CHAPITRE XI

EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les organes que nous allons étudier maintenant sont situés pour la plupart dans la cavité abdominale. Il ne sera donc pas superflu de signaler les points de repère qui facilitent notablement la localisation des phénomènes morbides du côté de cette cavité. On utilise pour cela des prolongements des lignes dont on se sert pour l'exploration des viscères thoraciques; en outre, le niveau de l'ombilic sert à la détermination de la hauteur.

Les divisions en régions admises par les anatomistes ne sont pas toujours suffisantes pour la localisation exacte. Pour les anatomistes, la paroi abdominale antérieure est divisée en régions hypogastrique, mésogastrique et épigastrique. Les deux dernières ont pour limite commune l'horizontale qui réunit l'extrémité libre des 12es côtes ; quant à la limite des régions mésogastrique et hypogastrique, elle est figurée par une ligne qui joint les deux épines iliaques antérieures et supérieures. Sur les côtés, la limite est formée par une ligne allant de l'articulation sterno-claviculaire à l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante.

La paroi abdominale latérale a été divisée en un segment supérieur (région hypochondriaque) et un segment inférieur (région iliaque) ; la paroi postérieure est constituée par la région lombaire.

---

1. — Examen de la cavité buccale.

L'exploration de la cavité buccale présente rarement des difficultés. Il suffit presque toujours de faire ouvrir la bouche largement, de saisir les lèvres et de les écarter des gencives, de faire élever la pointe de la langue, de faire enfin projeter la langue du malade, pour jeter un coup d'œil d'ensemble et pouvoir examiner successivement toutes les parties de la cavité buccale. Nous supposons évidemment qu'on dispose d'un éclairage convenable : pour cela, il n'y a qu'à placer le malade devant une fenêtre, à lui élever un peu la tête et faire ainsi pénétrer en plein la lumière du jour dans la cavité buccale. Parfois, il est nécessaire d'imprimer à la tête des mouvements de latéralité, pour avoir un jour suffisant. Il est clair que le médecin doit se placer aux côtés du malade, car sans cette précaution ce serait son propre dos qui empêcherait la lumière d'arriver sur la région à examiner.

A l'aide d'une *spatule buccale ou linguale*, on réussit à mieux voir les

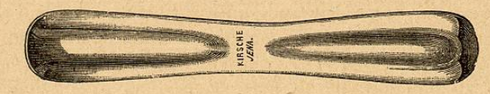

Fig. 175. — Spatule buccale. Demi-grandeur naturelle.

diverses parties de la cavité buccale. Dans la pratique, on peut employer à cet effet le manche d'une cuiller ordinaire ou d'un coupe-papier en bois. Chez lui, le médecin fera évidemment usage d'une spatule spéciale. On a donné à ces spatules des formes diverses. Je me sers, quant à moi, d'une spatule en métal blanc représentée par la figure 175. Après s'en être servi, on lavera soigneusement la spatule dans de l'eau phéniquée à 5 p. 100, sinon on s'expose au danger d'infecter d'autres malades avec les sécrétions contaminées de syphilis ou de tuberculose provenant de la cavité buccale d'une personne atteinte d'une quelconque de ces maladies.

Dans bien des cas, l'exploration de la cavité buccale échoue à cause de la mauvaise volonté du malade, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'aliénés. Ceux-ci serrent les lèvres et les arcades dentaires l'une contre l'autre avec une force telle qu'il faut des artifices spéciaux pour pouvoir arriver à introduire la spatule. Dans ce but on fermera énergiquement les narines de

l'individu et l'on profitera, pour l'introduction de l'instrument, du moment où le malade ouvre la bouche pour respirer. Dans ces cas, Sachs a proposé d'insinuer dans l'espace compris entre la dernière molaire et la joue une sonde mince, la barbe d'une plume ou une soie, de s'en servir pour titiller la luette et, au moment de l'apparition des mouvements de suffocation, d'introduire la spatule. Celle-ci une fois introduite, il ne sera plus difficile de déprimer la mâchoire inférieure et de créer ainsi à l'œil un accès facile dans la cavité buccale.

