

les autres, au contraire, attendent l'apparition des accidents secondaires. Je pense pour ma part que le traitement mercuriel, frictions mercurielles, pilules de Dupuytren, pilules de protoiodure, doit être institué dès la constatation du chancre.

On prescrit tous les jours une pilule contenant 5 centigrammes de protoiodure et 1 centigramme d'extrait thébaïque; on peut doubler la dose si c'est nécessaire. Cette première série doit durer une vingtaine de jours; on supprime le traitement pendant huit jours et on le reprend ensuite. Dès cette période on peut remplacer les pilules mercurielles par les injections de biiodure d'hydrargyre dont il sera question au Memento thérapeutique annexé à ce volume.

## SEPTIÈME CLASSE

### MALADIES DE LA RATE

#### § 1. LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE DIAGNOSTIC AVEC LES GROSSES RATES SPLÉNOMÉGALIES PALUSTRE, LEUCOCYTHÉMIQUE TUBERCULEUSE, PRIMITIVE

Avant d'entreprendre l'histoire des *kystes hydatiques de la rate*, il me paraît utile de faire connaître l'observation des malades de mon service qui ont été l'occasion de deux leçons cliniques que j'ai consacrées à ce sujet<sup>1</sup>.

**Faits cliniques.** — Le 7 janvier 1899, le Dr Gilbert-Dhercourt 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'était une consultation médico-chirurgicale qui m'était demandée. Je fais déshabiller cet homme et je l'examine.

Ce qui frappe à première vue, c'est une déformation, une voussure de l'hypochondre gauche. Vue de face et de profil, cette voussure forme tumeur. Les côtes sont fortement déjetées en dehors, l'hypochondre et le flanc gauche parti-

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1889. Les kystes hydatiques de la rate. 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> leçons.

cipent à la déformation, la saillie porte à la fois sur le thorax et sur l'abdomen, cependant elle est plus thoracique qu'abdominale.

Afin d'apprécier exactement les lésions qui provoquent cette saillie thoraco-abdominale, il est nécessaire d'examiner le malade debout, puis couché sur le dos et incliné sur le côté droit. Par la palpation, on trouve au ventre, dans le flanc gauche, une tumeur ovale, indolente, dont les contours échancrés donnent la sensation de deux lobes. Cette tumeur, que la main circonscrit nettement en bas et en dedans, mesure 9 centimètres de hauteur; elle s'étend en dedans jusqu'au voisinage de la ligne blanche; elle n'est ni mobile ni mobilisable. En haut, la tumeur se continue derrière les côtes gauches qu'elle déjette en dehors; elle refoule le diaphragme et le poumon jusqu'au troisième espace intercostal, elle dévie le cœur à droite du sternum. Dans son diamètre vertical, cette tumeur abdomino-thoracique donne en totalité 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 thoracique de la tumeur est donc beaucoup plus étendue que sa partie abdominale.

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'hypochondre 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'hypochondre 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'hypochondre 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'hypochondre 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. Tout 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 splénomégalies que je viens d'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, 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 étant formée par la rate et par le kyste, la partie thoracique n'étant formée que par le kyste. Un dernier point reste cependant à élucider : est-il bien certain que ce malade n'ait pas dans sa plèvre gauche un grand épanchement pleural? Il en a les principaux signes : matité jusqu'au troisième espace intercostal, disparition de la sonorité de l'espace de Traube, absence de vibrations, silence à l'auscultation et 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 des dernières côtes s'explique bien mieux avec une tumeur de l'hypochondre qu'avec un liquide de la grande cavité pleurale. La deuxième raison, c'est que le mamelon gauche est de 3 centimètres plus élevé que le mamelon droit; or, au cas d'épanchement pleural gauche, 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, subissent la poussée, 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. Nous devons rejeter également 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. De plus, les symptômes généraux cadrent bien ici avec le diagnostic de kyste hydatique, dont l'évolution et l'accroissement sont longtemps compatibles avec la santé. Chez cet homme, la maladie ne s'est traduite pendant quatre années que par des douleurs à l'hypochondre et à l'épaule gauche. Il ne peut préciser exactement l'époque où s'est montrée la voussure thoracique; mais depuis six mois, l'ampliation thoraco-abdominale s'est fortement accentuée, les vêtements sont devenus trop étroits et les mouvements difficiles. Depuis lors, la dyspnée et les douleurs ont été les symptômes dominants.

