

Douze jours après l'opération, 3 520 000 globules rouges et 13 600 globules blancs. Rapport : 1/258.

Vingt-huit jours après l'opération, 3 500 000 globules rouges et 8 400 globules blancs. Rapport : 1/410.

Trente-cinq jours après l'opération, 3 657 000 globules rouges et 12 000 globules blancs. Rapport : 1/303.

Quarante-six jours après l'opération, 3 800 000 globules rouges et 11 700 globules blancs. Rapport : 1/324.

Soixante et un jours après l'opération, 4 000 000 de globules rouges et 12 000 globules blancs. Rapport : 1/310.

Quatre-vingt-six jours après l'opération, 4 250 000 globules rouges et 14 000 globules blancs. Rapport : 1/304.

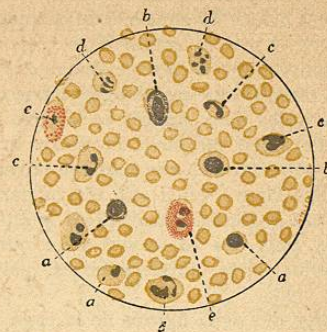
Ce tableau comparatif montre qu'aussitôt après l'ablation de la rate, le nombre des globules rouges a baissé considérablement, tandis que le nombre des globules blancs a doublé. Les jours suivants, les globules rouges ont continué à diminuer de nombre jusqu'au vingtième jour; puis ils ont progressivement augmenté jusqu'au quatre-vingt-sixième jour, où ils ont repris leur taux normal. Les globules blancs au contraire n'ont pas diminué en proportion, et en définitive leur nombre est resté plus élevé après l'opération.

Pendant les quelques semaines qui ont suivi la splénectomie, Wlaëff a remarqué chez le malade une augmentation passagère du corps thyroïde; il a même noté une hypertrophie transitoire des ganglions lymphatiques du cou, de l'aisselle et de l'aîne.

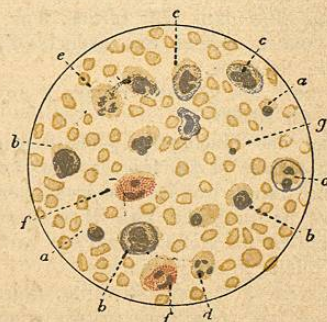
L'examen du sang de notre malade a porté également sur l'état des globules et sur les rapports de leurs différentes variétés.

La numération et les rapports des éléments du sang enregistrés avant la splénectomie ont donné des chiffres sensiblement normaux : globules rouges, 4 400 000; globules blancs, 10 560. Les globules blancs étaient répartis de la façon suivante : petits leucocytes mononucléaires (lymphocytes des Allemands) et grands leucocytes mononucléaires, 15,4 pour 100; leucocytes intermédiaires, 7,6

pour 100; leucocytes à noyaux polymorphes (polynucléaires), 77 pour 100; leucocytes à grains éosinophiles, 4 pour 100⁴.



Avant la splénectomie. — a, petits leucocytes mononucléaires (lymphocytes); b, grands leucocytes mononucléaires; c, leucocytes intermédiaires; d, leucocytes polynucléaires; e, leucocytes éosinophiles.



Un mois après la splénectomie. — a, petits leucocytes mononucléaires (lymphocytes); b, grands leucocytes mononucléaires; c, leucocytes intermédiaires; d, leucocytes polynucléaires; e, leucocyte en karyokinèse; f, leucocytes éosinophiles; g, globule rouge à noyau.

Pour bien comprendre la valeur des modifications des globules du sang reproduites sur les planches ci-jointes, il est utile de se bien rappeler quelles sont les différentes variétés des globules blancs du sang à l'état normal. Afin d'éviter les répétitions, je prie le lecteur de se reporter au chapitre suivant concernant la leucocythémie; il y trouvera une description détaillée de ces globules blancs.

Sur la première des deux figures de la page précédente, qui reproduit l'examen du sang de notre malade *avant* l'ablation de la rate, on voit que tout est normal, globules rouges et globules blancs, ainsi que les rapports entre ces globules. On y voit quelques lymphocytes (petits leucocytes mononucléaires), puis des leucocytes sous leurs différents aspects : mononucléaires, intermédiaires, polynucléaires, éosinophiles.

