

## SIXIÈME PARTIE

# SÉMIOLOGIE DE LA RATE

### CHAPITRE I

#### SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

Par rapport au gril costal, la rate est située entre la VIII<sup>e</sup> et la XI<sup>e</sup> côte, son axe est oblique et parallèle au IX<sup>e</sup> espace; normalement, le cul-de-sac costo-diaphragmatique, l'angle gauche du colon et une partie de la grosse tubérosité de l'estomac la séparent de la paroi thoracique. Difficile par la percussion, la délimitation de la rate est possible par le *phonendoscope*. Son *extrémité antérieure* est à 6 centimètres au-dessus du rebord des fausses côtes, au milieu du VIII<sup>e</sup> espace chez l'homme, un peu au-dessous du bord supérieur de la IX<sup>e</sup> côte chez la femme.

**Technique de l'exploration splénique.** — La rate pathologique est bien plus accessible à l'exploration.

**Inspection.** — Quand la rate est très hypertrophiée, l'hypocondre gauche, comparé à l'autre, forme une *voussure* visible, obéissant aux mouvements respiratoires; elle entre en rapport direct avec la paroi abdominale qui peut être sillonnée d'un *réseau veineux* plus ou moins riche.

**Palpation.** — Elle permet d'apprécier la *surface* de l'organe, son *volume*, sa *consistance*. Pour palper la rate du *nouveau-né*, on couche l'enfant sur le côté droit, la tête près de l'explorateur, les membres inférieurs fléchis sur le tronc; l'index reconnaît les fausses côtes gauches et refoule la paroi abdominale de droite à gauche, du plan antérieur au postérieur (Macé).

Chez l'*adulte*, le palper, bimanuel ou non, se pratique dans le décubitus dorsal ou latéral droit; ou, dans la position gènu-pectorale, les cuisses toujours fléchies sur le bassin.

**Percussion.** — Elle ne donne que les limites apparentes de l'organe. Le malade est étendu sur le côté droit, le bras gauche relevé sur la tête. On percuté fortement, sur la ligne axillaire d'abord, puis sur une perpendiculaire abaissée de l'appendice xiphoïde sur cette dernière. On peut encore percuter sur le sujet debout, le corps un peu incliné à gauche, le bras gauche relevé (Quinquaud et Nicolle).

On dit la rate *hypertrophiée* quand sa matité dépasse les bornes suivantes (Guttman) : *en haut*, bord supérieur de la IX<sup>e</sup> côte; *en bas*, bord inférieur de la XI<sup>e</sup>; *en avant*, ligne axillaire médiane; en arrière, ligne scapulaire moyenne. Le diamètre normal varie de 5 à 8 centimètres.

Dans les infections, le météorisme fausse les résultats de la percussion, et, toute rate donnant une matité appréciable peut être tenue pour hypertrophiée.

**Auscultation.** — En auscultant certaines rates hypertrophiées (paludisme, fièvre récurrente, fièvre typhoïde, etc.), on constate un *souffle doux, systolique*, variant avec la pression du stéthoscope et comparé au souffle placentaire; son foyer maximum siège sur une verticale, parallèle à la ligne axillaire et abaissée du milieu de la clavicule.

**Phonendoscopie.** — L'examen de la rate peut bénéficier de ce mode d'exploration, déjà étudiée ailleurs (voy. auscultation).

**Déplacements.** — La rate hypertrophiée peut subir des déplacements plus ou moins considérables l'entraînant dans la région ombilicale, ou jusque dans la fosse iliaque; on ne devra pas l'oublier en l'explorant. On examinera en même temps, de parti pris, le foie ainsi que la plèvre et le poumon gauches (frottements ou congestion de la base associés à une altération splénique).

**Ponction de la rate.** — Certains diagnostics (recherche du bacille d'Eberth, de l'hématozoaire de Laveran, etc.) trouvent une base singulièrement précise dans l'examen microscopique et bactériologique du sang extrait de la rate par *ponction aseptique* (avec une seringue stérilisée et une aiguille en platine iridié). Cette pratique, passible de quelques reproches (hémorragies intrapéritonéales), devient le plus souvent inoffensive, si, à l'exemple de Cornil, on invite le malade à suspendre tout mouvement respiratoire pendant la ponction.

**Examen du sang.** — En face de toute splénomégalie de cause indéterminée, un *examen hématologique* complet s'impose (voy. Sang). Il portera surtout sur le chiffre des hématies, le nombre et les caractères des leucocytes, et, en certains cas, sur les *propriétés agglutinatives* du sérum à l'égard de telle ou telle bactérie.

