

CHAPITRE XIV

EXPLORATION CLINIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les moyens d'exploration dont on dispose sont : l'examen physique, l'examen chimique, l'examen physiologique, l'examen microscopique¹.

I. EXAMEN PHYSIQUE

A. Langue

1° Caractères normaux :

A l'état normal, la langue est rosée, fraîche, humide, recouverte vers la base d'une légère quantité de sécrétion buccale, et ne présente pas d'empreintes. On y voit un certain nombre de papilles qui sont les organes du goût ; il y en a de trois espèces principales :

a) Les papilles *caliciformes*, au nombre de 10 en moyenne, rangées en forme de V ouvert en avant et dont le sommet occupe le foramen cœcum ; c'est le *V lingual*. Le *V lingual* est le siège principal du goût ;

b) Les papilles *fongiformes*, rangées en quinconce tout

¹ Nous avons adopté cette classification dans l'étude qui va suivre, parce que dans la pratique, et en dehors des services hospitaliers, on se contente, généralement, de l'examen physique seul ; c'est donc le plus important, et c'est la raison pour laquelle nous le donnons en premier lieu, et dégagé de tout ce qui pourrait le compliquer inutilement ou nuire à son application méthodique. On n'utilise les autres modes d'examen que dans des cas spéciaux et lorsque l'exploration physique seule ne suffit pas.

autour de la langue, sur les bords et à la pointe (de 150 à 200) ;

c) Les papilles *filiformes*, répandues sur toute la surface de la langue, mais surtout à la partie moyenne.

2° Caractères pathologiques ;

L'examen clinique de la langue se rapporte à son *volume*, sa *couleur*, son état de *sécheresse* ou d'*humidité*, la présence ou l'absence d'un *enduit* ; on procède à cet examen par l'inspection et par la palpation.

Signification des principaux caractères pathologiques :

La langue est *épaisse*, *large* (portant souvent l'*empreinte des dents*), *humide*, couverte d'un *enduit jaunâtre* dans l'*embarras gastrique* (*langue saburrale*) ;

Elle est *rouge*, *lisse*, *chaude*, *non douloureuse*, *non couverte d'enduit* dans la *scarlatine* et dans plusieurs autres *états infectieux* ;

Elle est *sèche*, *rugueuse*, \pm *brunâtre* vers la partie moyenne dans la plupart des *affections graves* ;

Elle est *dure*, *sèche*, *fendillée*, *couverte d'un enduit noirâtre* (*fuliginosité*) dans la *fièvre typhoïde* ;

Elle est *molle*, complètement recouverte d'un *enduit épais*, *blanchâtre* et *pâteux*, dans le *rhumatisme articulaire aigu* ; *pâle*, *décolorée*, *froide*, dans la *chlorose* et l'*anémie* ; *cyanosée*, *violette*, lorsqu'il y a un *obstacle à la circulation*. Chez les *fumeurs*, elle est parfois *rouge*, *gonflée*, *fendillée* et *douloureuse* à la pression, ou simplement recouverte d'un *enduit blanc jaunâtre habituel* ;

Enfin, la langue peut présenter des taches blanches formées surtout par l'*oidium albicans* (caractérisant le muguet) ; des *aphtes* coïncidant généralement avec des dérangements gastriques ; des *ulcérations indurées plus profondes*, en forme

de gerçures, dans quelques cas de syphilis; des *tumeurs* de nature variable (épithélioma, cancer, etc.); de la paralysie \pm complète dans certaines affections centrales; du *tremblement* dans l'alcoolisme ou l'intoxication saturnine.

B. Dents

Les *dents de lait*, au nombre de 20, apparaissent dans l'ordre suivant : les deux incisives médianes et inférieures, du 6^e au 8^e mois; les six autres incisives, du 7^e au 9^e mois; les quatre molaires antérieures (1 molaire de chaque côté, à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure), du 12^e au 15^e mois; les quatre canines, du 16^e au 20^e mois; enfin, les quatre dernières molaires (molaires postérieures), à la fin de la deuxième année.

