

On n'observe que rarement des trématodes dans l'intestin; il nous suffira donc ici de les nommer : *distomum crassum*, *d. heterophyes* et *d. haematobium*.

Parmi les *platodes*, trois espèces s'observent chez l'homme, le *tænia solium*, le *tænia saginata* ou *mediocanellata* et le *bothriocephalus latus*.

Dans bien des cas, la découverte d'œufs dans les selles servira à assurer le diagnostic.

Les œufs du *tænia solium* sont d'une forme elliptique et atteignent une longueur d'environ 0,036 mm. et une largeur d'environ 0,032 mm. Ils sont entourés d'une coque épaisse, qui présente des stries rayonnées très nettes et est souvent enveloppée encore d'une auréole hyaline albuminoïde (fig. 213, 1).

Les œufs du *tænia medicanellata* ou *saginata* ressemblent beaucoup à ceux du *tænia solium*. Ils s'en distinguent surtout par le volume; leur longueur est en moyenne de 0,039 millim. et leur largeur de 0,035 millim. (fig. 213, 2). Cependant la distinction entre ces deux sortes d'œufs n'est guère possible, la différence étant pour ainsi dire insignifiante.

Les œufs du *bothriocephalus latus* ont en moyenne 0,07 millim. de longueur et 0,045 millim. de largeur. Ils ont une coque brune simple, à l'extrémité de laquelle on aperçoit distinctement un petit opercule. L'intérieur est rempli d'une masse plus ou moins grossièrement granuleuse.

## CHAPITRE VII

### EXAMEN DE LA RATE

#### A. — INSPECTION DE LA RÉGION SPLÉNIQUE

L'inspection de la région splénique ne révélera presque jamais de lésion autre qu'une hypertrophie de l'organe. Encore toutes les hypertrophies de l'organe ne sont-elles pas perceptibles à l'inspection. Celles qui se développent au cours des maladies infectieuses aiguës, ne s'accompagnent pas de modifications visibles de la région splénique, soit parce qu'il ne s'agit en ces cas que d'un faible accroissement de volume, soit par suite du ramollissement de l'organe hypertrophié. Les lésions visibles décèlent donc surtout les *hypertrophies chroniques*.

Ces hypertrophies se manifestent tout d'abord par une *distension de la région splénique*, c'est-à-dire de l'hypochondre gauche. Toutefois elles peuvent occuper tout le côté gauche de l'abdomen et même dépasser la ligne blanche et empiéter sur le côté droit, et dans ces cas, les lésions se traduisent à l'œil, même sous les vêtements; chez les femmes, la tumeur pourra simuler une grossesse, et cela d'autant mieux que la colonne vertébrale présente dans ce cas vers le segment inférieur, comme chez les femmes enceintes, une lordose fortement accentuée.

Lorsque les parois abdominales ne sont pas trop tendues et qu'il n'existe ni ascite ni météorisme, les *limites inféro-médianes de la tumeur splénique* se manifestent sous forme d'un soulèvement léger; vers le haut, on constate même quelquefois un ou plusieurs sillons, tels qu'ils existent sur la rate saine, et qui sont caractéristiques de la forme de cet organe. Parfois la délimitation de la tumeur se trouve facilitée lorsque l'explorateur place la tête sur le même niveau que la paroi abdominale antérieure du malade, lorsqu'il a recours par conséquent à une sorte d'éclairage latéral.

Lorsque les tumeurs spléniques ne sont pas trop volumineuses, elles offrent encore deux caractères pathognomoniques, la *mobilité dans les changements d'attitude* et les *excursions respiratoires*. Dans le décubitus latéral droit, leur contour se déplace vers la droite; il s'abaisse un peu dans la station debout. A chaque inspiration, la tumeur, comprimée par le diaphragme, s'abaisse pour remonter à l'expiration. Les déplacements respiratoires de la rate sont, il est vrai, moins étendus que ceux du foie, ce qui

tient à ce que la rate est en contact avec le diaphragme par une moindre surface.

Les abcès de la rate peuvent dans quelques cas rares développer des saillies limitées dans la région splénique.