**Signes fonctionnels.** — La *douleur splénique*, qu'elle soit *spontanée* (pesanteur, tiraillement, point de côté, irradié parfois vers l'épaule gauche ou le long du phrénique) ou *provoquée* par la pression, la respiration, les mouvements, n'est à considérer que si elle coïncide avec des signes physiques positifs. Il en est de même de l'*épistaxis* de la narine gauche et de la *toux splénique* réflexe que déterminent parfois la palpation et la percussion de l'organe.

## CHAPITRE II

### SÉMIOLOGIE SPÉCIALE

#### I. — SPLÉNOMÉGALIES AIGUËS INFECTIEUSES

Les infections aiguës entraînent, non toujours, mais souvent, une *tuméfaction de la rate* dont le diagnostic peut tirer grand parti.

**Infections d'origine parasitaire.** — Dans les unités principales de ce groupe, la *fièvre récurrente* et le *paludisme aigu*, les parasites répandus dans le torrent circulatoire, durant les accès seulement, sont, dans l'intervalle, réfugiés dans la rate.

**Fièvre récurrente.** — Les *spirilles d'Obermeier* (décrites ailleurs), agents pathogènes de la maladie, sont englobées et détruites dans la rate, par les *macrophages* ou leucocytes à noyaux lobés (Metchnikoff et Soudakéwitch). La rate peut, dans la fièvre récurrente, devenir cinq à six fois plus grosse qu'à l'état normal. L'hypertrophie qui précède le premier accès devient permanente, quand les accès se répètent et se rapprochent, elle s'accompagne souvent de souffle.

**Paludisme.** — La spléno-mégalie est commune à toutes les formes du paludisme, presque constamment associée à une anémie plus ou moins prononcée (voy. *Anémies spléniques*). Dès le *frisson* du premier accès, elle existe, donnant lieu parfois à des douleurs dans l'hypocondre et l'épaule gauches, diminuant ensuite peu à peu, pour disparaître à la fin de l'accès. Le *paludisme chronique* comporte une spléno-mégalie permanente, associée à de l'anémie et subissant des recrudescences, lors des paroxysmes aigus. Cette hypertrophie se manifeste à *la vue*, par une saillie de l'hypocondre gauche et de l'épigastre; *au palper*, par une tumeur dure, en forme de gâteau arrondi et étalé, à surface lisse, à bord mousse, descendant jusqu'au voisinage de l'ombilic; à *la percussion*, par une zone mate mesurant 20 à 25 centimètres sur son grand diamètre oblique, et 15 sur la ligne axillaire. La direction oblique vers l'ombilic, la forme aplatie et arrondie, sont plus particulières à la rate des paludéens chroniques, peu douloureuse et présentant le souffle splénique. L'hypertrophie extrême détermine, par compression, de la dyspnée, de la toux, des palpitations et des troubles digestifs. Au cours d'un accès pernicieux, l'état de la rate peut avoir une valeur diagnostique décisive. Dans la *cachexie palustre*, l'hypertrophie splénique peut faire place à l'*atrophie*.

#### Infctions microbiennes primitivement généralisées.

**Fièvre typhoïde.** — Le *bacille d'Eberth* se trouve dans les viscères, en particulier dans la rate, dès le début de la maladie. Celle-ci, dès le quatrième ou cinquième jour, est constamment tuméfiée. Son hypertrophie se traduit, chez l'adulte, à la fin de la première semaine et pendant la deuxième, par une zone mate, large de 10 à 12 centimètres et haute de 6 à 8, située un peu en arrière de la ligne axillaire, souvent sensible à la pression, surtout chez l'enfant. Après trente ans, l'hypertrophie est moindre; elle est nulle chez les typhiques âgés. Quand elle se produit, on la voit s'effacer après le quinzième jour, ne persistant qu'en cas de rechute imminente. Les *hémorragies intestinales* abondantes et répétées en provoquent aussi la réduction rapide.

Dans certaines épidémies, Leudet a vu coïncider avec l'hypertrophie de la rate celle du foie et des ganglions lymphatiques.

La spléno-mégalie offre, en matière de fièvre typhoïde, une haute valeur diagnostique; il est vrai qu'elle existe aussi dans la *granulie*; en cas d'hésitation, force est d'avoir recours à la ponction de la rate, pour pratiquer l'examen bactériologique du sang, ou, mieux, à l'épreuve du *séro-diagnostic* de Widal. La persistance de la tuméfaction splénique, durant la convalescence, doit faire redouter une rechute.