La seconde dentition débute généralement de la 4^e à la 5^e année par l'apparition de la 3^e molaire; la chute des dents commence vers l'âge de 6 à 7 ans, et se fait à peu près dans le même ordre que leur apparition.

Les dents définitives sont au nombre de 32, comprenant, de chaque côté, deux incisives, une canine, cinq molaires. Vers 7 ans se présentent les incisives médianes; à 8 ans, les incisives latérales (les inférieures précèdent les supérieures); de 9 à 10 ans, la 1^{re} molaire; de 10 à 11 ans, les canines; de 11 à 12 ans, la 2^e molaire; de 12 à 13 ans, la 4^e molaire, et ordinairement de 16 à 30 ans, la 5^e et dernière molaire (*dent de sagesse*).

Au point de vue *clinique*, l'évolution dentaire que nous venons de décrire est importante à connaître, car elle est souvent chez l'enfant la cause directe ou indirecte des phénomènes pathologiques les plus *variés*; elle doit donc guider le médecin, surtout à l'époque de la première dentition, dans

un grand nombre de circonstances, et particulièrement à propos des conseils à donner pour le sevrage.

L'état des dents fournit quelques autres renseignements utiles à connaître :

La *carie dentaire étendue* indique ordinairement une mauvaise constitution; en outre, cette lésion peut devenir le point de départ de dérangements gastriques \pm intenses, résultant du broiement *incomplet* des aliments.

Chez les *goutteux* et chez les *diabétiques*, les dents se déchaussent fréquemment par suite de périostite et sans formation de carie.

Enfin, dans la *syphilis constitutionnelle*, les incisives, et surtout les supérieures, sont souvent petites, étroites, dentelées et présentent même des échancrures \pm étendues entamant le bord libre de la dent.

C. Œsophage

Chez l'adulte, l'œsophage a une longueur moyenne de 25 centimètres, et de cet organe à l'arcade dentaire il y a ordinairement 15 centimètres; lors donc que la sonde a pénétré de plus de 40 centimètres, il y a lieu d'admettre que son extrémité inférieure est engagée dans la cavité stomacale. A une distance de 23 centimètres de l'arcade dentaire, l'œsophage est en rapport, en avant, avec l'origine de la bronche gauche qui le croise; c'est à ce niveau également que l'œsophage présente son diamètre le plus étroit (22 millimètres).

Les lésions principales que l'on peut constater dans l'œsophage sont le *rétrécissement*, ou l'existence d'un *diverticulum* (poche formée par la paroi elle-même).

On explore l'œsophage par la *palpation* (au moyen de la sonde) et par l'*auscultation*.

On essaye d'abord l'introduction de la *sonde molle*, en caoutchouc ; pour cela, après avoir plongé la sonde dans l'eau tiède, on fait ouvrir la bouche au malade, la tête étant fortement penchée en arrière, et on pousse l'extrémité de la sonde sur la ligne médiane jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre la paroi postérieure du pharynx ; on imprime alors une légère pression ayant pour but de faire descendre le bec de la sonde, et en même temps on fait exécuter au malade un mouvement de déglutition ; ordinairement le bout de la sonde se trouve engagé dans l'œsophage, et s'il n'y a pas de rétrécissement par une pression *légère et continue*, combinée avec des mouvements de déglutition successifs, la sonde est avalée jusque dans l'estomac lui-même. Ces instruments portent généralement un trait servant de point de repère et permettant d'apprécier la profondeur à laquelle on est arrivé.

Si cette sonde est arrêtée par un obstacle, siégeant au delà du pharynx on recommence l'exploration en se servant de sondes plus rigides (tiges de baleine terminées par des renflements olivaires de volume variable ou sondes de caoutchouc durci), et l'on cherche à déterminer le diamètre du point rétréci ; on emploie aussi dans ce but des bougies spéciales (bougies exploratrice de Verneuil). Dans le cas où une sonde passe facilement, après avoir, dans une autre tentative, rencontré un obstacle infranchissable, on a probablement affaire à un diverticulum de l'œsophage.