Sur la deuxième des deux figures de la page précédente, qui reproduit l'examen du sang *un mois après* l'ablation de la rate, on voit que tout est modifié, globules rouges et globules blancs.

Les globules rouges ont diminué de nombre (3 820 000); certains sont modifiés dans leur forme; leur contour, au lieu d'être circulaire, prend des aspects d'amande, de poire, de virgule, de cœur.

On voit également des globules rouges à noyau dans la proportion de 1 sur 20 000.

Les variations des leucocytes portent principalement sur les mononucléaires et sur les réactions colorantes de leur protoplasma. Tandis que les uns se laissent fortement colorer, d'autres ne prennent plus la matière colorante.

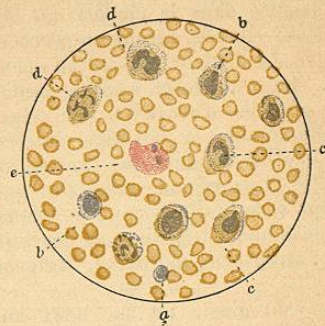
On voit également un globule blanc en karyokinèse, ce qui n'existe pas dans le sang normal.

La figure qui est à la page suivante, représentant un examen du sang fait *trois mois après* la splénectomie, montre que le sang a repris son aspect normal.

Il est évident qu'une suppléance s'est faite dans les organes hématopoiétiques.

Les formes normales de globules rouges, hématies défor-

mées et hématies à noyau, les formes anormales de globules blancs et leucocytes en karyokinèse ont disparu. Les proportions entre les diverses variétés sont normales, ainsi que le montre la planche ci-dessous.



Trois mois après la splénectomie. — a, petits leucocytes mononucléaires (lymphocytes); b, grands leucocytes mononucléaires; c, leucocytes intermédiaires; d, leucocytes polynucléaires; e, leucocyte éosinophile.

Je me garderai bien de tirer, de ces intéressantes recherches, des conclusions concernant la formation et la transformation des globules rouges et des globules blancs du sang. Ce qui est certain, c'est qu'après l'ablation de la rate, une véritable perturbation s'est faite dans la quantité et dans la qualité des hématies et des leucocytes. Ce qui est encore 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.

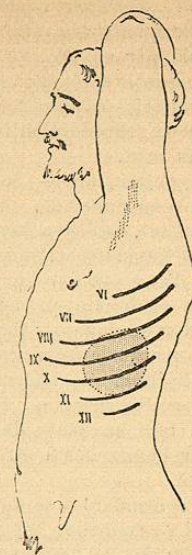
Description. — Abordons le côté clinique de la question. Il en est des kystes hydatiques de la rate comme des kystes

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 dure depuis quatre ans chez notre premier malade et chez le second elle datait de plusieurs années; on la trouve 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 isolés, 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 tellement, qu'il me paraît indispensable, pour la description qui va suivre, de classer les kystes spléniques en deux catégories principales.

Qu'on jette un coup d'œil sur la planche ci-dessous; on y voit 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, c'est la variété que j'ai nommée kyste splénique à *type descendant*; en pareil cas, 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, c'est la variété de kyste splénique à *type ascendant*; il repousse le diaphragme, il se substitue dans sa poussée aux organes thoraciques qu'il refoule, la voussure occupe surtout l'hypocondre gauche et la partie inférieure du

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 j'ai reproduits plus haut.

Kyste de la rate à type ascendant. — Supposons d'abord le cas réalisé par notre premier malade, où le kyste splénique fait sa poussée par en haut, de l'hypochondre gauche vers le thorax (type ascendant). C'est l'hypochondre 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 scapuloalgie. En même temps, le thorax se déforme et s'élargit à sa base, les dernières côtes déjetées forment voussure. Jusque-là, on le voit, tout se passe dans l'hypochondre; néanmoins, la tumeur commence à être abdominale, elle fait saillie dans le flanc.