L'*examen microscopique* est parfois d'un grand secours pour l'exploration de la cavité buccale. C'est lui qui permet de déterminer la nature, parasitaire ou non, des dépôts blancs ou jaunâtres que l'on rencontre sur les organes intra-buccaux.

Lorsque l'édification du diagnostic exige qu'on recueille la sécrétion des grosses glandes salivaires, on introduira dans les canaux salivaires des tubes en verre très fins, mousses sur leurs bords et destinés à cet usage (1).

(1) Séméiotique de la langue. — On a, de tous temps, beaucoup discuté sur la valeur diagnostique de l'examen de la langue. Ces discussions viennent de ce qu'on a demandé à cet examen ce qu'il ne peut donner. La langue ne dénonce pas la maladie, mais l'état du malade qui en est atteint. Ses modifications acquièrent une grande importance dans les fièvres ; elles permettent, en effet, de résoudre le problème de la solidité du malade, ou, comme on disait autrefois, de la résistance des forces (Lasègue).

Nous ne ferons que mentionner ici les *lésions locales propres* à la langue ; celles-ci consistent en glosso-stomatites aiguës (érythémateuse, aphteuse, ulcéro-membraneuse, gangréneuse, et muguet) ou chroniques (mercurielle, des fumeurs, leucoplasie buccale), et en ulcérations (simples ou dentaires, syphilitiques, tuberculeuses, cancéreuses). Nous ne faisons que signaler aussi les troubles de la *motilité* : *tremblement* de la paralysie générale, de l'alcoolisme, du nervosisme, des états graves ; *paralysies* dues à une lésion du grand hypoglosse, ou celles qui accompagnent l'hémiplégie, la paralysie glosso-labio-laryngée, et l'atrophie musculaire progressive. Cet ensemble de troubles ne peut pas nous arrêter ici, car leur étude est du ressort de la pathologie interne.

Nous voulons surtout attirer l'attention sur les modifications de la langue dans certaines maladies générales, modifications qui ont une réelle importance en séméiotique. Comme nous le disions plus haut, cet examen indique très souvent la gravité du cas en présence duquel on se trouve. Les indications sont tirées du *volume*, de la *couleur*, de la *sécheresse*, et surtout des *enduits* de la face dorsale.

1° *Langue dite saburrale, catarrhale.* — La langue est augmentée de volume ; elle est œdémateuse, et garde sur ses bords l'empreinte des dents ; elle est humide et recouverte d'un enduit blanchâtre, très épais, très profond ; les saillies papillaires sont très accentuées.

L'enduit saburral, comme tous les enduits blanchâtres, est dû à une prolifération très active de l'épithélium, peut-être aussi à une diminution de la sécrétion buccale. On y trouve des microorganismes, peut-être en plus grande quantité que dans la sécrétion buccale normale.

Cet état de la langue correspond à un état semblable de l'estomac et de l'intestin ; c'est surtout dans ce cas que l'aphorisme ancien est applicable : la langue est le miroir de l'estomac.

En clinique, quand on constate cet état de la langue, on trouve en même temps des troubles digestifs presque toujours les mêmes : anorexie, soif, nausées, parfois vomissements, épigastre sensible, constipation.

Or, de deux choses l'une : ou ce syndrome constitue avec la fièvre toute la maladie, et alors on a ce qui a été appelé très improprement *embarras gastrique* ; c'est en réalité, une gastrite catarrhale légère, chez un individu qui habituellement digère mal (dyspepsie ou dilatation de l'estomac).

Ou bien ce syndrome accompagne une maladie fébrile, déterminée, telle que la grippe, la

pneumonie, la variole, et il indique alors une localisation accessoire de la maladie, ou, mieux encore, il est l'expression du mode spécial de réaction du tube digestif sous l'influence de la maladie primordiale.

