

lier, d'autres fois elle est très allongée, linguiforme; d'autres fois encore elle a plutôt la forme d'un disque. Il arrive souvent aussi que le diamètre longitudinal de l'organe ne suit pas le trajet des dernières côtes, mais leur est plutôt perpendiculaire.

Sur la figure 214, on voit qu'une grande portion du segment supérieur de la rate est recouverte par du parenchyme pulmonaire. Aussi seule la portion qui, non masquée par le poumon, est en contact immédiat avec la paroi thoracique, sera accessible à une percussion certaine. Si certains auteurs, J. Meyer notamment, ont voulu délimiter par la percussion la totalité du viscère, on a eu raison de douter des résultats qu'ils ont obtenus; leur prétention est vaine, ainsi que le montrent la théorie d'abord, puis les cas où la figure de percussion est en contradiction flagrante avec le volume réel de la rate.

Le segment splénique non recouvert par le poumon et accessible à la percussion est limité en haut par le bord inférieur du poumon. Son bord antérieur et supérieur apparaît sous ce dernier à la hauteur de la 9^e côte sur la ligne axillaire postérieure, et forme à ce niveau l'angle spléno-pulmonaire occupé par l'estomac et le côlon. L'extrémité splénique antérieure peut atteindre, nous le répétons, la ligne axillaire antérieure. À la hauteur du 10^e espace intercostal, elle se continue par le bord splénique inférieur, qui suit la direction de la 11^e côte et se croise avec le bord latéral du rein gauche immédiatement en avant de la ligne scapulaire gauche. Là nous trouvons l'angle spléno-rénal, qu'occupe le côlon descendant (fig. 214).

Il résulte directement de la situation anatomique de la rate, que le segment splénique non recouvert par le poumon est limité en haut par de la sonorité pulmonaire et sur les côtés par de la sonorité tympanique. Cette situation explique aussi les difficultés de la percussion splénique et montre combien l'erreur est facile. Les épanchements pleurétiques enkystés ou les infiltrations circonscrites du poumon gauche font supposer très facilement l'existence d'une hypertrophie liénale, lorsqu'ils occupent le voisinage de la limite supérieure de la rate. Les difficultés sont créées plus fréquemment encore par l'estomac et les intestins, car si ces organes sont remplis de masses solides, ils réaliseront aisément un faux agrandissement de la matité splénique. Aussi comprend-on que Piorry ait conseillé, pour plus de sûreté, d'administrer avant la percussion, un lavement destiné à vider le côlon; on fera bien, en tous cas, quand la rate soi-disant augmentée de volume n'est pas palpable, de laisser pendant quelques jours le diagnostic de tumeur splénique en suspens et de contrôler chaque jour les résultats de la veille. Une bonne purgation supprime souvent totalement ce qu'on prenait pour une rate hypertrophiée.

Un autre cas où la délimitation de la rate est impossible, c'est lorsque, dans certaines conditions pathologiques, le lobe gauche du foie empiète de beaucoup sur le côté gauche et est en contact immédiat avec la rate. De même, un épiploon riche en graisse, qui s'étend jusqu'à l'extrémité gauche du côlon transverse et l'écarte de la paroi thoracique, peut créer un faux accroissement d'étendue de la matité splénique.

Pour percuter la rate, on se sert habituellement de la *percussion faible*. Car tout se résume en ceci : tracer exactement les limites qui séparent la matité splénique du bord du poumon et des portions voisines de l'intestin. Il faut tenir compte du peu d'épaisseur du viscère, le maximum n'en étant guère que de 3 cent. Avec la percussion forte, on n'arrive quelquefois au but que quand l'estomac et l'intestin renferment des masses solides; on réussit alors, dans certains cas, à distinguer la matité splénique du son appartenant à ces deux organes.