A part ces troubles douloureux et dyspnéiques, cet homme est en assez bon état; il a bon appétit, il a peu maigri. En conséquence, je formule le diagnostic de kyste hydatique de la rate ayant fait sa poussée par en haut. Il a déjeté les côtes en dehors, aussi l'hypochondre gauche fait-il une forte voussure, il a refoulé le diaphragme et le poumon, il a dévié le cœur à droite du sternum, à la façon d'un grand épanchement pleural, mais la plèvre est libre. L'absence de fièvre et de tout symptôme infectieux permet d'affirmer que le kyste ne suppure pas; son liquide doit être transparent comme l'eau de roche.

Je me gardai 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*. 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, car le liquide hydatique sous pression peut passer dans le péritoine à travers le pertuis laissé par l'aiguille, d'où les accidents parfois mortels que j'ai longuement décrits à l'article concernant les kystes hydatiques du foie.

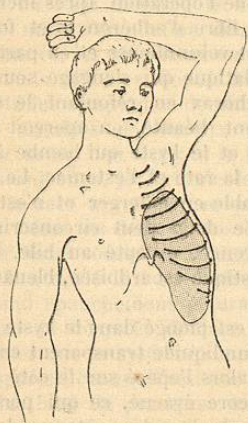
Je portai un pronostic favorable, et je décidai l'opération immédiate. En pareil cas, la temporisation pourrait être funeste. Rien ne dit qu'un jour ou l'autre ce kyste déjà ancien ne se laisserait pas infecter, ce qui aggraverait singulièrement le pronostic. Rien ne dit que, dans sa poussée ascendante, le kyste n'arriverait pas à perforer le diaphragme et la plèvre, ce qui engendrerait de redoutables complications.

L'opération fut faite par Gérard Marchant, qui de son côté avait conclu au diagnostic de kyste hydatique de la rate. Voici les résultats de l'opération. Après incision abdominale, on trouve la rate, libre d'adhérences et fort abaissée dans l'abdomen. Elle est volumineuse et en partie coiffée par un énorme kyste hydatique qui s'engage sous les côtes et remonte dans le thorax en refoulant le diaphragme. Par l'incision largement béante, on aperçoit l'extrémité inférieure de la rate et le kyste qui bombe à la façon d'une demi-sphère entre la rate et l'estomac. Le kyste est plaqué sur la rate, il semble en émerger et n'est adhérent qu'au niveau du hile. Le doigt peut circonscrire la rate dans toute sa circonférence, excepté au hile, lieu d'origine du kyste. La paroi kystique est ardoisée, bleuâtre et d'une minceur translucide.

Un gros trocart est plongé dans le kyste et donne issue à 2 litres environ d'un liquide transparent comme de l'eau de roche. On incline alors l'opéré sur le côté gauche et 1 litre de liquide est encore évacué, ce qui porte à 3 litres au moins la quantité de liquide contenue dans ce kyste uniloculaire. Le liquide kystique étant évacué, 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. Les suites de l'opération furent excellentes, et du coup le malade fut guéri.

Telle est l'observation de ce kyste hydatique de la rate dont le diagnostic fut de tous points confirmé par l'opération. Le schéma ci-dessous en est la reproduction. On y voit que le kyste, remontant bien haut vers la cavité thoracique, a déjeté les côtes en dehors, ce qui explique la forte voussure et la déformation de cette partie du thorax. C'est là une variété clinique que je propose de nommer kyste hydatique de la rate à type ascendant.