Parfois l'enduit saburral est teinté en jaune par la bile ; le patient a la bouche amère ; on dit alors que la maladie affecte la forme *bilieuse*. Cette particularité tient à la polycholie qui accompagne l'état saburral ;

2° *Langue de la fièvre typhoïde et des états typhoïdes.* — Dans la fièvre typhoïde *bénigne*, la langue est d'abord amincie, rouge aux bords et à la pointe ; humide, blanche, couverte d'un enduit peu épais et visqueux sur la face dorsale. Vers le deuxième septénaire, l'enduit disparaît peu à peu ; la desquamation s'opère d'avant en arrière et suivant un triangle dont le sommet répond à la pointe de la langue (triangle typhique de la langue).

Dans les formes *graves* de la fièvre typhoïde, comme dans les états typhoïdes avec ataxo-adynamie, la langue se dépouille très vite ; elle apparaît rouge vif ; elle se dessèche et se raccornit (langue de perroquet) ; ou bien elle se couvre de croûtelles noires très adhérentes, appelées fuliginosités, qui sont dues vraisemblablement à de petites hémorragies se faisant jour par des crevasses et des fissures dont la langue ne tarde pas à se couvrir. Les gencives et la gorge participent du reste à ce processus. Cet état de la langue indique la déchéance progressive de l'individu, le défaut de résistance de l'organisme à la maladie ; il n'indique pas une aggravation des lésions locales. Associé au tympanisme, cet état de la langue doit faire porter un pronostic très grave, suivant l'aphorisme ancien : *Lingua arida et tympanitis, signa mortis imminentis.*

3° *Langue dite rhumatismale de Lasègue.* — Sous le nom de langue rhumatique, Lasègue décrivait une langue *molle et mince, pâteuse, blanchâtre à sa surface.* Dans quels états morbides observe-t-on cette langue ? Notre observation personnelle nous permet d'affirmer qu'elle n'est pas le propre de l'arthritisme ; nous l'avons rencontrée chez des individus atteints de *sténose nasale* qui étaient obligés de respirer par la bouche, chez des *dyspeptiques* et chez les individus qu'on désigne sous le nom d'*arthritiques*, que M. Lancereaux appelle des herpétiques, qui ont des troubles morbides dus au ralentissement de la nutrition (Bouchard), et qui sont en général des héréditaires.

4° *Langue des phtisiques.* — Que le patient ait ou n'ait pas de troubles gastriques, qu'il ait ou non de la fièvre, la langue est toujours, *au début de la phtisie*, nette et humide comme à l'état normal. D'où cette formule de Lasègue : tout patient qui a la langue nette et humide, qui mange de bon appétit et qui a de la fièvre le soir, est un phtisique.

Dans les *périodes terminales* survient une *gastrite* dont Marfan a décrit les lésions et les symptômes dans sa thèse inaugurale (*Troubles et lésions gastriques dans la phtisie*, 1887). Or, cette gastrite, on peut la diagnostiquer presque à coup sûr par l'état de la langue : la langue devient *rouge, sèche, dépouillée ;* elle acquiert les caractères des phases prodromiques du muguet ; et de fait, le muguet germe assez souvent dans la bouche des phtisiques atteints de gastrite.

On remarque quelquefois sur le rebord festonné des gencives, un liseré rouge vif. Frédéricq, Thompson et Stricker pensent que ce signe est le propre de la phtisie chez les jeunes gens du sexe masculin et que partant il pourrait servir au diagnostic. Nos observations personnelles ne nous permettent pas d'accepter cette affirmation.