On a pratiqué la percussion de la rate dans toutes les attitudes possibles. Schuster a eu recours, dans ses études, aux décubitus dorsal, abdominal, latéral droit, à la position assise et à la position diagonale droite. L'exploration dans le décubitus dorsal sert exclusivement pour les malades qui ne peuvent se placer sur le côté. L'examen dans le décubitus abdominal ou dans la position assise est incommode et ne présente pas d'avantage spécial. Dans le décubitus latéral droit, il arrive souvent, ainsi que l'a fait remarquer Schuster, que la crête iliaque se rapproche du rebord gauche du thorax jusqu'à contact intime; et l'on ne peut pas toujours éviter cet inconvénient en glissant des coussins sous le côté. Aussi la position diagonale droite, recommandée chaleureusement par Schuster, et la station verticale, prônée récemment par Ziemssen, sont-elles les meilleures attitudes pour la percussion de la rate. Dans la première, le bras gauche embrasse la tête, comme pour la palpation. On ne peut assez recommander de percuter la rate dans l'une et l'autre de ces positions et de comparer entre eux les résultats obtenus.

Voici comment on procède à la percussion de la rate dans la station debout : on détermine d'abord le trajet du bord inférieur du poumon gauche en cherchant à fixer successivement la limite inférieure de ce poumon à côté de la colonne vertébrale, sur la ligne scapulaire, et sur les lignes axillaires (fig. 215). À côté du rachis et sur la ligne scapulaire, il existe au-dessous du bord pulmonaire une matité qui se continue le plus souvent jusqu'à la crête iliaque et qui appartient tant à la rate qu'au rein avoisinant. Sur les trois lignes axillaires aussi, au-dessous du bord inférieur du poumon on perçoit un son mat; mais plus bas, vers le bord inférieur de la 11^e côte, ce son se transforme en sonorité tympanique. C'est à ce niveau que siège le bord inférieur de la rate. Pour délimiter l'extrémité antérieure du viscère, il est nécessaire en partant de la zone de matité splénique située en dedans de la ligne axillaire moyenne, de percuter en partie horizontalement vers la ligne médiane, en partie en rayonnant vers le haut et le bas, et toujours en dedans. La limite antérieure de la rate est obtenue ainsi par l'apparition de sonorité tympanique. Au niveau de la ligne axillaire moyenne, la hauteur de la matité peut atteindre 5 à 6 cent., dans certains cas rares même 7,2 cent. (Weil).

L'extrémité antérieure de la rate, comme l'exigent les rapports anatomiques, ne dépasse que rarement la ligne sterno-costale. Sur un très grand nombre d'observations, Schuster ne rencontra cette anomalie que dans 1/8 à 1/10 des cas. Donc l'extrémité antérieure de la rate reste en moyenne éloignée de 4 à 5 cent. du rebord des fausses côtes gauches. Il est vrai que

Leichtenstern remarque avec raison que la direction de la ligne sterno-costale dépend uniquement des conditions de structure du thorax, avec lesquelles le volume de la rate n'a pas de rapports directs. On ne peut donc s'étonner qu'en cas de thorax très long et très étroit la ligne en question soit dépassée par l'extrémité antérieure de la rate, alors qu'en cas de thorax très large cette extrémité reste de beaucoup en deçà de cette ligne.

Les limites de percussion de la rate dépendent essentiellement de l'attitude du corps et des mouvements respiratoires. Déjà dans la position diagonale droite, les limites sont un peu différentes, parce que dans cette position le bord inférieur du poumon s'abaisse de 2 à 4 cent. Par suite, la limite supérieure de la rate s'abaisse nécessairement d'autant, et comme ce viscère ne supporte pas un déplacement aussi prononcé, la matité splénique se rétracte d'environ 1 cent. en surface. L'extrémité antérieure de la rate se

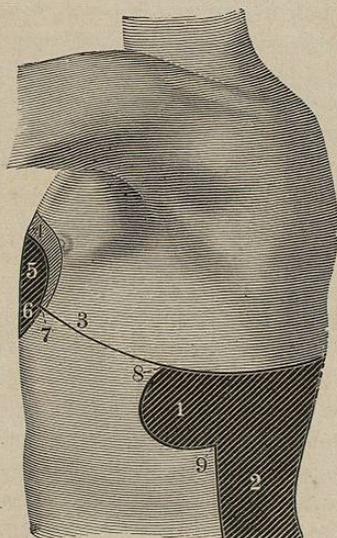


FIG. 215. — Forme de la matité splénique.

