 100 du nombre total des leucocytes.



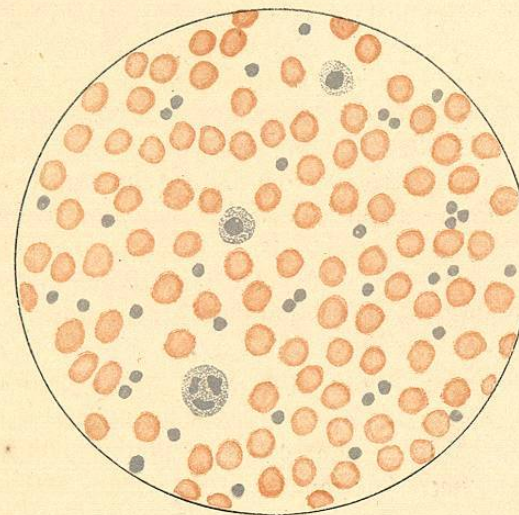
La quatrième variété, que vous voyez figurée sur la planche ci-jointe, comprend les globules blancs dont le protoplasma renferme des grains qui se colorent fortement à l'éosine, d'où le nom de leucocytes à grains éosinophiles. Le sang normal ne contient que 1 à 2 p. 100 de leucocytes à grains éosinophiles.



Quand vous examinez le sang d'un leucocythémique (leucémie ganglionnaire ou splénique), vous constatez que l'excès des globules blancs ne porte pas à la fois sur toutes les variétés de leucocytes; l'augmentation du nombre porte tantôt sur les petits globules mononucléaires, tantôt sur les grands globules polynucléaires à grains éosinophiles qui contiennent, en plus, des grains de pigment et des granulations à réaction grasseuse. Tels sont les deux types dominants du sang des leucocythémiques.

C'est au premier de ces types qu'appartenait le sang de notre malade; sur la planche ci-contre, qui représente une préparation de son sang étalé, séché et coloré à l'éosine et

au bleu de méthylène vous voyez surtout des petits leucocytes colorés en bleu, plus petits que les globules rouges, vous ne trouvez que deux gros leucocytes mononucléaires et un leucocyte polynucléaire¹.



Cette variété de leucocythémie à petits leucocytes mononucléaires (lymphocytes) serait pour Fraenckel la caractéristique des leucémies à marche très aiguë et à pronostic rapidement grave. Ce fait s'est vérifié chez notre malade qui succomba en quelques semaines avec un envahissement ganglionnaire et une leucémie croissante. A l'autopsie, vous avez vu les dimensions colossales de sa rate leucocythémique; elle avait plus de dix fois son volume normal, elle pesait 2.200 grammes au lieu de 200 grammes, chiffre moyen. Malgré cette hypertrophie considérable, sa forme était peu modifiée.

Cette discussion sur la rate leucocythémique a pour but de nous conduire au diagnostic entre le kyste hydatique splénique et la rate leucocythémique. Le kyste hydatique splénique

1. Apert. Sur un cas de leucocythémie. *Bulletin médical*, janvier, p. 93.

est longtemps compatible avec les apparences de la santé; il n'a aucune influence sur l'état du sang qui reste normal, ainsi que vous l'avez constaté chez nos malades; la rate leucocythémique au contraire (avec ou sans participation des ganglions lymphatiques) est accompagnée d'un excès considérable de globules blancs dans le sang avec prédominance habituelle de telle ou telle variété que je viens de vous décrire.

J'ai maintenant à vous dire comment on fait le diagnostic entre le kyste hydatique de la rate et la splénomégalie *tuberculeuse* primitive. Outre les tuberculoses secondaires de la rate, tuberculoses consécutives à d'autres localisations (broncho-pneumonie, granulie, micro-polyadénie, etc.), il existe une tuberculose splénique primitive, récemment décrite par MM. Rendu et Widal¹, Moutard-Martin et Lefas², Guiliani³. Cette splénomégalie tuberculeuse primitive n'apparaît pas, comme on pourrait le supposer, au cours d'une phtisie pulmonaire avancée; elle se développe au contraire dans le cours d'une bonne santé, chez des gens dont la tare tuberculeuse passait inaperçue. Pendant quelque temps, des douleurs à l'hypocondre gauche avec pesanteur et sensation de tiraillement en sont les seuls symptômes; parfois aussi apparaissent quelques troubles dyspnéiques.

Après six mois, ou un an, de cette phase indécise, la tumeur splénique s'est accrue; elle fait saillie sous l'hypocondre, son lieu de naissance, elle descend dans le flanc, elle envahit l'abdomen sous forme d'une tumeur ovoïde, oblongue, indurée et bosselée. L'hypocondre et le flanc sont voutés et déformés. Tantôt apyrétique, tantôt fébrile, la maladie peut durer plusieurs années et se termine par la mort. A l'autopsie, on trouve une énorme rate du poids de 1 kilogramme et demi à 3 kilogrammes et demi; sa forme est à peu près conservée, son grand diamètre atteint 15 à 30 centimètres; sa surface présente des bosselures dont les dimensions varient du volume d'un noyau de cerise à une

1. Rendu et Widal. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 2 juin 1899.
2. Moutard-Martin et Lefas. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 9 juin 1899.
3. Guiliani. Splénomégalie tuberculeuse primitive. *Thèse de Paris*, 1899.

orange. A la coupe de la tumeur, on trouve un tissu fibreux infiltré de masses caséuses. On n'y constate que rarement la présence de bacilles de Koch.

Comment diagnostiquer cette grosse rate tuberculeuse du kyste hydatique splénique? Les signes différentiels sont les suivants: la rate tuberculeuse est beaucoup plus bosselée que la rate kystique, elle altère bien plus vite la santé, elle est accompagnée d'une hypertrophie du foie et enfin, chose inattendue, elle suscite une telle hyperglobulie que l'examen du sang décèle jusqu'à 8.000.000 de globules rouges avec ou sans leucocytose. Il est vrai que dans une observation de MM. Achard et Castaigne cette hyperglobulie n'existait pas¹.

Occupons-nous actuellement de diagnostiquer le kyste hydatique de la rate et la splénomégalie dite primitive². Et d'abord que faut-il entendre par splénomégalie primitive? Cette dénomination, créée par M. Debove, s'adresse à une affection caractérisée par l'hypertrophie de la rate suivie plus tard d'hypertrophie du foie, par l'absence de tumeurs ganglionnaires, et par la diminution progressive des globules rouges, sans augmentation notable des globules blancs³. L'anémie, la perte des forces, l'asthénie, l'émaciation concordent avec le développement de la rate dont le poids peut atteindre 2 et 3 kilogrammes. Les quelques cas fort rares de cette « cirrhose hypertrophique splénique » se confondent avec la lésion antérieurement décrite par M. Gaucher sous le nom d'épithélioma primitif ou hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie⁴. Quoi qu'il en soit, cette variété de splénomégalie primitive se distingue du kyste hydatique de la rate, par les signes suivants: au cas de splénomégalie, la surface et les contours de la rate ne présentent ni la déformation ni les saillies de la rate kystique; le foie est gros,

1. Achard et Castaigne. *Société médicale des hôpitaux*, 15 juin 1899.
2. Picoud et Ramond. Splénomégalie primitive. *Archives de médecine expérimentale*, 1896, p. 168.
3. Bruhl. De la splénomégalie primitive. *Archives générales de médecine*, juin et août 1891.
4. Gaucher. Epithélioma primitif de la rate. *Thèse de Paris*, 1882.