

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.

Typhus exanthématique. — La rate peut être grosse, au cours du *typhus*, mais non constamment; la pression profonde dans la région splénique éveille une douleur assez vive.

Tuberculose miliaire aiguë généralisée. — La diffusion des bacilles dans la rate, pendant la *granulie*, entraîne toujours une spléno-mégalie notable, plus marquée que dans la fièvre typhoïde. Celle-ci est plus considérable encore dans la tuberculose infantile, même chronique et comporte généralement des lésions concomitantes du sang.

Infections d'abord localisées et sujettes à se généraliser. — Dans le cours de ces infections, la rate, comme les autres viscères, est soit respectée, soit envahie par les germes pathogènes.

Pneumococcie. — La tuméfaction splénique est fréquente dans la *pneumonie*, quoique le pneumocoque n'envahisse la rate que dans les formes dites infectantes; l'organe est alors toujours très volumineux.

Streptococcie. — On constate la spléno-mégalie, au cours des *érysipèles graves*, de l'*infection puerpérale* et des *septicémies chirurgicales*.

Fièvres éruptives. — La rate n'est tuméfiée que dans les formes infectieuses malignes: *rougeole* et *scarlatine graves* (chez l'enfant surtout), phase d'invasion de la variole, *varirole confluente* (la rate reste petite dans la variole hémorragique).

Syphilis. — La tuméfaction douloureuse de la rate est habituelle à la période secondaire, surtout dans les cas de roséole confluente fébrile; la matité, en forme de poire, siège surtout en arrière de la ligne axillaire et diminue sous l'influence de la médication spécifique. La spléno-mégalie de la *syphilis tertiaire* est imputable soit à des gommes circonscrites ou disséminées, soit à la dégénérescence amyloïde. L'hypertrophie splénique constitue un important stigmatisme de l'*hérédosyphilis*, à laquelle on reconnaît une forme spléno-mégaly (Chauffard) qui comporte en même temps l'hypertrophie du foie. Chez les nouveau-nés, la rate, lisse, régulière, dure, forme un disque qui flotte plus ou moins dans l'hypocondre gauche.

Infections localisées avec intoxication générale. — La *diphthérie*, le *choléra*, le *tétanos*, infections à foyers microbiens circonscrits, émettent dans le torrent circulatoire des *toxines*, auxquelles on peut attribuer la spléno-mégalie propre à certaines diphthéries graves (cas de Roux et Yersin); elles déterminent en tout cas, dans la rate, des lésions très notables. La rate est considérablement réduite pendant la période algide du *choléra*.

II. — SPLÉNO-MÉGALIES PRIMITIVES

I. Spléno-mégalie primitive de Debove et Brühl⁽¹⁾. — Le terme de *spléno-mégalie primitive*, créé par Debove et Brühl, désigne une affection que caractérisent une hypertrophie notable de la rate et une ané-

(1) DEBOVE et BRÜHL, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 juillet 1892.

mie globulaire sans leucémie et sans adénopathies appréciables. Variable, le début est marqué: tantôt, par une *anémie progressive*, avec pâleur, asthénie, oppression, palpitations, mais sans anorexie, ni troubles digestifs, ni amaigrissement, tantôt, par des *crises de douleurs spléniques*, exagérées par la pression, s'irradiant vers le dos, l'épaule gauche et les lombes, crises imputables à des poussées de *périsplénite*, accompagnées de fièvre (38°,5, 39°), de nausées, de vomissements et de diarrhée, parfois même compliquées de pleurite sèche et de congestion pleuro-pulmonaire à la base gauche.

Ferme, lisse ou, plus souvent, bosselée, la rate grossit peu à peu, ou par poussées et finit par combler toute la moitié gauche de l'abdomen. Un peu accru, le foie déborde les fausses côtes d'un à deux travers de doigt. On ne constate jamais d'*ascite*; l'*ictère* est rare. Les *troubles digestifs* sont tardifs; on peut observer des *hémorragies* (hématémèses, épistaxis, purpura). A l'*examen du sang*, on constate: l'*hypoglobulie* sans leucocytose et l'abaissement, de moitié, du taux de l'hémoglobine. La *splénectomie* pourrait amener la guérison. La maladie aboutit d'habitude, dans un délai de 18 mois à 6 ans, à une cachexie mortelle avec albuminurie et œdèmes.

