

CHAPITRE II

Symptômes fournis par la portion sous-diaphragmatique du tube digestif et ses annexes.

I. — Signes physiques.

Examen de l'estomac. — **INSPECTION.** — Hayem a montré que l'inspection de la région épigastrique est susceptible de nous renseigner sur l'état de l'organe, en nous montrant, — tantôt une saillie épigastrique, en rapport avec la dilatation de l'estomac ; tantôt un évasement supérieur du ventre, l'observant surtout chez les gros mangeurs ; — tantôt, une sorte d'enfoncement sous-sternal, en rapport avec une vacuité exagérée de l'estomac et qui s'observe dans l'inanition ou à la suite de vomissements répétés, etc.

PALPATION. — La palpation permet souvent de sentir les tumeurs cancéreuses de l'estomac, lorsqu'elles siègent au niveau du pylore, de la face antérieure de l'organe ou de sa grande courbure.

Pratiquée (sur des malades couchés sur le dos, les cuisses et les jambes fléchies), sous forme d'enfoncements brusques et répétés des trois doigts médians de la main droite accolés et incurvés, elle produit souvent un bruit auditif de clapotage qui indique la dilatation de l'estomac lorsqu'il est obtenu en un point quelconque de la région stomacale six heures après le repas, ou lorsqu'il est obtenu peu après le repas, au-dessous du milieu d'une ligne unissant le bord inférieur du thorax à l'ombilic ; il est parfois nécessaire, pour obtenir le clapotage d'un estomac dilaté, mais vide, d'introduire un quart de verre de liquide. Le clapotage de l'estomac ne doit pas être confondu avec celui du côlon transverse dilaté.

La palpation permet souvent encore de préciser le siège des douleurs rapportées à l'estomac.

PERCUSSION. — La percussion permet de constater si la sonorité stomacale dépasse ses limites normales, à savoir : trois travers de doigts au-dessous du rebord costal, lorsque l'estomac est vide ; deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, après les repas.

AUSCULTATION. — On n'ausculte, pour ainsi dire, jamais l'estomac, mais on doit s'informer si le malade perçoit lui-même des bruits anormaux, tels que le bruit de glou-glou lorsqu'il se tourne d'un côté ou de l'autre dans son lit et qui est également un indice de la dilatation de l'estomac. Il arrive parfois qu'en auscultant la respiration de personnes debout, on entend une série de bruits de glou-glou se produisant rythmiquement au niveau de l'œsophage ou de l'estomac, indépendamment de toute modification dans la position du corps, et accompagnant la respiration ; ce phénomène indiquerait, d'après Hayem, un état bilobé de l'estomac dû fréquemment à un corset trop serré, et s'expliquerait par le passage des gaz d'une poche dans l'autre à chaque mouvement respiratoire.

Examen de l'intestin. — **INSPECTION.** — L'inspection rend peu de services, sauf dans les cas d'*occlusion intestinale* et de *péritonite tuberculeuse à forme fibreuse ou fibro-adhésive* : — dans le premier cas, l'accumulation des gaz en avant de l'obstacle désigne souvent en relief, sur la paroi du ventre, les anses intestinales correspondantes, en même temps que l'état de vacuité de la portion de l'intestin, située en aval, entraîne une dépression correspondante, lorsque l'obstacle siège suffisamment haut (voir plus loin le paragraphe consacré à l'*Occlusion*) — dans le second cas, on peut voir « une paroi abdominale si bien appliquée et moulée sur les anses intestinales, qu'elle présente des saillies arrondies qui leur correspondent, et, entre elles, des dépressions produites par des adhérences qui attirent le péritoine pariétal dans les intervalles des circonvolutions » (Barrier).