L'*auscultation* de l'œsophage se pratique à la paroi postérieure du thorax, à gauche de la colonne vertébrale. On ausculte le bruit produit par le passage de la sonde, mais de préférence les bruits de déglutition.

A l'état normal, lorsqu'on fait avaler une gorgée de liquide, on entend, immédiatement après la déglutition, un

bruit de courte durée ; en cas de rétrécissement de l'œsophage, le bruit se produit plus tard, et il est affaibli ; lorsque le rétrécissement est très prononcé, le bruit de déglutition cesse même complètement au niveau du point rétréci. En pratiquant l'auscultation au creux épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde, on entend, en cas de rétrécissement, deux bruits : un premier, de courte durée, et se produisant immédiatement après la déglutition ; puis, quelques secondes plus tard, un second, plus long.

Lorsque la surface de la muqueuse œsophagienne est rugueuse, par la présence d'une tumeur, d'un exsudat, ou d'une ulcération à bords inégaux, le passage de la sonde aussi bien que celui des substances ingérées peut donner naissance à un bruit de frottement.

Au niveau des diverticula on entend souvent un véritable gargouillement.

Enfin un signe fréquent de rétrécissement ou d'oblitération du conduit œsophagien, c'est la régurgitation des aliments ou des boissons (non modifiés) presque immédiatement après leur ingestion.

D. Inspection de l'abdomen dans son ensemble

Cet examen doit *toujours* être fait, et a pour but de constater :

a) Le **volume** de l'abdomen pris dans son ensemble ; le ventre peut être déprimé en bateau (inanition, méningite, colique de plomb) ; il peut être *augmenté de volume* dans des proportions \pm considérables par *épanchement* (ascites d'origines diverses), par *météorisme* (péritonite ; certains états nerveux), par la présence de *tumeurs* (kyste ovarique), par la *grossesse* ;

b) Sa **conformation**; la paroi abdominale peut être régulière, unie, ou bosselée (tumeurs superficielles), ou inégalement développée dans ses diverses parties par augmentation de volume d'un *organe* (foie, estomac, colon transverse, rate, etc.); dans l'ascite modérée, lorsque le malade est couché, la partie centrale de l'abdomen est aplatie tandis que les régions latérales débordent à droite et à gauche;

c) L'état de la **peau**; celle-ci peut présenter des vergetures (par grosseur ou épanchements antérieurs), des lésions cutanées (éruptions, etc.); on voit aussi parfois les traces de ponctions anciennes;

d) L'état de la **circulation**; les vaisseaux cutanés peuvent être dilatés dans la région ombilicale (tête de méduse), ce qui indique une gêne de la circulation-porte; on peut constater des *battements*, isochrones avec le pouls, soit dans la région hépatique, soit au niveau de l'épigastre (lésions cardiaques ou états nerveux).

E. Examen de l'estomac

La plus grande partie de l'estomac (les 5/6 environ) est située à gauche de la ligne médiane (voir planche I et les diagrammes pages 298 et 299), et est en rapport avec la concavité du diaphragme; une très petite portion (1/6 seulement) est située à droite de la ligne médiane. Le *cardia* se trouve derrière le cœur; le *pylore*, recouvert par le lobe gauche du foie, est situé derrière la ligne latéro-sternale droite, et correspond à l'extrémité de l'appendice xiphoïde. Quant à la *grande courbure*, elle est à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic.

L'exploration de l'estomac se fait :

1° Par l'inspection;

Il existe parfois à la place du *creux* épigastrique une région notablement *soulevée*, à convexité dirigée en bas, et dont les limites indiquent la surface de l'estomac en contact avec la paroi abdominale antérieure. Cela se présente dans la *dilatation de l'estomac*.