Par un de ces hasards qui ne sont pas rares en clinique, nous avons eu, salle Saint-Christophe, n° 20, un second malade atteint, lui aussi, de kyste hydatique de la rate. Il y avait néanmoins quelques différences avec le cas précé-

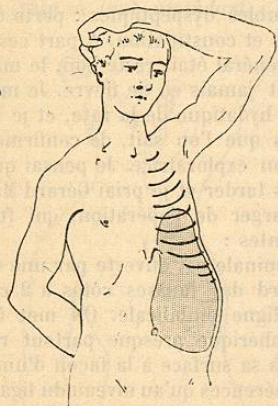
dent. Chez ce second malade, la voussure de l'hypochondre était beaucoup moins accentuée que chez le premier; par contre, la tumeur abdominale était beaucoup plus grosse; on la prenait à pleines mains, elle descendait au-dessous de l'ombilic et dépassait à droite la ligne blanche. La matité indiquant la limite supérieure de la tumeur remontait moins haut que chez le premier malade, elle arrivait à peine à la cinquième côte, au lieu d'atteindre la troisième; le cœur n'était pas dévié et les deux mamelons étaient sensiblement sur le même plan.

Les symptômes douloureux, douleurs thoraciques et abdominales, pesanteur et tiraillements, dataient de trois ans. La déformation de l'hypochondre 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 l'on sait, de confirmer le diagnostic par une ponction exploratrice. Je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir sans tarder et je priai Gérard Marchant de vouloir bien se charger de l'opération, qui fut faite dans les conditions suivantes:

La paroi abdominale est ouverte par une incision gauche qui va du rebord des fausses côtes à 2 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 2 litres de liquide caractéristique dans lequel ont été reconnus des crochets d'échinocoques. 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 second 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 propose de nommer kyste splénique à type descendant. Le schéma ci-dessous en est la reproduction.

Je rappelle ses caractères dominants. Il diffère du précédent, en ce qu'il remonte moins haut dans le thorax, il déjette moins les côtes, la voussure qu'il provoque à l'hypochondre est moins accentuée, mais, par contre, il fait sa poussée par en bas, 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.



Après l'exposé de ces faits cliniques, abordons l'histoire générale des kystes hydatiques de la rate.

**Classification anatomique.** — Tous les kystes hydatiques de la rate ne se ressemblent pas, il s'en faut, nous venons d'en avoir 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 s'était développé en pleine pulpe splénique; le tissu de la rate refoulé excentriquement lui formait comme une coque : aussi Gérard Marchant, dans son opération, dut-il pratiquer la splénectomie. Chez le premier de nos malades, au contraire, le kyste n'était qu'accolé à la rate, il avait pris naissance dans le hile, laissant l'organe indemne : aussi la rate fut-elle respectée par le chirurgien. Ce sont là, on le comprend, des conditions anatomiques qui créent des indications thérapeutiques bien différentes. Aussi, au lieu de confondre en une même description tous les kystes 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, plus ou moins vers le centre de l'organe; dans ce cas, le tissu de la rate refoulé excentriquement forme comme une coque au kyste hydatique. Il en résulte une tumeur constituée, 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 sur le kyste 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 pu réunir quelques cas de ces kystes hydatiques qui, nés en plein tissu splénique, refoulent excentriquement la rate à la façon d'une enveloppe. En voici une observation, de 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'hypochondre gauche et au flanc

1. *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXIX, p. 541.

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 les résultats de l'autopsie : la rate est transformée en une énorme tumeur qui remplit la portion gauche de l'abdomen. Elle donne au toucher la sensation d'une coque amincie, formée de tissu splénique, étalée sur une tumeur liquide qui occupe le centre de l'organe. 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 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 forte bosselure à sa partie supérieure gauche ; elle est tendue, 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'hypochondre 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'hypochondre, retombe, dès qu'on fait asseoir la malade, et dans sa descente elle détermine une sensation de tiraillement. On peut la re-

pousser en grande partie à droite de l'ombilic, sans toutefois l'amener jusqu'à l'hypochondre droit. Si on l'attire fortement en bas, on provoque une douleur à gauche de l'ombilic. En présence de ces divers signes, Hartmann porte le diagnostic de kyste dans une rate mobile. L'examen du sang, fait par Vaquez, dénote un état à peu près normal.