1. Matité splénique. — 2. Matité rénale. — 3. Bord inférieur du poumon gauche. — 4. Grande matité cardiaque. — 5. Petite matité cardiaque. — 6. Prolongement gauche de la matité hépatique. — 7. Angle hépatopulmonaire. — 8. Angle spléno-pulmonaire. — 9. Angle spléno-rénal.

déplace en bas et en avant, de façon à dépasser fréquemment un peu la ligne costo-articulaire. La position abdominale, elle aussi, influe sur la situation de la rate et par conséquent sur sa figure de percussion; d'après Schuster, en ce cas, l'extrémité antérieure de l'organe se porte en avant, la totalité de l'organe prenant une position se rapprochant davantage de l'horizontale.

Sur les déplacements respiratoires de la rate, les études de Gerhardt nous ont fourni des détails très précis. Dans l'inspiration profonde, la matité splénique diminue d'étendue et s'abaisse d'un centim. par sa limite inférieure; bien plus, dans l'inspiration profonde, le malade étant dans le décubitus latéral droit, cette matité peut être supprimée à l'exception d'une

petite bande inférieure. La diminution inspiratoire considérable de la zone de matité splénique est due à ce que le déplacement du bord inférieur du poumon gauche est plus prononcé que le déplacement inspiratoire de la rate.

La réplétion de l'estomac et du côlon n'est pas non plus sans influence sur la position de la rate et sa figure de percussion. C'est ainsi que Leichtenstern a montré qu'en cas de météorisme stomacal le bord supérieur de la rate s'abaisse et prend une position se rapprochant plus de la verticale.

A l'état pathologique, on constate ou l'absence, ou la diminution, ou l'augmentation de la matité splénique.

La *matité splénique fait défaut* naturellement dans les cas où il n'existe pas de rate. Ces cas sont de nature congénitale et excessivement rares. Meinhardt en a décrit un jadis; d'autres ont été publiés depuis par Koch et Wachsmuth.

La matité splénique peut disparaître, lorsque la cavité péritonéale renferme des gaz. Ceux-ci s'insinuent entre la paroi thoracique et la rate, écartent celle-ci de celle-là et transforment la zone de matité splénique en zone tympanique.

L'absence de matité splénique s'observe également dans les cas où la rate a subi un fort déplacement de haut en bas (rate mobile); mais on la reproduit, en replaçant l'organe dans sa position primitive.

La transposition des viscères constitue une forme spéciale de déplacement splénique. Dans ces cas, la matité liénale siège non plus à gauche, mais à droite; à sa place, on trouve la matité hépatique. Ordinairement aussi le cœur est situé à droite; toutefois, dans ces derniers temps, Salomone-Marino a publié une observation où les viscères thoraciques avaient conservé leur position normale, alors que le foie et la rate avaient échangé la leur.

Il y a des individus bien portants, chez lesquels la matité splénique manque. Schuster en a vu plusieurs exemples. Cela arrive notamment chez les gens d'un certain âge; vers la vieillesse, en effet, la rate subit une notable diminution de volume. Mais le même phénomène peut encore être provoqué par une forte distension de l'estomac et du côlon par des gaz.

La *diminution de la matité splénique* se rencontre avec son maximum de fréquence dans l'emphysème alvéolaire du poumon. Cela tient à ce que le poumon plus volumineux recouvre une plus grande portion de la rate. Le météorisme agit d'une façon analogue en refoulant la rate de bas en haut dans la profondeur de la voûte diaphragmatique. Il en est encore de même pour l'ascite; seulement dans ce cas la matité splénique se continue souvent directement avec la matité du liquide.

En ce qui concerne la valeur diagnostique de l'*augmentation d'étendue de la matité splénique*, elle n'est pas considérable lorsque la palpation ne permet pas de reconnaître une hypertrophie de la rate. Il faut surtout être très circonspect lorsque la matité splénique donne, dans les différentes attitudes du corps, des figures très dissemblables. Il faudra aussi ne pas se laisser tromper par les modifications notables survenues d'un jour à l'autre

ou après des selles copieuses préalables. Enfin on n'oubliera pas que la rate hypertrophiée conserve la forme générale de la rate normale.