Diagnostic. — L'idée de *cirrhose* est infirmée par l'absence d'hypertrophie vraie du foie; celle de *leucémie*, par les caractères du sang. Un examen plus complet et plus méthodique est nécessaire pour éliminer les *spléno-mégalies secondaires* (paludisme, dégénérescence amyloïde, tuberculose) dont la cause n'est souvent révélée qu'à l'autopsie. La distinction est plus délicate, sinon impossible en certains cas, avec les syndromes connus sous le nom: d'*anémie splénique de Banti*, de *Strumpell* (voy. *Anémies spléniques*) et aussi avec la *tuberculose primitive de la rate*, avec anémie (rare).

II. Épithélioma primitif. — Cette forme d'hypertrophie primitive et progressive de la rate (Gaucher), s'accompagne de douleurs spontanées assez vives, d'hémorragies, de signes de compression; il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale.

III. — SPLÉNO-MÉGALIES CHRONIQUES

Le tableau clinique de plusieurs affections chroniques comporte des hypertrophies spléniques à développement lent. La rate, non déformée, coupée seulement d'encoches plus nombreuses et plus profondes, peut peser jusqu'à 2, 4 et 5 kilogrammes.

Maladies du sang⁽¹⁾. — **Anémie pernicieuse.** — On a noté quelquefois dans cette affection une tuméfaction légère du foie et de la rate.

Anémie infantile pseudo-leucémique (V. Jackeh et Luzet). — Dans la première enfance, l'hypertrophie splénique peut tenir: à l'*hérédosyphilis*, au *rachitisme*, et aussi à l'*anémie infantile pseudo-leucémique*. Dans ce syndrome, les enfants, somnolents et très pâles, ont la voix faible, le ventre

(1) Pour plus de détails, voy. le chapitre *Anémies spléniques*.

proéminent sans être tendu; la *rate* y forme une masse dure, à bord tranchant coupé d'incisures; le *foie* déborde les fausses côtes d'un ou deux travers de doigt. L'examen clinique ne relève aucun stigmate de rachitisme, de syphilis ou de tuberculose, aucune altération ganglionnaire; par contre, l'examen du sang permet de constater une *anémie grave* avec nombreux *globules rouges à noyau* et augmentation modérée du chiffre des leucocytes. La maladie peut guérir ou se transformer en leucémie vraie; elle tue généralement en quelques mois, un an au plus.

Leucémie. — Il existe une *forme splénique de la leucémie*, caractérisée, outre la lésion sanguine, par une mégalo-splénie quelquefois considérable, accompagnée, en certains cas, de douleurs pongitives et continues dans l'hypocondre gauche. La leucémie, tantôt précède la spléno-mégalie, tantôt lui succède (voy. *Leucémie*). Les ganglions restent indemnes ou, plus souvent, subissent, à leur tour, l'hypertrophie; ce qui constitue la *lymphadénie splénique leucémique*.

Maladies du cœur et des vaisseaux. — L'*asystolie*, surtout celle qui complique les lésions mitrales ou tricuspides, entraîne la stase splénique aussi bien qu'hépatique; mais la spléno-mégalie ne devient notable (*rate cardiaque*) que dans le syndrome *asystolie hépatique*.

Pyléphlébites. — La pyléphlébite, adhésive ou suppurée, surtout si la veine splénique est oblitérée, implique la tuméfaction de la rate, bientôt masquée du reste par l'*ascite*.

Affections du foie. — Les *ictères graves* de toutes formes impliquent une tuméfaction de la rate qui rappelle celle des maladies infectieuses.