On peut s'assurer de l'existence de celle-ci par la méthode de Frerichs, laquelle consiste à faire absorber aux malades des poudres gazeuses (acide tartrique et bicarbonate de soude), dans le but de porter l'estomac à son maximum de dilatation par le dégagement instantané d'une grande quantité d'acide carbonique. Nous avons vu qu'à l'état normal la grande courbure reste à quelque centimètres *au-dessus* de l'ombilic; si elle atteint la région *sous-ombilicale*, on peut en conclure qu'il y a dilatation pathologique de l'estomac.

2° Par la palpation;

Celle-ci fournit trois ordres de renseignements :

a) Par la palpation exercée modérément au moyen de l'*extrémité* d'un seul ou de deux doigts, on recherche l'existence de la *douleur*; celle-ci est diffuse, ou parfois (surtout dans l'ulcère) très nettement localisée (fréquemment à la région xiphoïdienne).

b) On pratique aussi la palpation, mais par la *face palmaire* de plusieurs doigts réunis sur la même ligne et appliqués à plat, pour reconnaître si la région épigastrique est *souple*, ou si elle est le siège d'*empâtements*, de *bosselures*, de *tumeurs*, etc.

c) Enfin, la palpation, exercée sous forme de *pressions successives des deux mains*, appliquées en des points diffé-

rents de l'épigastre, fait naître dans certains cas un *bruit de clapotement*.

3° Par la **percussion**;

Avant de pratiquer la percussion, il est indispensable de s'informer depuis combien de temps le malade a pris soit du liquide, soit un aliment solide; la présence de ces substances dans l'estomac modifie, en effet, la sonorité de cet organe qui, de tympanique, peut devenir mat. La percussion doit, autant que possible, être pratiquée à jeun; elle permet de déterminer la *limite supérieure* et la *limite inférieure* de l'estomac; les limites droite et gauche dépendent du développement \pm grand du lobe gauche du foie et de la rate.

a) *Limite supérieure de la sonorité tympanique de l'estomac*;

On a vu, planche I, que l'*espace de Traube* est une région tympanique limitée en bas par le bord libre des fausses côtes, à droite par le lobe gauche du foie, en haut par la pointe du cœur et la limite inférieure du poumon gauche, à gauche par l'extrémité antérieure de la rate. Nous avons dit aussi, page 228, que quand il n'y a pas d'épanchement pleural gauche, cet espace de Traube a une hauteur de 9 à 10 centimètres (jusqu'à la 6^e côte); la percussion de l'estomac dans cet espace a donc pour but de rechercher si la limite de la sonorité tympanique ne dépasse pas l'étendue que nous venons de lui assigner. Pour mieux pratiquer cette recherche, il est utile d'administrer préalablement les poudres gazeuses et d'examiner le malade debout.

b) *Limite inférieure de l'estomac*;

Le moyen le plus pratique de procéder à cette recherche consiste à faire prendre une certaine quantité de liquide au malade au moment de l'exploration, et à l'examiner debout.

La partie inférieure de l'estomac donne, dans ces conditions, une sonorité spéciale facile à distinguer de la sonorité tympanique du colon transverse. Si celui-ci renfermait des matières fécales, c'est la percussion de l'estomac *vide* qui donnerait les meilleurs renseignements.

Il est très rare cependant que la sonorité de l'estomac ne puisse pas être distinguée de celle de l'intestin, même lorsqu'elles sont l'une et l'autre tympaniques; la *hauteur* des deux sons n'est pas identique (voir ce que nous avons dit à ce sujet pages 8 et 234) et il est ordinairement très facile de dessiner les limites exactes de l'estomac.