Les hypertrophies peu prononcées de la rate se traduisent par l'accroissement du diamètre vertical de la matité splénique au niveau de la ligne axillaire moyenne. En ce cas, la limite inférieure de l'organe s'abaisse, tandis que la supérieure remonte en refoulant le bord inférieur du poumon. En même temps, les angles spléno-pulmonaire et spléno-rénal changent forcément de place. Le refoulement du poumon a pour conséquence une déviation du cœur, en sorte que le choc de la pointe peut être déplacé jusque dans le 4^e espace intercostal. L'extension en largeur marche de pair avec un déplacement de l'extrémité antérieure du viscère. Ordinairement la matité d'une rate hypertrophiée est plus intense que celle de la rate normale, parce que l'organe augmente notablement d'épaisseur. Lorsque, l'hypertrophie progressant, la rate et le lobe gauche du foie, passant au devant de la paroi gastrique, se rejoignent, il se produit entre eux un angle spléno-hépatique.

On évitera facilement la confusion avec des tumeurs d'autres viscères abdominaux ; il est vrai que Magdalaine a publié un cas où le chirurgien extirpa, croyant enlever une tumeur ovarique, une rate atteinte de dégénérescence kystique (1).

D. — AUSCULTATION DE LA RATE

L'auscultation de la rate n'a qu'une importance tout à fait secondaire.

En cas d'épaississement et de rugosité de la capsule splénique, il se produit parfois des *bruits de frottement* péritonéaux, dont nous avons déjà fait mention à propos de la palpation. Ils sont tantôt en connexion avec les mouvements respiratoires ; tantôt on les provoque artificiellement par la pression sur le stéthoscope ; parfois aussi ce sont les contractions péristaltiques des anses intestinales avoisinantes qui leur donnent naissance. De même que les bruits de frottement pleuraux et péricardiques, ils peuvent

(1) Les principales causes de l'hypertrophie de la rate sont : 1^o les *maladies infectieuses* qui congestionnent cet organe, surtout la *fièvre typhoïde* ; 2^o la *cirrhose du foie* (atrophique ou hypertrophique) ; 3^o le *paludisme chronique* ; 4^o la *lymphadénie* ; 5^o les *tumeurs spléniques* (cancer, hydatides).

Il n'est pas douteux que c'est la palpation qui permet d'établir le plus sûrement le diagnostic d'hypertrophie de la rate ; mais encore faut-il que cette hypertrophie soit déjà considérable pour qu'elle soit accessible à la palpation. Or, il est des hypertrophies légères, impossibles à diagnostiquer par la palpation et accessibles seulement à la percussion ; et ces hypertrophies légères sont souvent très utiles à constater pour établir en diagnostic. Telle est, par exemple, l'hypertrophie légère qui existe au début de la fièvre typhoïde et dont la constatation est souvent si utile pour établir le diagnostic de bonne heure.

Citons aussi l'hypertrophie de la rate qu'un élève de M. Landouzy, M. Médail, a signalée dans la *tuberculose du premier âge* et qui pourrait servir au diagnostic de cette forme morbide souvent si obscure (Thèse de Paris, 1889).

parcourir tous les degrés d'intensité, depuis le frôlement doux jusqu'au bruit sec et bruyant de cuir neuf.

Dans certains cas, on perçoit au niveau de la rate des *bruits vasculaires*. Griesinger déjà les a rencontrés dans le stade de chaleur de la fièvre intermittente. Il les décrit sous le nom de bruits de souffle continu ou intermittents ; seulement il ne les rapporte pas aux vaisseaux spléniques, mais aux gros troncs veineux du bas-ventre. Mosler signale des susurrements particuliers qu'il entendit souvent dans la région splénique et même au delà, dans le stade de frisson de la fièvre intermittente. Ils étaient moins intenses dans le stade de chaleur et disparaissaient complètement dans l'apyrexie. Il les rapporte à la contraction « des artères spléniques, analogue à celle des autres artères, pendant le stade de froid de la fièvre intermittente ». Mosler a encore entendu ces bruits dans un cas de fièvre récurrente.

Enfin Schützenberger a rencontré, au niveau d'une tumeur leucémique volumineuse de la rate, un bruit artériel synchrone au pouls, qu'il compare, comme impression produite, à un bruit de souffle utérin. Quant à Gerhardt, il entendit un double son sourd au niveau d'une tumeur splénique pulsatile, chez un individu atteint d'insuffisance des valvules aortiques.