

ciable qui se déplace sous l'influence des mouvements respiratoires. La percussion permettra de reconnaître l'hypertrophie. Mais c'est la palpation qui fournira les meilleurs renseignements; elle fera constater dans certains cas l'existence de masses bosselées, inégales, parfois douloureuses spontanément ou à la palpation, qui déforment la face antérieure et le bord de l'organe.

On pourra le plus souvent reconnaître, assez aisément, que c'est la rate qu'on a sous la main et non le bord gauche du foie ou le rein. Pour déterminer la nature de la lésion, on se basera sur la cachexie progressive du sujet et l'état bosselé de l'organe. Dans quelques cas, on a pensé à un kyste. Une ponction exploratrice pourra être faite. Il faut seulement se rappeler que certains cancers sont partiellement ramollis. On obtient alors du liquide. Mais celui-ci est épais et brun, bien différent, comme nous allons le voir, du liquide des kystes.

Un seul traitement peut être de quelque utilité : c'est l'extirpation de l'organe. Plusieurs malades ont été opérés au moins dans les cas de sarcome (Hacker, Fritsch, Kocher, Flothmann et Wagner). Mais les résultats n'ont pas été généralement fort heureux, la plupart des malades ayant succombé pendant l'opération ou par suite d'une hémorragie secondaire ou enfin par une généralisation plus ou moins précoce dans les autres organes.

Le diagnostic ne peut être fait que si, chez un individu cachectique, on sent dans la rate des masses bosselées, inégales, parfois douloureuses spontanément ou à la palpation.

Épithélioma primitif de la rate et splénomégalie primitive. — Il convient de faire une place à part à une variété de splénomégalie primitive individualisée par Gaucher⁽¹⁾ sous le nom d'épithélioma de la rate et bien étudiée plus récemment par Picou et Ramond⁽²⁾.

Les deux observations publiées par ces auteurs sont absolument comparables.

La maladie débute par une douleur dans l'hypocondre gauche. La rate augmente de volume et son hypertrophie est bientôt suivie d'une hypertrophie du foie.

L'hypertrophie de la rate est régulière, totale et uniforme. Elle devient bientôt assez considérable pour amener des crises douloureuses et des phénomènes de compression. Ce qui achève de compléter le tableau clinique, c'est l'existence d'hémorragies multiples et de temps en temps l'apparition d'un léger ictère.

Gaucher insiste sur certains caractères négatifs importants, comme l'absence d'adénopathie et de leucocytose.

Le volume de la rate, dans le cas de Gaucher, égalait presque vingt-sept fois le volume normal. Dans le cas de Picou et Ramond, l'organe enlevé par Bouilly pesait 2800 grammes.

L'examen histologique montre que le tissu est constitué par des logettes conjonctives remplies de cellules épithéliales pourvues de gros noyaux.

La maladie de Gaucher constitue-t-elle une entité morbide? Au point de vue anatomique, mérite-t-elle ce nom d'épithélioma? Faut-il au contraire admettre, avec Cornil, qu'il s'agit d'une hypertrophie splénique?

La clinique permet, en effet, de rapprocher l'observation de Gaucher d'un certain nombre de cas analogues décrits sous les noms d'anémie splénique (Strumpell, Banti), hypertrophie idiopathique de la rate (Muller), cachexie

(1) GAUCHER. *Épithélioma primitif de la rate*. Thèse de Paris, 1882.

(2) PICOU et RAMOND. Splénomégalie primitive. *Arch. de méd. exp.*, 1896, p. 168.

splénique, splénomégalie primitive (Debove et Bruhl). Par contre, l'examen histologique donné par Banti ne semble pas identique aux descriptions de Gaucher, Picou et Ramond. On trouve surtout un épaississement des travées, de la sclérose des glomérules et une disparition du tissu adénoïde normal, qui est remplacé par un réseau à mailles étroites, pauvre en éléments cellulaires et limité par de grosses travées formées de tissu fibreux.

Les symptômes sont assez analogues dans les deux cas.

La maladie débute insidieusement par une pesanteur dans l'hypocondre gauche ou brusquement par une crise douloureuse. Ces crises reviennent souvent à plusieurs reprises.