Dans un cas que j'ai observé à la clinique de Frerichs, la rate, quoique nullement hypertrophiée, était accessible à l'inspection. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, cypho-scoliotique, qui, peu de temps après un accouchement difficile, en soulevant une lourde charge, avait eu la sensation de quelque chose qui s'était décroché dans son ventre et qui disait y avoir remarqué depuis une tumeur mobile. La malade avait des parois abdominales excessivement relâchées. Dans la fosse iliaque gauche, je reconnus l'existence d'une saillie semi-lunaire, à convexité inférieure et concavité supérieure. Sur son bord antérieur, on sentait parfaitement les échancrures spléniques, et sur sa face concave, on percevait les pulsations d'un vaisseau cylindrique. De plus, à l'emplacement normal de la rate, on ne trouvait point de matité splénique; on ne pouvait faire d'autre diagnostic que celui de *rate mobile*.

#### B. — PALPATION DE LA RATE

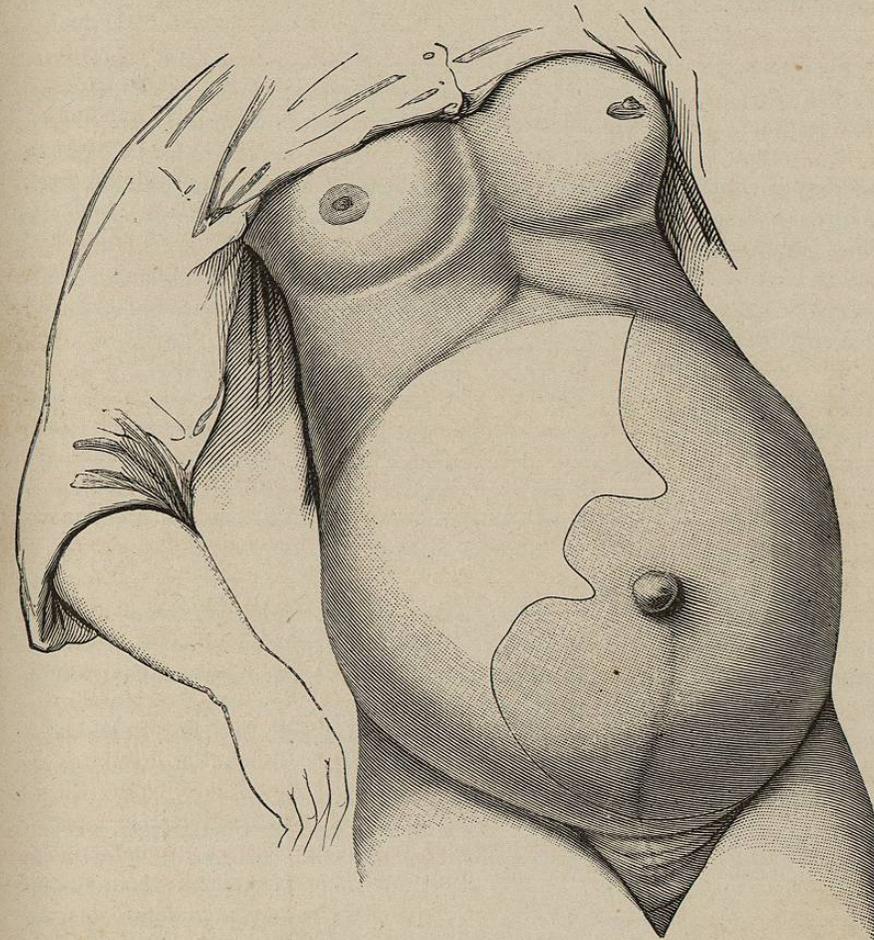
La rate saine, lorsqu'elle occupe son siège normal, est inaccessible à la palpation, même en se mettant dans les conditions les plus favorables (position diagonale droite dont nous allons parler, respiration profonde), la rate ne peut être sentie par la main. On ne réussit à palper la rate, que dans deux cas : quand il y a augmentation de volume ou déplacement de l'organe.

Dans les cas de *tumeurs spléniques* dures et très volumineuses, il n'est pas difficile de pratiquer la palpation de l'organe, quelle que soit la position du corps. Il faut, au contraire, certains artifices, lorsque l'accroissement de volume n'est pas très considérable et que la rate a une consistance molle. On fera prendre au malade la position diagonale droite, recommandée pour la première fois par Schuster pour l'exploration de la rate, c'est-à-dire une position intermédiaire entre le décubitus dorsal et le décubitus latéral droit et dans laquelle le malade repose sur l'omoplate droite. En même temps, ce dernier élève le bras gauche et le place derrière la tête. L'examen est plus facile quand le médecin se tient derrière et à gauche du malade. Il ne faut jamais explorer avec des mains froides et par des manœuvres brusques, parce qu'alors le malade contracte les parois abdominales, ce qui empêche toute palpation. Il sera bon de détourner son attention en causant avec lui; de cette façon, l'on obtient le relâchement des parois du ventre.