La limite inférieure de l'estomac ne doit pas atteindre l'ombilic. Rappelons ici que, de même que les lésions du *lobe gauche du foie*, du *cœur*, du *poumon gauche*, de la *plèvre* ou de la *rate* peuvent modifier les limites latérales et supérieures de la *sonorité tympanique de l'estomac* (correspondant à l'espace de Traube) *sans qu'il y ait de lésion à l'estomac* lui-même, de même certains états pathologiques siégeant dans l'abdomen *au-dessous de l'estomac* (pneumatose péritonéale, météorisme, épanchement dans le péritoine, tumeurs), peuvent déplacer la limite inférieure de l'estomac, *celui-ci étant intact*.

Il est à remarquer, du reste, que la plupart des lésions que nous venons d'indiquer provoquent une *diminution* de la sonorité stomacale, ce qui ne fait pas généralement l'objet de la recherche. Il n'y a que le météorisme qui puisse simuler ou cacher une *augmentation* de sonorité vers l'ombilic.

La percussion peut servir à distinguer les tumeurs du foie de celles de l'estomac; les premières sont toujours *plus mates* que les secondes; en outre, les tumeurs du foie se déplacent par les mouvements de la respiration (dans la station debout), les tumeurs de l'estomac se déplacent peu ou point.

4° Par l'auscultation ;

On a pratiqué l'auscultation de l'estomac surtout dans les cas de dilatation de cet organe ; mais les signes fournis par ce mode d'exploration (phénomène de succussion, bruits de clapotement, bouillonnements, etc.), nous paraissent peu importants.

5° Par la sonde ;

Lorsqu'on désire connaître exactement le niveau de la grande courbure et que les renseignements recueillis par les procédés que nous venons de décrire sont insuffisants, on peut employer la sonde œsophagienne et l'introduire jusqu'à ce que son extrémité touche le fond de l'estomac (ce que l'on reconnaît parfois par la palpation) ; on peut aussi se servir du gastromètre de Thiébaud, qui se compose d'une sonde ordinaire terminée par une balle de plomb attachée à un fil, lequel passe dans la sonde. Dans l'un et dans l'autre cas, on mesure la longueur introduite et on la compare à la longueur normale qui est de 45 à 50 centimètres à partir de l'arcade dentaire ; si l'on perçoit l'extrémité de la sonde par la palpation, il suffit de constater si elle atteint l'ombilic, ou si elle reste à quelques centimètres au-dessus de ce point.

Ces procédés ne sont pas très recommandables dans la pratique.

F. Examen du foie

Les limites normales du foie sont suffisamment indiquées dans les planches I et II ; elles ont été décrites d'une manière générale pages 17, 18, 19 et 20. Nous rappellerons seulement que le bord supérieur de la matité longe le bord inférieur de la 6° côte, depuis son articulation sternale jusqu'à la ligne mamillaire ; que le bord inférieur suit le bord libre des

fausses côtes (*sans le dépasser*) depuis la ligne axillaire (entre la 10° et la 11° côte) jusqu'à la ligne parasternale droite ; à partir de ce point, il quitte le bord libre et se porte vers la ligne médiane qu'il coupe entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, pour atteindre le bord inférieur de la matité précordiale au niveau de la ligne parasternale gauche (dans le voisinage de la pointe du cœur).

Les renseignements *topographiques* qui précèdent sont généralement les plus importants, parce qu'ils restent les mêmes quels que soient l'âge et la taille du sujet. Dans certains cas cependant (*voir ci-dessous les déplacements du foie*), il est préférable de tenir compte des *dimensions* de la matité hépatique ; ces dimensions sont en moyenne chez l'adulte normal :

- De 12 centimètres sur la ligne axillaire ;
- De 8 centimètres sur la ligne mamillaire ;
- De 6 centimètres sur la ligne parasternale ;
- De 6 centimètres également sur la ligne médio-sternale ;

Transversalement, le lobe gauche dépasse environ de 5 à 6 centimètres la ligne médiane *vers la gauche*.

Pour déterminer ces deux dernières limites, il faut pratiquer la percussion *légère*, afin de ne pas obtenir le son tympanique de l'estomac ; de plus, il ne faut pas oublier que la matité précordiale fait suite sans interruption à la matité hépatique. (*Voir fig. 68.*)

On examine le foie cliniquement par la *palpation* et par la *percussion*.