Bientôt l'anémie s'accuse : le foie augmente de volume. L'ictère se montre quelquefois, l'ascite a toujours fait défaut. A la fin surviennent des troubles digestifs, des hémorragies et une cachexie progressive à laquelle le malade succombe au bout d'un temps assez long qui varie de 2 à 10 ans.

Le diagnostic est relativement facile. On se basera sur l'hypertrophie de la rate, l'hypertrophie moins marquée du foie, l'absence d'hypertrophie ganglionnaire et de leucocytose.

Le traitement médical se réduira à l'administration du fer et de l'arsenic. La splénectomie aurait donné quelques succès. Dans le cas de Bouilly, l'opération a paré aux accidents immédiats, mais le pronostic au bout de 4 mois restait encore en suspens, les lésions du foie continuant à évoluer.

Kystes de la rate. — La rate peut être le siège de plusieurs variétés de kystes.

Les kystes dermoïdes signalés pour la première fois par Andral en 1829 sont fort rares : ils ne présentent rien de bien spécial et ne se traduisent par aucun symptôme.

Andral a décrit des kystes séreux, miliaires et multiples, qu'il compare à ceux qu'on observe sur le col de l'utérus. C'est le seul auteur qui en fasse mention.

Les véritables kystes de la rate comprennent cinq variétés : les kystes séreux, les kystes sanguins, les kystes lymphatiques, les tumeurs fibro-kystiques et les kystes à cholestérine.

Les kystes séreux sont uniloculaires ou cloisonnés et atteignent parfois des dimensions considérables. On en a vu qui renfermaient jusqu'à trois litres de liquide. Celui-ci est clair, blanc ou légèrement jaunâtre, quelquefois incolore et transparent comme de l'eau distillée. La densité est faible et oscille entre 1004 et 1009. Quand on soumet le liquide à la force centrifuge, on obtient un dépôt renfermant, outre quelques leucocytes et quelques cellules endothéliales, une quantité très notable de cholestérine. La paroi est lisse, blanchâtre, formée d'une membrane conjonctive, revêtue d'un épithélium pavimenteux.

Les kystes sanguins sont souvent consécutifs à des traumatismes et sont considérés comme résultant d'un épanchement de sang dans le parenchyme ou dans un kyste séreux préexistant. Dans d'autres cas, ils semblent dus à une lésion des artères, notamment à de l'athérome ou à un anévrisme de l'artère splénique, exceptionnellement à une altération des veines. Suivant son ancienneté, le liquide épanché se présente sous l'aspect d'une masse rouge, puis brune, et enfin jaune rosé. Il renferme des pigments sanguins, des cellules endothéliales et une assez grande quantité de cholestérine.

Les kystes lymphatiques, rattachés à une dilatation des vaisseaux lymphatiques,

contiennent un liquide de densité assez élevée, qui, contrairement à celui des kystes séreux, se coagule spontanément. Il renferme une quantité assez considérable d'albumine et de nombreux globules rouges et blancs.

Les tumeurs fibro-kystiques sont remarquables par la densité encore plus élevée du liquide, qui atteint 1020, par sa coloration jaune et par la rapidité avec laquelle il se coagule.

Les kystes à cholestérine sont très rares. Ce sont, semble-t-il, des restes de vieux kystes qui ont rétrogradé. Ils sont de petites dimensions et renferment une quantité considérable de cholestérine maintenue en suspension dans un peu de liquide.

Nous ignorons les causes des kystes de la rate. Cependant on trouve notée dans beaucoup d'observations l'influence du traumatisme. Dans un cas rapporté par Böttcher, cette cause occasionnelle semble avoir provoqué le développement de kystes multiples dans une rate atteinte de dégénérescence amyloïde.

Klippel et Lefas, ayant constaté l'existence simultanée de kystes spléniques et rénaux, se demandent si la pathogénie n'est pas la même dans les deux cas.

Renggli considère les kystes de la rate comme dus à une invagination de l'épithélium péritonéal. D'après Beneke, il ne serait pas rare de trouver de petits kystes siégeant sur le bord antérieur de l'organe. Ils seraient dus à la rupture accidentelle de la capsule, probablement à la suite d'une congestion brusque de la glande. Une réparation se ferait aux dépens du péritoine et l'histoire des kystes spléniques rentrerait ainsi dans l'histoire plus générale des kystes péritonéaux.