La spléno-mégalie est très significative dans les *hépatites infectieuses*, notamment dans la *cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot*. La rate y est énorme, descendant souvent jusqu'à l'ombilic ou à la crête iliaque, lisse, ferme, souvent sensible (périsplénite); un souffle systolique y est fréquemment perceptible. Il arrive parfois, surtout chez les enfants, que l'hypertrophie splénique l'emporte sensiblement sur celle du foie (*forme spléno-mégalye* de Gilbert et Fournier).

Dans le cours, et surtout au début (période pré-ascitique) de la *cirrhose atrophique* on observe la tuméfaction de la rate; celle-ci ne serait pourtant pas constante et pourrait même, parfois, faire place à l'*atrophie* (Chauffard).

La spléno-mégalie est souvent aussi associée à la *cirrhose hypertrophique graisseuse des tuberculeux* et à la *cirrhose pigmentaire des diabétiques*. Elle n'est pas non plus exceptionnelle dans le *cancer du foie ou des voies biliaires*.

IV. — DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE

La rate est un des sièges d'élection de la *dégénérescence amyloïde* qui atteint d'habitude, en même temps, le *foie* et les *reins*. Cette hypertrophie, indolente, complique les cachexies (syphilis, paludisme, tuberculose) et les suppurations chroniques. Sa nature est en général dénoncée par l'hypertro-

phie hépatique concomitante et par la constatation d'une polyurie albumineuse spéciale.

V. — INFARCTUS DE LA RATE

L'*infarctus de la rate* succède à l'embolie ou à la thrombose, soit du tronc, soit d'une branche de l'artère splénique. L'origine embolique est la plus fréquente. Venu du cœur gauche ou de l'aorte, l'*embolus* est *aseptique* (endocardite chronique) ou *septique* (endocardite infectieuse). L'infarctus de la rate manque souvent d'expression clinique; on le soupçonne, au cours d'une endocardite, quand apparaît, dans l'hypocondre gauche, une douleur fixe plus ou moins vive.

VI. — ABCÈS DE LA RATE

Les abcès de la rate restent souvent latents, masqués par les signes de la maladie causale productrice d'embolies septiques (pyémie, endocardite infectieuse, fièvre puerpérale). Rarement, l'attention est éveillée par une recrudescence fébrile, coïncidant avec de vives douleurs dans l'hypocondre gauche irradiées vers l'épaule du même côté, et plus tard, exceptionnellement, avec de l'œdème et de la fluctuation localisée.

VII. — CANCER DE LA RATE

Le cancer de la rate est bien plus souvent secondaire que primitif. Ce dernier type forme une tumeur bosselée et inégale, parfois douloureuse. L'âge et la cachexie permettront seuls d'émettre cette hypothèse par exclusion.

VIII. — KYSTES DE LA RATE

Des *kystes hydatiques* peuvent envahir la rate (isolément ou non). Leur présence se trahit par des signes assez vagues: pesanteur, douleurs, voussure plus ou moins marquée dans l'hypocondre gauche; très rarement, frémissement hydatique. Un kyste volumineux peut déterminer des *troubles de compression*: dyspnée, vomissements, constipation, névralgies. L'état général reste intact; le diagnostic est vérifié par la ponction. Comme les kystes du foie, ceux de la rate peuvent suppurer et s'ouvrir dans le péritoine, la plèvre ou les bronches.

On a observé également des *kystes séreux* ou *hématiques* de la rate, parfois énormes, capables d'admettre jusqu'à 5 litres de liquide.

IX. — RUPTURES DE LA RATE

Provoquées par un traumatisme (chute, commotion) ou une cause légère (effort, toux, palpation), les ruptures de la rate impliquent, presque toujours,

une hypertrophie ou des lésions dégénératives préalables (paludisme, infarctus, suppuration); on les observe surtout dans les régions d'endémie palustre.

La *forme foudroyante*, la plus commune, prélude brusquement par une douleur abdominale, ou plus exactement, épigastrique, atroce, cause possible de syncope réflexe mortelle; en cas de survie passagère, apparaissent des signes de grande hémorragie interne: pâleur, algidité des extrémités, pouls filiforme, sueurs froides et syncope. La cause de la mort reste hypothétique.