A l'aide des trois doigts réunis de la main droite on exercera une pression très légère, dans l'angle formé par l'extrémité libre de la 11<sup>e</sup> côte gauche et le cartilage de la 10<sup>e</sup> côte du même côté. Au moment d'une inspiration profonde, on sentira un corps arrondi en avant venir au devant des doigts un peu fléchis, pour disparaître en partie à chaque expiration derrière les fausses côtes gauches. Lorsque la tumeur splénique est de consistance très

molle, il peut arriver qu'on ne distingue pas de contours proprement dits, et qu'on ne perçoive qu'un accroissement diffus de résistance, au moment de l'inspiration.

On ne doit pas exercer avec les doigts à chaque inspiration de pressions trop énergiques, car si la rate hypertrophiée est très molle, on peut ainsi enlever toute netteté aux déplacements respiratoires de l'organe, et on s'ex-



Palpation de la rate en position diagonale droite. (EICHHORST, Path. interne.)

pose à une erreur sur laquelle l'attention a été attirée principalement par Leichtenstern. Si, les parois abdominales étant relâchées, on pénètre avec les doigts dans la profondeur au moment d'une inspiration énergique, on atteint parfois les dentelures costales du diaphragme, qui étant contractées, donneront à un observateur inexpérimenté la sensation d'un corps à arêtes obtuses se déplaçant au moment de l'inspiration.

La palpation est le meilleur procédé d'investigation pour le diagnostic des

tumeurs spléniques. Une rate que l'on sent par le palper et qui n'est pas déplacée est une rate hypertrophiée. Les résultats de la percussion de ce viscère sont au contraire souvent douteux, comme nous le verrons plus loin. Mais il ne suffit pas d'établir par le palper l'existence d'une tumeur splénique, il faut encore en obtenir des renseignements plus détaillés, sur la forme, les dimensions, la consistance, la sensibilité, la mobilité et l'état de sa surface.

**I. Forme.** — La rate en s'hypertrophiant conserve le plus souvent la forme *elliptique*. Cette forme typique ne disparaît qu'en cas de tumeurs vraies, telles que carcinome, lymphosarcome, kyste hydatique.

Il y a donc là un élément de diagnostic entre les hypertrophies simples et les hypertrophies dues à une tumeur maligne. Un caractère pathognomonique des tumeurs de la rate est fourni par la constatation de sillons sur le bord antéro-supérieur de la tumeur; leur nombre varie de un à quatre. Ces sillons, que la rate présente à l'état normal, augmentent notablement d'importance lorsque le viscère s'hypertrophie, et ils apparaissent alors très nettement à la palpation.

**II. Dimension.** — Le volume des tumeurs spléniques est essentiellement variable. Certaines envahissent la plus grande partie de la cavité abdominale. Hyrtl cite le cas d'un soldat hongrois, chez lequel on trouva à l'autopsie une rate hypertrophiée et indurée qui comprimait l'os iliaque gauche d'une façon telle qu'elle y avait créé un trou de la largeur d'une pièce de cinq francs.

**III. Consistance.** — La consistance d'une tumeur splénique dépend de son volume et de son âge. Les hypertrophies dues aux maladies infectieuses aiguës, sont ordinairement moins considérables et bien plus molles que les tumeurs chroniques, qui peuvent atteindre un extrême degré de dureté.

Les tumeurs spléniques peuvent offrir de la *fluctuation*. Barbieri a publié récemment une observation dans laquelle l'on trouva sur une tumeur splénique consécutive à un abcès, un point fluctuant qui fut incisé et traité chirurgicalement avec succès. Une fluctuation à petits flots, le frémissement *hydatique*, se rencontre dans quelques cas d'échinocoques de la rate. On en a observé un cas à la clinique de Skoda, mais le fait est extrêmement rare. Pour bien le reconnaître on se sert de la percussion plessimétrique, on percute à coups secs, et on prolonge la pause pendant laquelle le doigt ou le marteau reste appliqué sur le plessimètre. Le frémissement se perçoit alors sous forme d'une trémulation brève.

**IV. Sensibilité.** — Les tumeurs spléniques n'offrent d'habitude aucune sensibilité, à l'exception des tumeurs cancéreuses. Une compression exagérée peut, il est vrai, développer aussi une douleur sourde dans les autres cas; mais elle est plutôt le résultat des tiraillements de la capsule splénique que de l'irritation des nerfs du parenchyme splénique.

