7. — Examen de la rate

A. — Inspection de la région splénique

La *voussure de la région splénique* indique l'*hypertrophie de la rate*. Ordinairement, la voussure fait défaut dans les hypertrophies aiguës de la rate, comme celles des maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, par exemple), parce que l'accroissement de l'organe est trop peu notable et que sa consistance est trop molle. Les lésions visibles décèlent donc surtout les *hypertrophies chroniques de la rate*. Elles occupent parfois une grande partie de l'abdomen, 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 pré-

les acides amidés et l'ammoniaque. Au début de certaines maladies du foie, alors qu'il y a suractivité de l'organe, on peut voir augmenter l'excrétion de l'urée. Plus tard, l'activité hépatique diminue, l'urée tombe à un taux très peu élevé (quelquefois 1 à 2 grammes en 24 heures); en même temps on voit augmenter l'excrétion des matériaux moins oxydés, de la leucine, de la tyrosine et même de l'ammoniaque, comme l'ont vu Stadelmann et Hallervorden dans la cirrhose hépatique.

2° *Recherche dans l'urine des substances albuminoïdes.* — Ce n'est pas seulement sur les matières azotées excrémentitielles que le foie exerce son action, il modifie aussi la peptone et l'albumine. Aussi, dans les maladies de cette glande, peut-on observer de la peptonurie et de l'albuminurie. La peptonurie a été signalée par Schulze et Riess et plus tard par Gerhardt dans l'empoisonnement phosphoré, c'est-à-dire dans une maladie destructive du foie ; on l'a rencontrée depuis dans l'atrophie jaune aiguë, la cirrhose, la congestion hépatique liée à la dilatation de l'estomac.

L'albuminurie a un intérêt double : tantôt c'est une albuminurie légère et passagère dépendant simplement d'un trouble fonctionnel du foie ; tantôt l'albuminurie coïncide avec la présence de cylindres urinaires, elle a alors une grande valeur pronostique. Elle indique que le rein a été secondairement atteint et doit faire craindre l'apparition des phénomènes d'ictère grave dus, comme on sait, à une insuffisance fonctionnelle des deux grands émonctoires de l'économie, le foie et le rein.

3° *Recherche dans l'urine des pigments biliaires. Urobilinurie.* — Nous ne parlerons pas ici de la valeur séméiologique des urines biliphéiques (Voyez : *Ictère* et *Examen des urines*). Mais l'urine peut contenir d'autres pigments, ayant une très grande importance au point de vue clinique, nous voulons parler de l'*urobiline*. MM. Engel et Kiener et M. Hayem ont fait une excellente étude de l'urobilinurie d'origine hépatique et en ont fixé la valeur séméiologique. L'urobilinurie, qui correspond à l'*hémaphéisme* de Gubler, est caractérisée par la présence dans l'urine de l'urobiline, qui y est ordinairement accompagnée d'un autre pigment, appelé le *pigment rouge brun*. La présence de ces pigments se reconnait facilement au moyen de réactifs chimiques (l'acide nitrique donne une coloration brun acajou) et surtout par l'examen spectroscopique après acidification. L'urobilinurie se rencontre au cours d'états morbides divers, et en particulier au cours des maladies qui déterminent des troubles fonctionnels

sente 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 a recours par conséquent à l'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.

J'ai observé une femme atteinte de *rate mobile* à parois abdominales

et des altérations organiques de la cellule hépatique : l'urobiline représente le pigment du foie malade. Dans les cirrhoses, dans l'alcoolisme chronique avec lésion du foie, dans la tuberculose, on peut trouver une urobilinurie légère, qui augmente s'il survient de la fièvre ou de la fatigue, c'est-à-dire des causes augmentant la destruction des globules sanguins ; l'hémoglobine mise en liberté se transforme dans un foie malade, non en bilirubine, mais en urobiline. L'urobilinurie n'a de valeur que lorsqu'elle est habituelle ou constante ; elle peut se rencontrer d'une façon transitoire dans les maladies aiguës (grippe, rhumatisme, pneumonie) où il y a destruction active de globules rouges et congestion hépatique.