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. De plus, à cette période, la tumeur n'est pas seulement rétro-costale, thoracique, elle est abdominale, on la sent dans le ventre, elle est indolente, à contours peu réguliers, elle est peu mobilisable, enclavée par en haut 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'hypochondre, 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 ascendant*, ce ne sont pas les symptômes abdominaux, ce sont les symptômes thoraciques. Au premier abord, ce kyste peut simuler un épanchement pleural, il repousse le diaphragme, il aplatit 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 gauche et le refoulement des organes thoraciques par un kyste splénique. Au cas d'épanchement pleural, le thorax peut subir une ampliation 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'hypochondre. 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 ascendant; ces symptômes laissent un peu au second plan les signes abdominaux, dont je vais maintenant 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., car ces très grosses rates ont 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 ces mégalosplénies.

Je ne veux pas abandonner la description des kystes spléniques, à type ascendant, sans 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 cas¹ concerne une jeune femme du service d'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'hypochondre 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.

Étant donnés la situation et le développement abdomino-thoracique de cette tumeur, Arnozan et Demons portent le diagnostic de kyste suppuré de la rate. En conséquence, l'opération est décidée et pratiquée par 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 communica-

1. Gras. *Loco citato*, p. 65.

tion est agrandi et on arrive 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.

La 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'hypochondre gauche¹. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une tumeur volumineuse occupant le flanc, l'hypochondre 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 Reboul. L'incision abdominale met à découvert une énorme tumeur qui s'engage sous les côtes dans l'hypochondre 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

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

la tumeur est incisée au thermocautère; on explore alors la cavité et l'opérateur constate que le kyste splénique s'enfonce 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.

Kystes de la rate à type descendant. — Nous venons d'étudier les symptômes, l'évolution et les complications des kystes hydatiques spléniques « à type ascendant », 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'hypochondre est moins voussuré que dans la variété précédente; ce n'est plus à l'hypochondre, 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'hypochondre gauche, la tumeur splénique fait sa principale évolution dans 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

refouler beaucoup le diaphragme et les organes thoraciques à l'égal du kyste splénique à type ascendant.

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.

Diagnostic. — 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; Potain a diagnostiqué un kyste de la rate alors qu'il s'agissait d'hydronéphrose gauche¹. Ces citations suffisent à 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 Braquehaye². 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 tout sens, zone

1. Soc. méd. des hôpit., mars 1874.

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

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. J'ajouterai que le kyste splénique prend naissance dans l'hypochondre 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'hypochondre, 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'hypochondre, 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'hypochondre gauche, n'est pas accessible à la palpation; elle se décèle à nous par la matité ainsi que par la voussure de l'hypochondre. 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'hypochondre 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'hypochondre 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 bilobée, 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, avec l'état cachectique du malade, et, de plus, le foie est habituellement hypertrophié.

Passons à la grosse rate *leucocythémique*. J'en ai eu un remarquable exemple, il y a quelques années, dans mon 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'hypochondre gauches. 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 interscostal. 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, Apert, fit l'examen du sang, et le diagnostic de grosse rate leucocythémique fut confirmé; notre malade avait 50 000 globules blancs pour 1 900 000 globules rouges, soit une proportion de 1 pour 40, au lieu de 1 pour 500 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. Il s'agissait ici de leucémie à petits leucocytes mononucléaires, lymphocytes des Allemands, globulins des anciens auteurs français. Je n'insiste pas sur ce côté de la question qui sera traité au chapitre suivant concernant la leucémie. (Le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.) Le kyste hydatique splénique est longtemps compatible avec les apparences de la santé; il ne modifie pas l'état normal du sang, ainsi que nous l'avons 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 de leucocytes ou de lymphocytes suivant le cas.

Voyons maintenant comment on peut arriver au 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, décrite par Rendu et Widal¹, Moutard-Martin et Lefas², Guiliani³. Cette splénomégalie tuberculeuse primitive n'apparaît pas, comme on pourrait le supposer, au cours d'une phthisie 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'hypochondre 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 dans l'hypochondre, son lieu de naissance, elle descend dans le flanc, elle envahit l'abdomen sous forme d'une tumeur ovoïde, oblongue, indurée et bosselée. L'hypochondre et le flanc sont

1. Rendu et Widal. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 2 juin 1899.

2. Moutard-Martin et Lefas. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 9 juin 1899.

3. Guiliani. *Splénomégalie tuberculeuse primitive*. Th. de Paris, 1899.