**V. Mobilité.** — Ordinairement les tumeurs spléniques sont *très mobiles*; on le constate par les mouvements respiratoires, les changements d'attitude et la pression. A chaque inspiration, l'organe hypertrophié s'abaisse, pour remonter pendant l'expiration. Dans la station verticale, la limite inférieure de l'organe hypertrophié est située plus bas que dans le décubitus dorsal; dans le décubitus latéral droit, il se déplace à droite et le plus souvent aussi de haut en bas. Par la pression, on peut la dévier dans toutes les directions; naturellement la déviation sera toujours plus prononcée dans un sens que dans les autres. Pour que la mobilité des tumeurs soit bien manifeste, il faut qu'elles atteignent un certain volume et une certaine consistance, sans cependant que ce volume arrive à être trop considérable.

**VI. État de la surface.** — La surface des tumeurs peut être lisse ou inégale et bosselée. Les bosselures résultent plus souvent d'affections du parenchyme de l'organe que d'une induration irrégulière de la capsule; tel est le cas dans le carcinome, le sarcome, les gommages, les kystes à échinocoques, les kystes et les abcès. On a pu quelquefois sentir à la palpation des saillies spléniques résultant de fortes dilatations variqueuses des veines spléniques (Cohnheim).

**VII. Frottement de la périsplénite.** — Nous avons à mentionner encore une particularité propre à la palpation des tumeurs spléniques. Quelquefois on perçoit en les palpant un *frottement sec* particulier, une sorte de grincement qui peut simuler complètement le *bruit de cuir neuf* de la pleurite. Tantôt ce frottement apparaît à chaque phase respiratoire, tantôt on peut le produire en déplaçant les parois abdominales à la surface de la rate, lorsqu'à la suite de phlegmasies, ordinairement chroniques, le revêtement séreux de la rate est devenu inégal, rugueux, épaissi et a contracté des adhérences avec les organes voisins. Beatty et plus tard Bright ont les premiers attiré l'attention sur ce fait; c'est pourquoi on donne encore à ces bruits péritonéaux tangibles et perceptibles à l'oreille le nom de bruits de frottement de Bright.

**VIII. Pulsations spléniques.** — Dans ces derniers temps, Gerhardt a signalé les *pulsations des tumeurs spléniques* chez des sujets atteints d'insuffisance aortique. Prior a observé aussi de ces pulsations sur des rates hypertrophiées, l'une à la suite de la fièvre typhoïde, l'autre à la suite de pneumonie fibrineuse. Il existait en même temps de l'hypertrophie du ventricule gauche. Drasche a vu des faits analogues.

**IX. Rate flottante.** — La rate est dite *mobile*, lorsqu'elle a abandonné sa position normale pour s'abaisser dans la cavité abdominale. Elle peut ainsi descendre jusque dans le petit bassin; Morgagni et Ruysch ont une fois trouvé ce viscère déplacé dans une hernie inguinale. Les anciens auteurs qui ont confondu la rate mobile avec l'utérus en gestation auraient évité l'erreur s'ils avaient pratiqué avec soin l'auscultation du soi-disant

utérus et l'exploration bimanuelle des organes du bassin. Tout récemment on a publié, en Angleterre, une observation où la rate déplacée était venue se loger au devant de l'aorte abdominale et fut prise au début pour un anévrysme de cette artère. L'absence d'expansions pulsatiles uniformes fit reconnaître l'erreur.

Ordinairement la rate mobile est facile à reconnaître à sa forme caractéristique. La tumeur semi-lunaire possède une face convexe inférieure et une face concave supérieure. Sur le bord antérieur, on sent un ou plusieurs sillons et parfois l'on réussit à atteindre sur la face concave un vaisseau animé de battements. Le plus souvent l'organe déplacé est très mobile et peut être ramené dans sa position normale. En même temps, les phénomènes de percussion se modifient, car tant que la rate demeure déplacée, la matité splénique fait défaut dans la région normale du viscère et ne reparait qu'après la réduction. La rate mobile peut être augmentée de volume et fortement altérée dans sa structure. Elle est d'habitude très peu sensible à la pression; la sensation douloureuse est qualifiée par les malades de sourde et d'impossible à localiser exactement.

On observe des déplacements de la rate moins importants, lorsque par suite d'épanchements liquides ou gazeux dans la plèvre, l'organe est fortement refoulé en bas avec le diaphragme; dans ces cas, la rate, quoique non augmentée de volume, peut être accessible à la palpation. Il faut cependant se garder de la confondre avec les saillies à convexité inférieure qui dans ces cas peuvent se développer sur le diaphragme.