La *forme rapide* laisse une survie de cinq à six jours; on constate les signes d'une *péritonite*: douleur abdominale, circonscrite, puis diffuse, vomissements porracés, accélération du pouls, facies hippocratique; mais ce syndrome est souvent plus vague.

Une *forme subaiguë*, également mortelle, est bien plus torpide, souvent à peine douloureuse.

Toujours très difficile, le *diagnostic* repose sur: les *antécédents* (paludisme) et la douleur splénique, très vive, suivie de signes d'hémorragie interne.

X. — RATE MOBILE

L'*ectopie de la rate* (saine ou hypertrophiée) s'observe chez les femmes amaigries, à la suite de grossesses répétées, et coïncide souvent avec d'autres *ptoses* (rein mobile). L'organe est plus ou moins déplacé; dans les cas extrêmes, il occupe la région ombilicale, l'une des fosses iliaques, le petit bassin; ailleurs, il est littéralement *flottant*, au gré de la palpation et des attitudes, à moins que des adhérences ne le fixent en position vicieuse.

Le diagnostic peut être fortuit. Le ligament gastro-splénique forme parfois une corde sensible, plus ou moins allongée; on soupçonne la nature de la tumeur à l'absence de matité dans la région splénique.

Il arrive aussi que la rate mobile provoque des douleurs plus ou moins vives (tiraillements, poids) dans l'hypocondre gauche, irradiées ou non dans l'épaule. La *torsion de son pédicule* peut éveiller des poussées de *péritonite aiguë*; les *adhérences* qu'elle contracte peuvent causer des *accidents d'étranglement interne*.

La rate mobile, surtout hypertrophiée, peut simuler des tumeurs abdominales de toutes origines (utérus, ovaires, rein, épiploon, etc.). Pour éviter l'erreur, il suffit d'y penser.

XI. — PÉRISPLÉNITE

L'irritation, aiguë ou chronique, de la capsule splénique et de son revêtement péritonéal, n'est pas rare, au cours des infections (aiguës ou chroniques); elle ne donne lieu qu'à des douleurs vagues, spontanées et surtout provoquées.

Le *phlegmon périsplénique*, suppuration en nappe, est une complication rare, mais possible, du paludisme, du typhus, de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale ou de l'endocardite infectieuse.

SEPTIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DE L'APPAREIL URINAIRE

CHAPITRE I

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

Chez les sujets supposés atteints d'une affection rénale, l'*examen des urines* est la première recherche à entreprendre. La pâleur, la bouffissure du visage, la pollakurie, l'oligurie, les indices d'insuffisance rénale (étudiés à l'article *Urémie*) éveillent souvent ces soupçons. L'analyse des urines, qui, du reste, doit être pratiquée systématiquement, chez tous les malades, sans distinction, comporte l'examen des caractères *physiques, chimiques et histologiques* des urines.

I. — EXAMEN CLINIQUE DES URINES

L'examen des urines comporte: 1° des *recherches indispensables*; 2° des *recherches complémentaires* et 3° des *recherches spéciales*.

1. **Recherches indispensables.** — Il importe d'abord de constater les *caractères physiques de l'urine*: *volume, densité, réaction, couleur, odeur, aspect, consistance, température*.

Volume. — Il est utile de mesurer chaque jour, les urines des vingt-quatre heures (du matin, à l'heure du lever, non compris la première miction, au lendemain y compris la première miction); dans ce but, on invite le malade à recueillir dans un bocal gradué (par litres et centilitres), toutes les urines émises, sans omettre celles qui accompagnent les garde-robes (le sujet urindra avant d'aller à la selle). Le bocal, couvert, est conservé dans un endroit frais: on additionne, si besoin, l'urine d'un peu de naphтол ou de salol, pour éviter la fermentation ammoniacale.

Densité. — La densité de l'urine est évaluée à l'aide de l'*uromètre* ou par la *méthode des pesées*.

L'*uromètre* est un flotteur formé d'une tige graduée de haut en bas (dont le 0 indique le point d'affleurement dans l'eau distillée) et d'un corps inférieur