La théorie hépatique de l'urobilinurie a été très contestée ; beaucoup d'auteurs ont soutenu que l'urobiline se formait dans l'intestin et qu'elle était résorbée lorsqu'elle se formait en trop grande quantité.

Actuellement on tend à admettre une théorie mixte, entéro-hépatique, d'après laquelle l'urobiline est normalement formée dans l'intestin et arrêtée par le foie. Quand elle est produite en trop grande quantité ou que le foie malade ne l'arrête plus, elle passe dans l'urine (Achard et Morfaux).

4° *Recherche de l'indican dans l'urine.* — D'après Gilbert et E. Weil, lorsque le foie est altéré, il n'arrête plus l'indican, qui résulte des putréfactions intestinales, et l'indicanurie serait un signe d'insuffisance hépatique. Mais ce phénomène se retrouve dans un trop grand nombre d'affections pour pouvoir être pris en considération.

5° *Recherche de la toxicité urinaire.* — Le foie étant normalement chargé d'arrêter une partie des poisons de l'organisme (Schiff, Roger), il en résulte que lorsque l'organe est malade un plus grand nombre de principes toxiques reste ou passe dans le sang, et de là est déversé dans l'urine. Aussi la toxicité de l'urine peut-elle donner des renseignements sur l'état de la fonction hépatique : elle est augmentée en cas d'insuffisance hépatique (Surmont). Dans ces dernières années, de nombreuses critiques ont été adressées à cette méthode (V. plus loin, *Examen de l'urine*), qui l'ont fait un peu délaisser par les cliniciens.

En dehors de ces procédés, qui sont basés sur l'étude de l'urine du malade (analyses chimique et physiologique), il en est deux autres destinés aussi à déterminer la valeur fonctionnelle du foie, qui sont des procédés expérimentaux, ne présentant d'ailleurs aucun inconvénient pour le malade.

excessivement relâchées : chez elle, malgré l'absence de toute hypertrophie splénique, j'ai réussi à reconnaître nettement, à travers les parois abdominales, la présence de la rate dans la fosse iliaque gauche.

B. — Palpation de la rate

La rate saine, lorsqu'elle occupe son siège normal, est inaccesible 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 d'*hypertrophies 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

6° *Epreuve de la glycosurie alimentaire.* — Normalement le foie arrête le sucre ingéré qui lui arrive par la veine porte, et qui y est emmagasiné sous forme de glycogène. Lorsque le foie est malade, le sucre n'est pas modifié et passe directement dans l'urine. Colrat observa le phénomène dans la cirrhose atrophique, en lui assignant d'ailleurs une autre interprétation, et la méthode suivante fut constituée : on donne au sujet étudié 120 à 150 grammes de sirop de sucre, on recherche la glycosurie dans les urines recueillies systématiquement après l'ingestion du sucre. Si les urines contiennent du sucre, c'est que la cellule hépatique est insuffisante. Cette méthode est passible de nombreuses objections, et son application a montré qu'elle était viciée par de multiples causes d'erreur. Néanmoins, elle n'est pas dénuée de toute valeur, à la condition que l'on emploie du glucose au lieu de saccharose, qu'on le fasse prendre à la dose de 100 grammes, que l'on s'enquière en même temps du pouvoir glycolytique des tissus (Achard et E. Weil), de l'état de la perméabilité rénale et de l'absorption intestinale (ingestion et injection hypodermique de bleu de méthylène).