PALPATION. — La palpation permet de reconnaître : — l'*entéroptose*, si bien étudiée par Glénard, et caractérisée par la chute de l'intestin ainsi que par celle des autres viscères abdominaux. Le ventre est flasque, atone, étalé en besace, dépressible par relâchement des muscles de la paroi abdominale. Au lieu d'être fermes et élastiques comme à l'état normal, les anses intestinales donnent la sensation de l'*intestin chiffon* (Langenhaghen), sensation qui peut être remplacée par une sensation de tension et de dureté lorsque la portion d'intestin qu'on palpe se trouve en état de spasme. La main perçoit aussi des modifications de calibre et constate une série de dilatations et de rétrécissements, variables du reste, suivant les individus, depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque. Habituellement le cœcum est dilaté, chez ces malades qui sont toujours des constipés. Le côlon transverse est ordinairement rétréci et donne la sensation de la corde colique ; parfois il est dilaté et donne lieu, sous la palpation, à des gargouillements et à du clapotage qu'il est important de ne pas confondre avec celui de l'estomac. L'S iliaque est presque toujours rétrécie et donne lieu à la corde iliaque qu'on sent plus ou moins parallèle à l'arcade de Fallope ; — les tumeurs de l'intestin ; — les scybales qui peuvent parfois, par leur dureté, en imposer pour des tumeurs ; — les *gâteaux péritonéaux* de la péritonite tuberculeuse (à forme fibro-caséuse), de dimensions très variables, pouvant siéger en un point quelconque de l'abdomen, mais se localisant pourtant, de préférence, au voisinage de l'ombilic et dans les fosses iliaques, et formées par des portions d'intestin englobées dans les fausses membranes péritonéales.

La palpation peut encore éclairer sur le siège des lésions intestinales, en provoquant de la douleur en certains points : — milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, dans l'appendicite (point de Mac-Burney) : — fosse iliaque droite dans la fièvre typhoïde ; — angles du côlon transverse et pourtour de l'ombilic dans l'entéro-colite muco-membraneuse ; — fosse iliaque gauche, au niveau du côlon descendant, dans la dysenterie, etc.

La palpation doit être complétée par le toucher rectal qui révélera souvent : — soit la présence d'hémorroïdes ; — soit la présence d'une grosse bille de matières fécales durcies, à demeure dans l'ampoule rectale, et gênant le cours des matières ; — soit un rétrécissement causé par la syphilis, ou par un cancer rectal, ou par un fibro-myome utérin comprimant l'intestin ; — soit un polype rectal, etc., etc.

PERCUSSION. — La percussion de l'intestin permettra parfois de compléter les renseignements déjà obtenus par les autres modes d'exploration, en révélant, par exemple, — soit une sonorité exagérée dans les cas de tympanite, — soit de la matité, au niveau de l'appendice enflammé, ce qui doit faire craindre l'abcès ; — soit, dans la péritonite tuberculeuse à forme fibro-adhésive, des zones de matité et des zones de sonorité, séparées par des lignes sinueuses, et indiquant la disposition réciproque des adhérences et de l'intestin ; — soit de la sonorité sur le trajet de l'intestin surnageant au-dessus d'une ascite ou contournant un kyste de l'ovaire, etc.

L'**AUSCULTATION** peut faire percevoir des frottements péritonéaux.

Examen du foie. — L'**INSPECTION** de l'hypochondre droit révèle souvent une voussure plus ou moins prononcée de la région, en rapport avec le foie considérablement hypertrophié qui soulève les fausses côtes et qui refoule la paroi abdominale sous-jacente.

La **PALPATION** permet souvent de sentir, comme une masse consistante sous-jacente à une paroi souple, le foie hypertrophié descendant plus ou moins bas, en envahissant plus ou moins la région épigastrique lorsque l'hypertrophie porte également sur le lobe gauche. Il est généralement assez facile de circonscrire le bord inférieur de l'organe qu'on peut dessiner sur la paroi ventrale et qu'on peut sentir tranchant comme à l'état normal (foie paludique) ou fissuré (syphilis), arrondi, résistant ou non. Parfois on peut même sentir la surface de l'organe, semée de granulations dans les cas de cirrhoses ou parsemée, soit de nodosités, en forme de mar-