1° Palpation.

On recherche trois caractères :

- a) Si le bord inférieur du foie ne *dépasse pas le rebord des*

fausses côtes, entre la ligne axillaire et la ligne parasternale droites (surtout *au niveau de la ligne mamillaire*);

b) Dans les cas où le foie dépasse le bord libre des fausses côtes, on s'efforce de déterminer par la palpation quelle est la *consistance* du foie, et quels sont les *caractères de la surface* convexe de l'organe (lisse, granuleuse, bosselée, etc.);

c) Enfin, la palpation permet encore de constater l'existence de *battements*; ceux qui sont localisés au lobe gauche sont dus aux pulsations de l'*aorte abdominale*; ceux qui se manifestent dans toute la masse du foie indiquent généralement une *insuffisance tricuspide*. (Voir *pouls veineux*.)

2° Percussion.

Elle se pratique de préférence sur la ligne *mamillaire* et la ligne *parasternale* droites; plus rarement sur la ligne *médiane* au-dessous de l'appendice xiphoïde (la limite inférieure de la matité sur cette ligne peut atteindre le milieu de l'espace séparant la base de l'appendice de l'ombilic, sans être anormale); enfin, on percute légèrement sur une ligne *transversale* passant par le milieu de l'appendice xiphoïde (la matité ne doit pas dépasser la ligne parasternale gauche).

Les *modifications* que l'on peut découvrir par l'examen du foie sont nombreuses, et dépendent autant de *causes étrangères au foie* que de *lésions siégeant dans cet organe*.

a) Le foie peut être *abaissé dans sa totalité*: dans l'*emphyseme pulmonaire*, le *pneumothorax*, l'*épanchement pleural*, l'*épanchement péricardique* (dans ces cas, les rapports topographiques changent, mais les *dimensions* de la *matité hépatique* restent les mêmes).

b) Inversement, il peut être *relevé*, soit par diminution de

volume du poumon droit, soit par augmentation de pression dans l'abdomen (par péritonite, ascite, pneumatose, présence de tumeurs, grossesse). Dans ces circonstances, l'étendue de la matité est généralement diminuée.

c) Il y a **augmentation de volume** du foie: dans la *congestion hépatique* (active), dans le *foie cardiaque* (congestion passive), dans le 1^{er} stade de la *cirrhose atrophique*, dans la *cirrhose hypertrophique*, dans le *foie gras*, dans la dégénérescence *lardacée* (foie *amyloïde*, foie *cireux*); ordinairement aussi dans le *cancer* du foie.

d) Il y a **diminution de la matité hépatique**: dans le *foie muscade atrophique* (foie cardiaque conjonctif ou sclérose cardiaque), l'*atrophie jaune aiguë* (*ictère grave primitif* ou *secondaire*), le 2^d stade de la *cirrhose atrophique*.

La matité peut être diminuée également par l'interposition du côlon transverse entre le foie et la paroi abdominale; enfin, la matité disparaît totalement sur la ligne médiane dans la pneumatose péritonéale.

e) Le bord antérieur du foie **dépasse le rebord des fausses côtes et devient dur** dans la *cirrhose*, la dégénérescence *amyloïde*; par la présence d'*échinocoques* multiloculaires; enfin, d'une manière moins prononcée dans le *foie gras*.

f) On constate des **inégalités** et des **bosselures** dans la période ultime de la *cirrhose*, dans la *syphilis* hépatique, les *abcès* du foie, le *carcinome*, le *kyste hydatique alvéolaire* (*échinocoques multiloculaires*). Au niveau des sacs à échinocoques, on décèle parfois l'existence d'une légère fluctuation.

g) La vésicule biliaire est quelquefois augmentée de volume et donne l'impression d'une tumeur arrondie siégeant en avant du rebord des fausses côtes, entre la ligne parasternale et la ligne mamillaire droites.