Quand ils sont petits, les kystes ne donnent lieu à aucun symptôme. En s'accroissant, ils compriment les parties voisines et amènent des éructations, des vomissements, de la constipation. Nous reviendrons sur leur symptomatologie en traitant des kystes hydatiques. Ce qui est plus spécial à leur histoire, c'est que, dans certains cas, à la suite d'un traumatisme ou sans cause appréciable ils subissent tout d'un coup un accroissement rapide. Il s'agit alors d'épanchements sanguins qui occupent de préférence la moitié inférieure de la rate.

Les kystes peuvent occasionner une péritonite suraiguë en se rompant dans la cavité abdominale. Parfois ils s'ouvrent dans un organe voisin, particulièrement dans l'intestin.

On a renoncé aujourd'hui à traiter les kystes par la ponction suivie ou non d'une injection irritante. Trois méthodes sont à notre disposition : l'ouverture de la tumeur, la résection partielle de la rate qui a été réalisée avec succès par Gussenbauer et Bardenheuer, enfin l'extirpation de l'organe.

Kyste hydatique. — Le kyste hydatique de la rate est assez rare. Sur un relevé de 255 cas de kystes hydatiques des organes abdominaux, Finsen n'en trouve que 2 dans la rate ; Neisser en note 28 sur 900 cas ; Lainé en a réuni 58 cas et Litten estime à 5 pour 100 la fréquence de la localisation splénique.

La lésion se développe généralement à l'âge moyen de la vie. Le sujet le plus jeune était un enfant de 10 ans (obs. de Litten).

Pour expliquer l'arrivée du parasite dans la rate, Litten suppose que l'embryon hexacanthe pénètre dans les lymphatiques intestinaux, gagne le canal thoracique, traverse la petite circulation et s'engage finalement dans l'artère splénique.

Le kyste est toujours uniloculaire ; généralement unique, parfois multiple, il occupe le parenchyme, la capsule ou l'épiploon gastro-splénique. Il est isolé ou

coexiste avec des productions analogues dans d'autres viscères. Sa structure et son contenu ne présentent rien de spécial. Ses dimensions sont parfois assez considérables pour déformer complètement la rate. On a cité des cas où le volume dépassait celui d'une tête d'adulte. Les parois sont souvent assez épaisses et fibreuses. La capsule de la rate est fréquemment atteinte et des adhérences se font avec les parties voisines, le diaphragme, l'intestin, l'estomac ou la paroi abdominale.

La tumeur se porte soit vers la partie supérieure du ventre, soit vers le diaphragme qu'elle amincit, en même temps qu'elle refoule le poumon. Quand le kyste subit la transformation purulente, l'ouverture pourra se faire dans la plèvre, les bronches, le côlon ou le péritoine.

Le kyste hydatique s'annonce par une sensation de pesanteur dans l'hypochondre gauche, des phénomènes de compression, dyspnée, vomissements, constipation, douleurs névralgiques locales ou irradiées. Puis le malade s'aperçoit que le côté gauche est déformé ; on constate, en effet, une voussure de la région. La palpation permet de reconnaître que la rate est volumineuse et parfois bosselée ; mais ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'elle fait percevoir de la fluctuation ou du frémissement hydatique, comme dans l'observation de Magdelain.

L'évolution est lente et, ce qui est fort important pour le diagnostic, la tumeur augmente de volume sans troubler l'état général. Cependant des complications sont possibles. Le kyste peut se rompre dans la cavité péritonéale ou s'ouvrir dans les bronches ; d'autres fois il subit la transformation purulente, ce dont on est averti par l'apparition d'une fièvre à exacerbations vespérales et par une tendance à l'hecticité. Dans les cas de Davaine et de Brault, l'ouverture de la poche dans l'intestin se traduit par des accès de diarrhée et la présence d'hydatides dans les selles.

Le pronostic est fort grave. Sur 54 observations, Lainé compte 6 guérisons seulement.