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 évacuée 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 ratatinement du tissu splénique, et l'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. A la suite de manœuvres opératoires sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, l'opérateur se décide à enlever la rate. La manœuvre est assez laborieuse, mais l'opérée guérit sans avoir présenté la moindre réaction fébrile.

Dans une observation de Jejeberg<sup>3</sup>, la rate formait au kyste « un véritable sac ». La paroi de ce sac était composée

1. Hartmann. *Congr. franc. de chir.*, 1897, p. 498.

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

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

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 l'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 dénomination de kyste hydatique intra-splénique. Dans cette variété, le kyste se développe vers le centre 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 provenant de mon second malade, les parties amincies de l'enveloppe étaient en partie transformées en tissu scléreux, tandis qu'ailleurs le tissu splénique avait acquis une épaisseur considérable.

Dans son développement intra-splénique, le kyste hydatique, ici comme ailleurs, conserve une forme sphérique. La tumeur, dans son ensemble, peut être oblongue, incurvée et bosselée à ses extrémités, à cause de l'inégale répartition du tissu splénique à la surface du kyste, mais le kyste conserve sa forme sphérique.

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, car il n'est compromis que dans une portion restreinte, le kyste s'extériorise et la rate conserve, ou peu s'en faut, sa forme normale, avec ou sans hypertrophie consécutive. J'ai trouvé

ça et là quelques observations qui rentrent dans cette variété. Dans une observation de la thèse de 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 était hypertrophiée. Dans un cas publié par 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 partie supérieure et interne de l'organe »; le tissu splénique s'étalait sur le kyste à une distance de 10 centimètres<sup>2</sup>. Je vois dans une observation de Fink<sup>3</sup> que le kyste hydatique s'était développé « à la partie inférieure de la rate », dont la partie supérieure était normale. Les tumeurs qui composent cette deuxième variété sont généralement bilobées et de forme irrégulière; la grosse partie de la tumeur est formée par le kyste qui s'est extériorisé et la petite partie est due à la rate parfois hypertrophiée. Je réserve à cette variété la dénomination de kyste hydatique splénique *extériorisé*.

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 donne à cette variété la dénomination de kystes *juxta-spléniques*, pour la différencier des kystes *intra-spléniques* et des kystes *extériorisés*. Notre premier malade 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>4</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 rem-

1. M. Gras. *Loco citato*.

2. *Bull. de la Soc. anat.*, décembre 1891, p. 647.

3. Th. de Vanverts, p. 185.

4. Th. de Gras, p. 76

plissait 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 de 5 à 6 pintes de liquide et beaucoup de 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 n'a rien d'étonnant, cette observation datant 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 1700 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,

1. Magdelain. *Kystes hydatiques de la rate*. Th. de Paris, 1868, p. 55.

qui est atrophié, au point que le kyste n'est séparé des calices et du bassinnet que par une lame très mince de tissu. C'est là un kyste juxta-rénal analogue aux kystes juxta-spléniques que je viens de décrire.

En résumé, je propose 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.

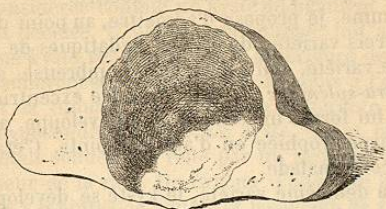
Dans la deuxième variété, le kyste se développe, non pas dans les parties profondes de la rate, mais en un point du tissu splénique proche de la surface; il s'extériorise et il en résulte une tumeur bilobée, le gros lobe formé par le kyste, le petit lobe formé par la rate, le kyste est *extériorisé*.

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.

