

Les troubles mécaniques ne restent pas isolés; ils ont pour conséquence inévitable des troubles dans les phénomènes chimiques de la digestion; l'obstacle apporté à l'évacuation détermine la rétention alimentaire, une gastrite hyperpeptique dont la constatation peut même détourner l'attention du médecin de l'origine première des accidents, c'est-à-dire des troubles statiques.

Signes physiques. — Ces signes donnent la clef du diagnostic, les troubles fonctionnels n'ayant qu'une valeur relative. Les résultats de l'exploration méthodique de l'abdomen sont en général si nets, qu'ils équivalent, suivant l'expression de M. Glénard, à une sorte d'autopsie faite sur le vivant.

Inspection. — a) *Du thorax.* — Révèle les signes extérieurs de la compression de la taille (dépression costale, évasement de l'orifice inférieur du thorax, angle xiphoidien plus aigu; dépression sterno-ombilicale plus marquée si l'estomac est abaissé en même temps que disloqué.

b) *De l'abdomen.* — L'abdomen doit être examiné quand le malade est dans le décubitus horizontal et quand il est debout.

Dans le décubitus horizontal, le ventre est en général étalé, s'affalant sur les côtés; il oscille et ballote à la moindre secousse, « donnant l'impression d'un contenant devenu beaucoup trop grand pour le contenu » (Bouverel).

Toutefois le relâchement de la paroi abdominale n'est pas toujours aussi apparent; souvent, chez les sujets très amaigris, le ventre est plutôt rétracté, creusé en bateau, avec saillie exagérée des os de la cavité thoracique et iliaque.

Lorsque le malade est debout et qu'on l'observe de profil, on constate nettement que le ventre est déprimé de l'épigastre à l'ombilic et globuleux dans la région sous-ombilicale; que parfois même il forme comme une besace.

Quand le malade s'assied, la proéminence s'accroît. Il n'est pas rare de constater une hernie ombilicale, signe de laxité de la paroi.

L'ombilic se présente souvent comme s'il était tiré en arrière et en bas, dans la direction du promontoire.

Chez les sujets très maigres, on peut voir les mouvements péristaltiques de l'estomac, parfois même le relief de la petite courbure (mais celui-ci surtout après insufflation). On peut voir encore dans le flanc droit le cæcum formant un ovoïde saillant, bien limité.

La peau présente souvent des vergetures; elle offre parfois l'aspect d'une membrane flétrie, considérablement ridée.

Palpation. — La palpation méthodique constitue le moyen de diagnostic par excellence.

Le degré de dépressibilité de la paroi renseigne sur la *tension abdominale*. Parfois on croit palper un ventre en caoutchouc, les intestins sont bosselés, saillants.

Un autre élément d'appréciation de la tension réside dans l'étude de la ligne blanche: on peut parfois, dans le décubitus dorsal, pénétrer entre les droits et « entrer dans le ventre », pour palper les organes. Dans ce cas, si l'on conseille au malade de se redresser, on voit se former un énorme boudin vertical par la poussée de l'intestin entre les bords contigus des droits.

On détermine parfois une *douleur* à deux travers de doigts à partir et au-dessus de l'ombilic (côlon transverse) et à l'extrémité de la neuvième côte droite (foie), dans le flanc droit (cæcum).

La palpation permet encore de constater la *transmission à l'épigastre des battements aortiques*, M. Glénard en fait un signe de l'entéroptose; la rétraction et le prolapsus du côlon transverse rendraient plus apparente la pulsation de l'aorte. Remar-

quons toutefois que ces battements s'observent chez des hommes et des femmes amaigris, atteints d'hystérie ou de neurasthénie, mais exempts d'entéroptose.

La palpation permet de constater le bruit de *clapotage* qui existe indifféremment dans les cas de dilatation et de dislocation verticales.

Il peut exister, d'autre part, des *bruits gastriques rythmés par la respiration*, bruits de glouglou, isochrones aux mouvements respiratoires, indépendants de la volonté. On entend deux bruits: l'un plus court, au moment de l'inspiration, l'autre plus long, au moment de l'expiration. Clozier, Bouveret, Chapotot ont rapporté ces bruits à leur véritable cause qui est la biloculation de l'estomac, déterminée par la compression du corset.

Les mouvements respiratoires du diaphragme et de la paroi abdominale font circuler les liquides gastriques dans les deux poches communiquant par un orifice rétréci, que forme l'estomac biloculaire. Il en résulte une collision de gaz et de liquides produisant un gargouillement rythmé par la respiration. Ce bruit cesse par la suppression de la constriction de la taille et surtout par le décubitus horizontal, même si la taille est serrée par le corset; il cesse également par la suppression des mouvements respiratoires, par la compression énergique de la région hypogastrique dirigée de bas en haut.

La palpation méthodique de l'intestin comporte l'exploration systématique des diverses parties du côlon (transverse, cæcum, S iliaque, coudes du côlon) et de l'intestin grêle (iléon, duodénum), au point de vue de la sensibilité à la pression, du calibre, du contenu, de la tension, de la situation et du mode de fixation (Glénard).

A l'état normal il est impossible de délimiter exactement la situation et le volume du côlon transverse. Dans le cas de ptose, on perçoit la *corde colique*; la main rencontre un peu au-dessus de l'ombilic une petite masse donnant la sensation d'une corde aplatie, large de 4 centimètre et demi au plus et épaisse de 1 centimètre environ, dont la direction est transversale et qui s'étend à 6 ou 10 centimètres de chaque côté de la ligne blanche. Cette corde est facilement repoussée vers en haut, mais elle résiste aux efforts de traction par en bas; après une excursion de 2 centimètres et quand on atteint le niveau de l'ombilic, elle échappe au doigt qui voulait l'abaisser encore, glisse sous lui et regagne sa position primitive.

Une pression exercée sur la fosse iliaque droite, au commencement du côlon ascendant, produit des bruits de gargouillement dans la « corde transverse »; dans quelques cas favorables, on peut suivre la continuité du cordon rétracté, jusqu'au cæcum ou jusqu'au côlon descendant.

En somme, la corde transverse est constituée par le côlon transverse à la fois rétracté, vide de gaz et abaissé. Ewald nie la valeur de ce signe et déclare que la sensation d'un cordon transversal est donnée par le pancréas ou la troisième portion du duodénum. Il semble bien que l'interprétation de M. Glénard soit la bonne, mais il convient de remarquer que l'on ne perçoit pas la corde colique dans tous les cas. M. Roux, dans deux laparotomies, a pu voir et toucher dans le ventre ouvert la corde transverse qu'il avait palpée et diagnostiquée.

La palpation du cæcum donne la sensation d'une sorte de *boudin*, déjeté en dedans, large de 4 à 5 centimètres, sensible à la pression et qui est le siège de gargouillements. Parfois on y perçoit des masses fécales, reconnaissables à leur consistance molle et que le doigt peut mobiliser.

Ces différents caractères indiquent que le cæcum est dilaté, ce qui est, en effet, son état habituel, au début de l'entéroptose; mais, plus tard, il peut être au contraire rétracté avec le côlon transverse et donner, lui aussi, la sensation de corde. On peut percevoir parfois sa continuation avec la corde colique.

Glénard indique pour la recherche du cæcum le procédé du glissement, consistant à