Le diagnostic devra être fait avec les tumeurs des organes voisins, notamment du lobe gauche du foie, du rein, du pancréas ou même de l'ovaire. Quand on a localisé la lésion, il faut reconnaître sa nature. La discordance qui existe entre la conservation d'un bon état général et le développement de la tumeur fera penser au kyste hydatique. Une ponction exploratrice fixera le diagnostic. Elle donnera issue à un liquide clair, contenant une assez grande quantité de chlorure de sodium et prenant sous l'influence du perchlore de fer une coloration brune due à la présence d'acide succinique. L'examen histologique pourra rendre le diagnostic encore plus certain en montrant des crochets.

Si la ponction est très utile, elle n'est pas toujours inoffensive. Elle a pu être suivie de manifestations cutanées comme l'urticaire, de dyspnée, de vomissements, parfois de frissons et de fièvre. Enfin dans certains cas elle a provoqué des syncopes graves. Un malade, observé par Martineau, succomba ainsi brusquement pendant la ponction.

Le traitement consiste soit dans la ponction suivie d'une injection antiseptique, soit dans une intervention chirurgicale, splénotomie ou même splénectomie.

Ruptures de la rate. — Bien que rares, les ruptures de la rate, c'est-à-dire les solutions de continuité intéressant la capsule et le parenchyme, sont beaucoup plus fréquentes que celles des autres organes ; mais il est tout à fait

exceptionnel d'observer cet accident dans une rate saine. Il ne se produit guère qu'à la suite d'un violent traumatisme : contusion intense ou chute d'un lieu élevé, ou par suite des efforts que nécessite le travail de l'accouchement. En général, la rupture atteint des rates profondément lésées; elle est surtout fréquente chez les vieux paludéens, mais peut survenir au cours d'infections aiguës : fièvre typhoïde, fièvre récurrente, typhus exanthématique. Le plus souvent une cause occasionnelle explique la rupture. C'est un effort musculaire, une quinte de toux, un éternuement; ou bien c'est à la suite de la palpation. Quelquefois, c'est à l'occasion d'un accès aigu survenant au cours du paludisme chronique. L'importance du paludisme dans l'étiologie de la rupture explique la rareté de cet accident en France, sa fréquence relative dans les régions tropicales. Playfair, dans les Grandes Indes, en a recueilli 20 exemples en 2 ans et demi. D'après Choux, qui en a réuni 147 observations, il faudrait distinguer deux cas : tantôt la rupture survient chez des individus atteints depuis peu de temps; les accidents apparaissent spontanément alors que la rate n'est pas encore bien volumineuse; tantôt il s'agit de vieux paludéens ayant une rate déformée par la splénite : dans ce cas la rupture est généralement consécutive au traumatisme.

Les ruptures de la rate sont uniques ou multiples, superficielles ou profondes, occupant le plus souvent la face externe et l'extrémité supérieure; elles sont linéaires ou évasées, ou bien elles consistent en une perte de substance comblée par un caillot. Dans certains cas, la rate est comme éclatée et divisée en trois ou quatre morceaux. D'après Barallier, il existe des ruptures sous-capsulaires, caractérisées par un foyer hémorragique intra-parenchymateux avec intégrité de la capsule. Colin a décrit des ruptures sèches n'intéressant que la capsule et respectant le tissu.

Dans la plupart des cas, une hémorragie se produit et le sang provenant de cet organe si vasculaire se répand dans le péritoine ou reste enfermé dans une sorte de poche constituée par d'anciennes adhérences. Il n'est pas rare de trouver plusieurs litres de sang dans la cavité abdominale.

Le début des accidents est généralement brusque. Le malade accuse subitement une douleur atroce dans le flanc gauche, accompagnée parfois de la sensation d'une rupture interne. Il peut succomber ainsi par syncope avant même qu'une hémorragie suffisamment abondante pour expliquer la mort ait eu le temps de se produire.

Si la vie se prolonge quelques instants, on verra se dérouler les symptômes des grandes hémorragies. Le malade pâlit, la peau devient blanche, froide, elle se couvre de sueurs visqueuses. Le pouls est petit, fréquent, la respiration s'accélère. Des vomissements peuvent compléter le tableau. Puis la mort survient par syncope, ou par collapsus; ou bien le malade succombe dans le coma après avoir eu parfois des convulsions. Dans quelques cas, on voit se produire une ecchymose de l'abdomen et des lombes.