X. Toux splénique. — Il nous reste à parler de la *toux splénique*. Il arrive parfois, en effet, que les malades atteints d'hypertrophie de la rate se mettent à tousser lorsqu'on comprime certains endroits du viscère. Si l'on renouvelle la compression trop souvent, la sensibilité tussigène s'émousse; et il faut attendre un certain temps pour reproduire le phénomène. Le léger ébranlement de la percussion lui-même est suffisant pour le provoquer. Les malades accusent un chatouillement particulier qu'ils ne peuvent localiser exactement, mais dont ils placent ordinairement le siège immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde. Il s'agit là évidemment d'une irritation mécanique des filets terminaux du nerf vague, qui se transmet aux nerfs tussigènes dans la moelle allongée.

#### C. — PERCUSSION DE LA RATE

La percussion de la rate présente de grosses difficultés et expose à bien des erreurs. Il arrivera souvent qu'on croira à une hypertrophie de l'organe alors qu'il n'en existe point; plus que partout ailleurs, il est nécessaire de contrôler par la palpation les résultats de la percussion. La palpation est bien supérieure à cette dernière pour la certitude des résultats.

La rate a une forme le plus souvent ovalaire allongée; son plus grand diamètre court parallèlement à la direction des côtes: son bord supérieur

suit la 9<sup>e</sup> côte; son bord inférieur suit la 11<sup>e</sup> côte; son extrémité postérieure et en même temps supérieure est donc tournée vers la colonne vertébrale et son extrémité antérieure et inférieure vers la ligne médiane. Ce n'est que rarement que la première est en contact direct avec la face latérale du corps de la 10<sup>e</sup> dorsale, elle en est distante ordinairement de 2 cent. (fig. 214). L'extrémité antérieure est située généralement contre la ligne axillaire et ne dépasse pas la ligne qui réunit l'extrémité libre de la 11<sup>e</sup> côte gauche à l'articulation sterno-claviculaire gauche et que l'on appelle ligne costo-articulaire. La largeur de la rate occupe le plus souvent un espace compris entre le bord supérieur de la 9<sup>e</sup> côte gauche et le bord inférieur de la 11<sup>e</sup>.

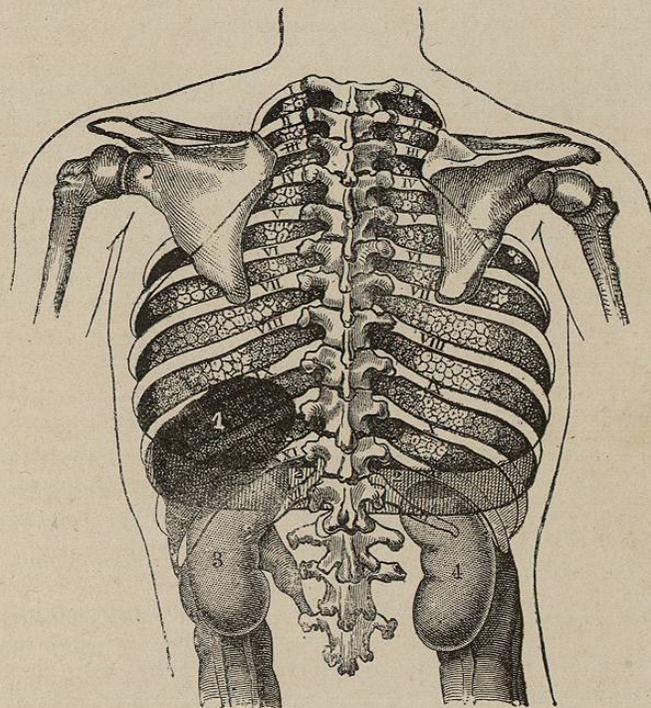


FIG. 214. — Position de la rate.

1. Rate. — 2. Espaces pleuraux complémentaires. — 3. Rein gauche. — 4. Rein droit.

La rate présente trois faces. La face externe convexe regarde la concavité du diaphragme; la face interne concave est située contre le fond de l'estomac et la face inférieure, la plus petite des trois, recouvre le segment supérieur du rein gauche. De cette dernière condition, il résulte, chose importante pour la percussion, que la matité splénique se continue directement en arrière et en bas par la matité rénale, de sorte qu'il est impossible de délimiter les deux organes par la percussion (fig. 214).

Chez les individus bien portants, il peut y avoir des anomalies de forme et de position de la rate. Celle-ci a souvent la forme d'un quadrilatère irrégulier