

faire glisser la main de dedans en dehors, de façon à faire accrocher le cæcum par les doigts qui en sentent le relief.

On peut également percevoir la rétraction de l'S iliaque (*cordon sigmoïdal*).

Pour palper le rein on peut utiliser le procédé de Glénard :

La main gauche largement ouverte est enfoncée sous la région lombaire droite, entre la douzième côte et la crête iliaque; le pouce est ramené en avant de façon à saisir le flanc à pleine main, comme si on voulait pincer entre le pouce et les deux premiers doigts le rein descendant. La main droite est appliquée sur la région médiane et comprime la paroi abdominale, de façon à empêcher que l'organe exploré ne se dérobe et ne se porte en dedans vers la colonne vertébrale.

Vient-on à faire respirer le malade, lentement et profondément, on sent le rein abaissé s'engager, à la fin d'une inspiration, entre les deux branches de la pince formée par la main gauche.

Le *prolapsus du rein droit* est la règle dans l'entéroptose; la localisation presque exclusive à droite indique suffisamment l'influence exercée par la compression de la taille; d'ailleurs, sur 148 cas de néphroptose, M. Glénard en a trouvé 151 chez la femme et 17 seulement chez l'homme. Trois fois seulement la néphroptose existait à gauche, 18 fois elle était double, 11 fois seulement elle existait à droite.

Le *foie est également abaissé*. Pour reconnaître son bord antérieur, il faut se placer à droite du malade, placé dans le décubitus dorsal. Les bras passant par-dessus le thorax, on enfonce légèrement l'extrémité des doigts des deux mains réunis en ligne, à quelque distance au-dessous des fausses côtes, en déprimant la paroi abdominale. On remonte ainsi en cherchant à accrocher, avec l'extrémité des doigts légèrement infléchis en crochet, toute saillie sous-jacente à la paroi; pendant ce temps le malade doit faire des mouvements respiratoires assez amples.

Il peut être utile d'explorer les *organes pelviens* dont le prolapsus coïncide parfois avec des organes digestifs.

**Percussion.** — La percussion révèle parfois une diminution de la sonorité intestinale, surtout marquée dans la région hypogastrique et la fosse iliaque, indice de la rétraction de l'intestin; mais on peut constater aussi une sonorité exagérée au niveau du cæcum dilaté (parfois par l'abus des lavages intestinaux).

La diminution de la sonorité indique toujours l'ancienneté et la gravité de la ptose; elle fait défaut chez les femmes non amaigries, entéroptosiques à la suite de grossesses. La percussion donne surtout des renseignements intéressants quand elle est combinée à l'insufflation. Elle permet alors de constater la situation de l'estomac.

**Insufflation.** — L'insufflation de l'estomac a été appliquée au diagnostic de la gastropose par Éwald, par Roux (de Lausanne), etc. Avant eux, on ne demandait au ballonnement artificiel de l'estomac que des notions sur la capacité de cet organe et la situation de sa grande courbure; c'est dans ce but que Fenwick, Frerichs et Mannkopf avaient proposé ce procédé d'exploration.

Or « c'est la situation de la petite courbure qu'il importe surtout de connaître, car elle permettra de ne pas confondre, comme on l'a fait jusqu'ici, la dilatation avec la gastropose » (Ewald).

On a abandonné le procédé d'insufflation au moyen des poudres effervescentes (acide tartrique et bicarbonate de soude) pour adopter le procédé de Runeberg; insufflation d'air par une sonde introduite dans l'estomac, au moyen d'une poire de Richardson ou simplement de la pompe du thermocautère.

Roux (de Lausanne) considère l'insufflation directe par la bouche comme le procédé de choix.

Après l'insufflation, l'estomac se dessine à la vue chez les sujets très amaigris; ses

contours peuvent être appréciés par la main qui le percute. On constate que la voussure épigastrique habituelle après l'insufflation est remplacée ici par une dépression: que la *petite courbure est abaissée* et rapprochée de l'ombilic; que la grande courbure s'éloigne de ce point; que le pylore est très rapproché de la ligne médiane et se trouve, soit au voisinage de l'ombilic, soit même au-dessous (Von Ziemmsen l'a trouvé, dans un cas, à peu de distance du promontoire); que le grand axe de l'estomac est vertical; que le diamètre transverse est rétréci; enfin, quand à la dislocation verticale s'ajoute un abaissement de l'organe, que la limite supérieure normale de l'estomac n'est plus au niveau du troisième espace sur la ligne para-sternale, ni à la hauteur de la sixième côte, sur la ligne mamelonnaire..., mais que le tympanisme stomacal remonte moins haut.

**Auscultation.** — L'auscultation donne quelques renseignements dans les cas où l'estomac est biloculaire; elle permet de constater le bruit du glonglon rythmique déjà signalé.

**Gastro-diaphanoscopie.** — Ce procédé de diagnostic, d'un emploi peu pratique, n'a donné que des résultats incertains.

**Exploration par la sonde.** — Dans les cas où à la dislocation verticale de l'estomac s'ajoute la rétention par suite de la formation d'une poche sous-pylorique, la sonde introduite le matin à jeun ramène un *liquide résiduel* contenant des débris alimentaires; l'analyse du contenu stomacal, après le repas d'épreuve, démontre l'existence d'une excitation sécrétoire intense (*hyperpepsie avec fermentations*).

**Troubles fonctionnels.** — Il est malaisé de donner une description d'ensemble des troubles fonctionnels, s'appliquant à tous les cas; en effet, ces troubles varient suivant qu'il y a surtout compression gastrique, sans ptoses généralisées; suivant l'ancienneté et la gravité des ptoses, suivant le mode de réaction du sujet, etc.

Dans le cas de dislocation verticale peu marquée, sans entéroptose, sans obstacle très notable à l'évacuation de l'estomac, les troubles fonctionnels sont réduits au minimum.

Les malades éprouvent, surtout après les repas, quelques sensations de tension épigastrique, avec oppression, palpitations, bouffées de chaleur au visage, etc. Ces troubles sont dus à la difficulté qu'éprouve l'estomac à se faire place au milieu des organes qui le compriment; il n'y a pas encore d'obstacle à l'évacuation; peut-être même l'estomac se vide-t-il plus rapidement qu'à l'état normal.

Il en est tout autrement, quand au déplacement vertical s'ajoute la dilatation par formation de la poche sous-pylorique et par suite la rétention, quand l'intestin, le foie, le rein sont ptosés.

M. Glénard distingue :

1° Des symptômes « choméliens » liés à l'atonie gastrique (flatulence, aigreurs, douleurs épigastriques);

2° Des symptômes « neurasthéniques » liés à la diminution de la pression abdominale;

3° Des symptômes « vaporeux » liés à la constriction du corset (étouffements, angoisse, suffocations, bouffées de chaleur);

4° Des symptômes « méso-gastriques » liés à l'entéroptose (pesanteur, plénitude, barre, creux, vide), délabrement, tiraillement, fringale.

Cette division nous paraît quelque peu schématique. Ce qu'il faut retenir, c'est que les différents troubles accusés par les malades atteints de ptoses ne relèvent pas tous de la même cause; les uns sont d'origine purement mécanique, les autres sont dus aux vicieuses du chimisme gastrique, d'autres enfin à la dénutrition et à la souffrance du