En face de ces formes foudroyantes se place une forme rapide dans laquelle la vie se prolonge cinq ou six jours. Les accidents rappellent ceux de la péritonite : douleur, vomissements bilieux, pouls petit, etc. Dans la forme subaiguë, ces phénomènes sont beaucoup moins marqués et l'on croit parfois que la guérison va survenir, quand le malade succombe brusquement. Dans les observations de Barallier et de Chaumel, la survie fut de 12 jours.

Enfin, quand des adhérences anciennes circonscrivent la lésion, l'hémor-

ragie est localisée et la guérison est possible. Elle ne serait pas rare dans certains cas de rupture sèche : l'enveloppe céderait seule et la cicatrisation se produirait sans grand accident. On trouverait assez fréquemment chez les vieux paludéens des cicatrices qui semblent attester la guérison de ruptures anciennes.

Le diagnostic, toujours difficile, se fera d'après le siège de la douleur, les symptômes hémorragiques, l'ecchymose lombaire et la connaissance des altérations antérieures de la rate.

Le traitement est celui des grandes hémorragies : repos absolu, ergotine, opium; applications de glace sur la région splénique; injections sous-cutanées de sérum artificiel. Dans un cas, Riegner sauva le malade en pratiquant la splénectomie. Il s'agissait d'un jeune homme de 14 ans dont la rate, qui était saine, s'était rompue à la suite d'un traumatisme. La quantité de sang épanché était d'un litre et demi. Pitt et Ballance ont rapporté également trois cas de splénectomie suivis de succès. Si l'hémostase se fait spontanément, on pourra plus tard être amené à faire une laparotomie pour enlever le sang épanché dans le péritoine (Vincent).

Rate mobile. — L'ectopie splénique peut être isolée ou bien elle coïncide avec diverses ptoses viscérales, notamment avec une ectopie du rein. Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, elle s'observe chez celles qui ont eu plusieurs grossesses ou qui ont beaucoup maigri. C'est tantôt une rate normale qui se déplace, tantôt une rate hypertrophiée, notamment à la suite du paludisme, dont l'augmentation de volume a déterminé un tiraillement et une distension des ligaments suspenseurs.

Dans certains cas la rate descend seulement de quelques centimètres au-dessous des fausses côtes, d'autres fois le déplacement est si marqué, qu'on a affaire à une *rate flottante*, qui peut occuper les diverses parties de la cavité abdominale, atteindre la région ombilicale, descendre dans la fosse iliaque gauche, parfois même dans la droite, venir se mettre en rapport dans l'excavation pelvienne avec l'utérus, l'ovaire, le vagin ou le rectum.

Ainsi déplacée, la rate peut rester mobile; elle change de place dans les divers mouvements du corps, ou sous l'influence de la palpation. D'autres fois elle contracte des adhérences qui la fixent dans sa situation nouvelle.

En descendant dans la partie inférieure de l'abdomen, la rate étire un pédicule qui renferme les ligaments gastro-splénique et pancréatico-splénique, parfois la queue du pancréas, enfin les vaisseaux anormalement développés. L'artère splénique peut atteindre le volume du pouce, la veine celui d'une anse intestinale.

La torsion de ce pédicule aura pour conséquence la production de lésions spléniques telles que turgescence, congestion, infarctus, et plus tard sclérose et dégénérescence graisseuse.

Pilliet, qui a fait l'étude histologique des rates ectopées, a trouvé une atrophie des corpuscules de Malpighi, de l'endartérite, des thrombus, des foyers hémorragiques et des dégénérescences graisseuses de la pulpe. Malgré leur étendue, ces lésions ne sont pas irréparables : elles semblent susceptibles de rétrocéder en partie à la suite de la splénoexie.

L'ectopie rénale peut débiter brusquement : à la suite d'un traumatisme, d'un effort, d'un coup ou d'une chute se produit une véritable luxation qui peut se traduire par une douleur très vive, parfois par une syncope.