5° *Dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue.* — M. Gillot (d'Autun) a remarqué sur le trajet des petits vaisseaux de la face inférieure de la langue des dilatations plus ou moins nombreuses et rappelant comme aspect et comme structure les anévrismes miliaires du cerveau. Il suppose qu'il y a une relation étroite entre ces dilatations ampullaires et les anévrismes miliaires du cerveau ; leur existence peut donc faire supposer la présence de ces anévrismes miliaires dans le cerveau et, par conséquent, faire pronostiquer l'imminence d'une hémorragie cérébrale, et, jusqu'à un certain point, permettre de les prévenir ; ce serait ainsi une sorte de *cérébroscopie linguale.*

En terminant, disons qu'on ne doit jamais oublier d'examiner les dents et les gencives. Sur les gencives on peut trouver, au bord libre, le liséré gris bleuâtre caractéristique du *saturnisme.* Les *dents* peuvent apparaître mal formées, mal plantées, échancrées, érodées : caractères qui sont un stigmate ou de syphilis héréditaire, ou de dégénérescence. (A.-B. Marfan.)

2. — Examen de la cavité pharyngienne.

Pour l'exploration de la cavité pharyngienne, on a recours à l'*inspection* et à la *palpation*.

A. — Inspection. — L'inspection directe du pharynx se borne à une petite zone, car, la bouche ouverte, la portion seule du pharynx est visible, qui se trouve en face de l'isthme du gosier. Les dimensions de cette zone varient considérablement avec les individus ; il y a même des personnes dont l'isthme du gosier est tellement étroit qu'on n'aperçoit pour ainsi dire rien de la paroi postérieure du pharynx.

La zone d'inspection s'élargit notablement lorsque, comme dans l'examen laryngoscopique, on fait fortement tirer la langue, pratiquer des inspirations profondes et prononcer les voyelles *a*, *e*. On provoque ainsi l'ascension du voile du palais et la dépression du dos de la langue, ce qui élargit considérablement le champ visuel.

On obtient plus encore en se servant d'une spatule linguale que l'on applique sur la base de la langue et sur laquelle on presse d'arrière en avant et de haut en bas. Si pendant cette manœuvre il se produisait des accès de suffocation, ces derniers serviront, ainsi que l'a fait remarquer Voltolini, à faciliter l'inspection de la profondeur du pharynx. On peut réussir, en ce cas, à apercevoir l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes et à faire pénétrer le regard jusqu'à une profondeur notable de la cavité pharyngienne.

Voltolini a recommandé aussi, pour certains cas, d'embrasser la langue du malade entre le pouce et l'index de la main gauche et, avec les 3e et 4e doigts de la même main, de relever vigoureusement la pomme d'Adam. Si en même temps on déprime énergiquement le dos de la langue avec une spatule, on arrive à voir assez facilement jusqu'au niveau de l'épiglotte.

Pour l'inspection *complète* de la cavité pharyngienne, il faut des appareils d'éclairage spéciaux. Celle des zones supérieures se pratique comme la rhinoscopie ; quant à celle des parois latérales et du segment inférieur le laryngoscope et ses accessoires suffisent.

Ajoutons que l'*examen microscopique* des dépôts siégeant sur les organes pharyngiens peut être d'un grand prix pour le diagnostic. L'examen microscopique des dépôts permet parfois d'y déceler la présence des bacilles de Lœffler, ce qui autorise à poser le diagnostic sûr de diphtérie.

L'existence des bacilles de Koch dans les sécrétions des ulcérations douteuses plaide en faveur de leur nature tuberculeuse, et ainsi de suite (1).

B. — **Palpation.** — La palpation du pharynx se pratique avec l'index de la main droite, que l'on introduit suivant le cas dans les régions supérieure ou inférieure de la cavité pharyngienne. On fera attention à ce qu'il n'y ait pas de plaie sur le doigt, sinon on s'expose facilement à une infection par des sécrétions syphilitiques, diphtériques ou tuberculeuses. Cette palpation est soumise aux mêmes règles que celle du larynx. Parfois il peut être nécessaire d'opérer un palper *médiat* à l'aide de sondes et de cathéters.