7° *Epreuve du bleu de méthylène.* — L'élimination par l'urine du bleu de méthylène, injecté ou ingéré, selon le procédé que nous décrivons à propos de l'exploration des fonctions du rein, fournit un autre renseignement touchant l'état de la fonction hépatique. A l'état normal, le bleu éliminé colore l'urine d'une manière régulièrement progressive, puis régulièrement décroissante. Chauffard, Cavasse et Castaigne ont montré que, lorsque la cellule hépatique est atteinte dans son fonctionnement, l'élimination, au lieu de se faire d'une manière cyclique, est polycyclique ; c'est-à-dire qu'il y a des à-coups, et même des intermittences dans la coloration des urines par le bleu ; celles-ci sont successivement plus ou moins colorées, et peuvent même présenter des périodes de coloration, et cela durant tout le temps de l'élimination. Ce phénomène a une certaine valeur pour l'appréciation de la fonction hépatique ; cependant il peut se produire sous l'influence d'autres facteurs que le trouble de cette fonction.

Il en est d'ailleurs ainsi de tous les procédés que nous venons de passer en revue ; tous les phénomènes qu'ils mettent en lumière peuvent être déterminés par des conditions indépendantes d'altérations hépatiques ; il en résulte que l'un d'entre eux n'a pas, employé isolément, une valeur absolue, et qu'il est indispensable, dans l'examen méthodique de la fonction hépatique, d'associer tous les procédés, et de les contrôler les uns par les autres.

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 11e côte gauche et le cartilage de la 10e 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'expose à une erreur sur laquelle l'attention a été attirée principalement par Leichtenstern. Si les parois abdominables 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. La 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 plns loin. Mais il ne suffit pas d'établir par le palper l'existence d'une tumeur splénique, il faut encore 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 et lymphosarcome. Signe très caractéristique des hypertrophies spléniques dont on peut se servir surtout pour établir le diagnostic différentiel : on constate sur le bord antéro-supérieur de la rate hypertrophiée de 1 à 4 *sillons* (*crenæ lienis*, fig. 222). Ces sillons, que la rate présente à l'état normal, augmentent notablement de profondeur 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 5 francs.

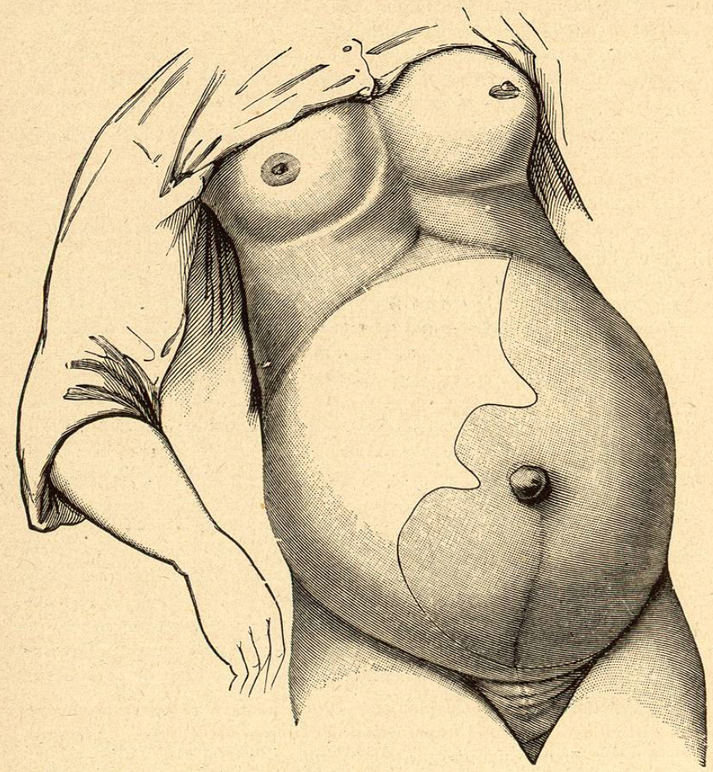

Fig. 222. — Rate leucémique considérablement hypertrophiée. Deux sillons sur le bord antéro-supérieur. (Obs. personnelle.)

III. **Consistance.** — La *consistance* d'une tumeur splénique dépend en partie de son volume, 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 par places 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, mais le fait est rare. Pour la recherche du frémissement hydatique, v. p. 637.

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 également 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 de la rate hypertrophiée* 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 l'infarctus, le carcinome, le sarcome, les gommes, 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 (Cohnhein).

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 frottements de Bright.