

du stéthoscope, mais à une modification apportée aux vaisseaux par quelque lésion intra-abdominale, en sorte que ce phénomène peut devenir l'indice et même le signe des lésions dont il est question.

Les médecins n'ont pas toujours considéré ce phénomène sous un point de vue aussi général; ce qui tient à ce que le souffle en question a été étudié, tout d'abord, dans l'état de grossesse et qu'on l'a cru propre à cet état et déterminé par des conditions qui ne peuvent se rencontrer que dans ce cas particulier. Nous croyons que l'on doit rattacher ce phénomène à une cause beaucoup plus générale et le regarder comme un fait qui peut se produire toutes les fois qu'une artère est comprimée par une tumeur solide ou liquide.

Kergaradec, qui le premier, en 1822, a constaté ce phénomène, ne l'avait perçu que chez des femmes enceintes; il en expliquait la production par le passage du sang dans de prétendus vaisseaux utéro-placentaires. — Laënnec croyait qu'il se produisait dans l'artère qui sert principalement à la nutrition du placenta, artère non moins imaginaire que les vaisseaux utéro-placentaires. — Paul Dubois (1) rapproche le souffle utérin de celui qu'on entend dans les varices anévrysmales. Il considère le tissu utérin comme un véritable tissu érectile dans lequel le sang passe par de larges communications des artères dans les veines. Toute la théorie de Dubois, échafaudée sur ce fait des larges communications artérioso-veineuses, tombe devant cette observation que ces communications n'existent pas et que les artères et les veines utérines ne s'abouchent directement que par des ramifications capillaires (Cazeaux).

M. Bouillaud pense que le souffle utérin est surtout produit par la compression des artères du bassin. C'est aussi l'opinion soutenue par Beau. On doit y ajouter comme cause au moins adjuvante, ainsi que le fait remarquer Cazeaux, l'état particulier du sang qui présente chez les femmes grosses tous les caractères qu'il offre chez les chlorotiques (pléthore séreuse) (2).

Donc quand on percevra ce phénomène, on devra penser

(1) Paul Dubois, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. *Grossesse*.

(2) Cazeaux, *Traité d'accouchements*.

soit à une grossesse, soit à une tumeur comprimant les vaisseaux. La rareté des tumeurs, eu égard à la grossesse, fera incliner le plus ordinairement en faveur de celle-ci; mais enfin il n'y aura aucune certitude, tant qu'à ce phénomène ne viendront pas s'ajouter des caractères plus tranchés.

M. Bouillaud (1) cite un exemple des erreurs qui peuvent résulter de l'importance trop grande accordée à ce phénomène comme signe de grossesse.

Nous ne croyons pas devoir faire de paragraphe particulier pour décrire la *crépitation des calculs biliaires* et le *frottement péritonéal*, parce qu'il n'est nullement établi que l'on ait réellement observé ces phénomènes.

M. Sappey a signalé au niveau des veines sous-cutanées abdominales, dont la dilatation est si remarquable chez les malades atteints de cirrhose, un bruit de souffle que l'on entend dans celle de ces veines qui présente le calibre le plus considérable. — Ce bruit serait accompagné d'un frémissement perceptible à la main. Ce serait donc un signe précieux pour le diagnostic souvent obscur de la cirrhose (2).

M. Hérard (3) a entendu une fois le *tintement métallique* dans une tumeur kystique du rein, contenant des gaz et des liquides; placée sur une table, la tumeur faisait encore entendre le même bruit quand on la percutait. Le même observateur a eu l'occasion de retrouver ce phénomène dans un kyste de l'ovaire. La communication avec l'extérieur n'est donc pas nécessaire pour la production du bruit en question. Nous avons nous-même observé, avec M. Charcot, un fait de ce genre dans un cas de pyélite avec dilatation considérable du rein et urines purulentes.

## ART. II. — SIGNES FONCTIONNELS.

Ces signes sont très-nombreux. Pour le moment, nous croyons devoir passer sous silence tous ceux qui dépendent des organes génito-urinaires, et nous réserverons

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1841, t. I, p. 282.

(2) Sappey, *Anatomie pathologique de la cirrhose* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, mars 1859, t. XXIV, p. 596, 943, et *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIII, p. 269).

(3) Hérard, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 98.

toute notre attention pour ceux qui dépendent des organes digestifs.

Nous étudierons donc successivement: la *douleur abdominale*, la *dyspepsie*, le *vomissement*, la *constipation*, la *diarrhée*, etc.

#### I. — DE LA DOULEUR ABDOMINALE.

La douleur est du nombre des phénomènes dits subjectifs, c'est-à-dire perçus par le malade et que le médecin ne peut pas constater lui-même; on peut, en conséquence, être trompé sur la nature, l'intensité et même la réalité du phénomène, et l'on ne saurait trop se mettre en garde contre la mauvaise foi des malades. Le médecin se tiendra donc toujours sur la réserve, et il cherchera à s'assurer, par tous les moyens possibles, de la sincérité et du degré d'intelligence du malade. Ce que nous disons ne s'applique qu'aux douleurs de moyenne intensité; les douleurs violentes se traduisent par un état d'agitation et une alteration des traits qui ne peuvent être simulés.

*Caractères.* La douleur présente un grand nombre de caractères que l'on doit prendre en considération.

*Siège.* Elle est générale ou locale, suivant l'étendue de la lésion. — Locale, elle est, au début, bornée à l'organe malade, mais elle se généralise avec une grande facilité et perd beaucoup de sa valeur; quelquefois on est assez heureux pour rencontrer un point plus douloureux que les autres, ce qui est un indice précieux, car il révèle, le plus souvent, le point de départ du mal. — La douleur a quelquefois des irradiations particulières qui aident à en trouver le point de départ: les douleurs de l'estomac s'étendent à la région correspondante du dos et à la paroi antérieure de la poitrine; celles du rein descendent le long du trajet de l'uretère, et quelquefois jusqu'à l'extrémité de la verge; celles de l'utérus s'étendent aux lombes, aux aines et aux cuisses; celles du foie s'irradient jusqu'à l'épaule droite, dans quelques cas, etc.