(1) Au point de vue du diagnostic des angines, il faut distinguer les angines chroniques et les angines aiguës ; et parmi ces dernières, les angines aiguës primitives et les angines aiguës secondaires à la scarlatine, au rhumatisme articulaire aigu, etc.

A. — Les *angines aiguës primitives* étaient autrefois distinguées en angines rouges (angine catarrhale aiguë, angine phlegmoneuse) et angines blanches (angine herpétique, pultacée, ou pseudo-membraneuse). On divise plus volontiers aujourd'hui les angines selon leur nature bactériologique ; et tout l'intérêt du diagnostic réside dans ce fait que l'une d'entre elles, l'angine diphtérique, offre une gravité spéciale et possède un traitement spécifique ; aussi, dans ces dernières années, a-t-on surtout insisté sur l'importance du diagnostic bactériologique. Partant de ce fait que le streptocoque et le pneumocoque peuvent déterminer des angines pseudo-membraneuses, comme le bacille de Lœffler ; que, d'autre part, le pneumocoque est très fréquent (Netter), constant (Bezançon et Griffon), à la surface de l'amygdale, on a voulu n'assurer le diagnostic d'angine diphtérique que sur l'existence du bacille de Lœffler reconnu par la culture sur sérum solide d'un fragment de fausse membrane. Pourtant la clinique suffit dans beaucoup de cas à affirmer le diagnostic, et la plupart du temps on observe une parfaite concordance entre les données et les présomptions de l'examen clinique, les résultats et les certitudes de l'examen bactériologique. Aussi M. Marfan a-t-il adopté les règles pratiques suivantes, qu'il a indiquées dans son enseignement :

1° Une angine aiguë primitive qui, dès le début, revêt la forme pseudo-membraneuse, doit a priori être considérée comme diphtérique et exige l'injection du sérum antidiphtérique avant l'examen bactériologique. Il est d'ailleurs toujours utile de faire celui-ci par la suite et même de le répéter, ce qui montrera presque toujours la nature réellement diphtérique de l'angine ;

2° Les angines pultacées, ponctuées ou diffuses ne doivent généralement pas être regardées comme diphtériques et n'exigent pas l'injection de sérum. Cependant, comme il est démontré qu'en quelques rares circonstances la diphtérie revêt la forme de l'angine pultacée, on devra en soupçonner l'existence si cette forme d'angine s'accompagne d'une adénopathie cervicale très prononcée, ou d'un coryza dont les caractères rappellent ceux de la diphtérie nasale, ou si elle coexiste avec une laryngite, ou enfin si elle s'est produite dans un milieu épidémique. En pareil cas, il appartient au médecin de juger d'après le degré de probabilité de la diphtérie si l'injection de sérum doit être faite immédiatement, ou s'il faut attendre le résultat de l'examen bactériologique pour décider de faire cette injection.

Dans le doute, si on suppose que la temporisation puisse nuire au malade, on fera une injection de sérum sans attendre le résultat de l'examen bactériologique ; cette injection n'offre aucun inconvénient ;

3° Les règles précédentes fournissent les indications de la sérumthérapie en l'absence de l'examen bactériologique. Mais cet examen sera fait toutes les fois qu'il sera possible ; il dirigera plus sûrement la pratique ; il est indispensable dans les cas douteux, pour pouvoir prendre en connaissance de cause les mesures prophylactiques nécessaires dans la famille, dans l'école, dans la salle d'hôpital, en un mot dans les collectivités dont le malade fait partie.

B. — *Angines chroniques et ulcérations de la gorge.* Les maux de gorge chroniques sans ulcérations sont représentés soit par l'hypertrophie des amygdales, soit par l'angine catarrhale chronique, dite aussi angine granuleuse, avec catarrhe rétro-nasal et troubles de l'ouïe.

Quand il existe des ulcérations, il faut songer à la syphilis (chancre, plaques muqueuses, ulcérations tertiaires, gommes), à la tuberculose, au lupus et au cancer.