**Anatomie pathologique.** — Je n'ai pas à retracer ici la formation et la structure du kyste hydatique splénique, avec ses enveloppes, ses vésicules, son liquide et ses échinocoques; on trouvera cette étude, en détail, au chapitre concernant les kystes hydatiques du foie, tout kyste hydatique ayant partout la même constitution. Je n'ai pas à insister sur toutes les lésions, adhérences, suppuration, perforation, qui peuvent survenir à un moment donné pendant l'évolution du kyste, mais il est quelques particularités anatomo-pathologiques que je tiens à mettre en relief. Quelle que soit dans son ensemble la forme de la tumeur, qu'elle soit ovale, allongée, fusiforme, le kyste, lui, conserve une forme absolument sphérique, en dépit de



la résistance du tissu dans lequel il se développe. On en peut juger sur la planche ci-dessous qui reproduit une réduction du kyste intra-splénique de notre second malade.



On voit également sur cette planche que le tissu splénique péri-kystique n'a pas partout la même épaisseur. Ce tissu est très aminci et réduit à l'état de coque au point qui correspond au centre de la rate, tandis que, aux extrémités, il a subi une telle exubérance, que la rate, après ablation du kyste, pesait encore 800 grammes, c'est-à-dire quatre fois son poids normal.

Dans la partie amincie, qui forme coque, un tissu de sclérose (périsplénite) s'est substitué au tissu normal de la rate, mais à mesure que l'on va du centre aux extrémités, le tissu splénique s'hypertrophie considérablement. Sur des coupes histologiques reproduites dans mes leçons cliniques, on voit l'hypertrophie de la pulpe splénique et la sclérose de la capsule (périsplénite).

Quelle est donc la signification de cette hypertrophie splénique qui compense bien au delà les pertes subies par les portions de rate atrophiées? Cette variété d'hypertrophie, non encore décrite, que je sache, à la rate, est comparable à l'hypertrophie compensatrice hépatique bien étudiée par Hanot, par Chauffard, par mon chef de clinique Kahn, dans bon nombre de maladies du foie, gros foie alcoolique, kyste hydatique du foie, et dans quelques maladies du rein (Albarran, Chauffard). Il en est question aux chapitres concernant ces maladies.

Eh bien, la rate atteinte de kyste hydatique me paraît subir, au même titre que le foie, ou le rein, une exubérance parfois considérable de son tissu, qui n'est autre qu'une hypertrophie compensatrice. Du reste, cette variété d'hypertrophie splénique ne doit pas être rare, si j'en juge par les quelques mots qui sont englobés, çà et là, dans les observations relatives aux kystes hydatiques de la rate sans que toutefois les observateurs y aient autrement insisté : cas de Snéguirew<sup>1</sup> : après ablation du kyste, la rate avait le double ou le triple de son volume normal; — cas de Robert : la rate était hypertrophiée; — cas de Jayle<sup>2</sup> : la rate très hypertrophiée mesurait 17 centimètres sur 14; — cas d'Arnozan<sup>3</sup> : la rate était hypertrophiée, puisque, défalcation faite du kyste, elle pesait 250 grammes.

La question de l'hypertrophie compensatrice de la rate dans les kystes spléniques me paraît donc jugée; elle doit prendre place à côté de l'hypertrophie compensatrice du foie et du rein.

**Hématologie.** — Une question qui ne manque pas d'intérêt, c'est l'étude comparative du sang avant et après la splénectomie. Wlaëff, professeur agrégé de l'Académie militaire de Saint-Petersbourg, et qui suit actuellement notre clinique de l'Hôtel-Dieu, a bien voulu me faire part des intéressantes recherches qu'il a faites pendant le séjour de notre premier malade dans le service chirurgical de Gérard Marchant; en voici le résultat :

Avant l'ablation de la rate, l'examen du sang donnait 4 400 000 globules rouges et 10 560 globules blancs. Rapport : 1/417.

Vingt-quatre heures après la splénectomie, 3 820 000 globules rouges et 21 200 globules blancs. Rapport : 1/181.

Cinq jours après l'opération, 3 610 000 globules rouges et 12 600 globules blancs. Rapport : 1/286.

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

2. *Bull. de la Soc. anat.*, décembre 1891, p. 647.

3. Th. de Gras, p. 71.