La douleur est profonde ou superficielle, suivant l'organe affecté.

*Nature.* Elle est sourde, aiguë, lancinante, suivant les

cas: sourde dans les parenchymes, plus aiguë dans les membranes. Quand elle se manifeste par un sentiment de pincement et de contraction, elle prend le nom de *crampe*; si elle revient par accès et s'accompagne d'une espèce de tortillement, faible d'abord, puis graduellement croissant et qui se déplace, elle reçoit le nom de *colique*. C'est du *ténésme* lorsqu'elle provoque un besoin d'évacuation qui ne peut pas être satisfait, faute de matières à évacuer, et qui se répète à intervalles rapprochés; le ténésme se remarque particulièrement dans le rectum, la vessie, le vagin et l'utérus. — Souvent la douleur est spontanée; quelquefois elle ne se révèle que par la pression. — Certaines douleurs sont soulagées par une compression plus ou moins forte et large. — Sensation de brûlure, de chaleur, ou de froid, dans quelques circonstances.

*Durée.* Elle est extrêmement variable. La douleur est permanente dans les affections graves avec lésions profondes et bien définies; elle est vague et fugace dans les affections légères et nerveuses. Sa cessation indique quelquefois une aggravation dans les accidents (péritonite, perforation, etc.).

*Marche.* Elle se développe lentement et graduellement dans les affections chroniques et les désorganisations. Elle éclate rapidement dans les maladies nerveuses, dans les affections inflammatoires aiguës, dans les perforations, les empoisonnements.

*Etat général.* Les douleurs qui résultent d'affections chroniques, cancéreuses, tuberculeuses, amènent un état de souffrance générale et d'abattement moral, qui se traduit par une expression particulière de la face, généralement connue; les traits sont tirés en bas, allongés, les ailes du nez et les lèvres s'amincissent, les yeux s'enfoncent dans les orbites. Les douleurs aiguës donnent lieu à une décomposition de la figure, qui diffère de la précédente: les traits sont concentrés, les sillons des joues sont plus profonds et leurs bords plus minces que de coutume; le teint est pâle. Quand une douleur est peu prononcée et qu'on la réveille par la pression, les malades s'agitent, contractent leurs membres, la figure exprime la souffrance, l'anxiété. — Quelquefois ces phénomènes sont simulés.

Lorsqu'un malade se plaindra d'une douleur abdominale,

on ne manquera jamais de rapprocher ce fait de l'habitude extérieure du corps; cette comparaison fournit des renseignements précieux; si le malade a conservé son embonpoint, la fraîcheur de la peau, un teint clair: la maladie est récente; si le corps est décharné, jaunâtre: la maladie est ancienne et ordinairement grave. Quelquefois les malades qui présentent un état cachectique assurent que leur douleur est récente: c'est alors, selon toutes probabilités, l'indice d'un travail pathologique aigu, enté sur une affection chronique.

Il ne faut pas oublier que certains individus sont naturellement très-impressionnables et se plaignent vivement pour des douleurs qui seraient à peine remarquées par d'autres; la vivacité, la mobilité du caractère du malade, la disproportion entre les douleurs exprimées et les autres symptômes feront distinguer cette sensibilité exagérée de la douleur vraie — D'un autre côté, quelques malades sont trop peu intelligents pour distinguer une sensation d'une autre; et nous en voyons fréquemment qui rapportent à l'intérieur de l'abdomen les douleurs déterminées à la peau par des piqûres de sangsues, des mouchetures de ventouses; c'est ce qu'on voit fréquemment dans les fièvres typhoïdes.

*Maladies dans lesquelles la douleur abdominale se manifeste.*  
*Valeur diagnostique.*

Nous étudierons surtout la douleur dans les affections des parois de l'abdomen et dans celles des viscères intérieurs.

*Douleurs des parois de l'abdomen.* Elles se montrent dans l'hystérie, les névralgies, le rhumatisme, les apoplexies musculaires.

Les femmes **chlorotiques** et **hystériques** se plaignent presque toutes de douleurs de l'abdomen qui siègent dans différents points de l'épaisseur des parois abdominales. Il en est une qui occupe les muscles: elle est vague, obtuse, non lancinante; elle se déplace et disparaît facilement; elle n'est pas tout à fait superficielle. MM. Briquet et

Alph. Bezançon (1) signalent des caractères qui permettent de la distinguer des autres genres de douleurs: il existe toujours des points où la pression réveille une sensibilité plus vive que partout ailleurs; les attaches supérieures et inférieures des muscles droits de l'abdomen, les digitations du grand oblique, principalement du côté gauche, sont les parties où cette exagération est surtout prononcée. Il existe aussi une douleur au-dessous du sein et un peu en dehors de la pointe du cœur. Il y en a d'autres à l'occiput, dans les gouttières vertébrales; la peau est insensible dans quelques points du corps, et spécialement aussi à gauche; on trouve enfin souvent, au niveau d'une ou de plusieurs apophyses épineuses, une douleur vive qui, par la pression, augmente quelquefois au point de produire la syncope. Les accidents douloureux ont toujours suivi une émotion morale plus ou moins vive, un chagrin profond, une vive colère, etc.

[M. Briquet a été trop loin en localisant toutes les douleurs abdominales des hystériques dans les muscles préabdominaux. Souvent on a affaire à une hyperalgésie cutanée incontestable, ainsi que le prouve la douleur produite par le pincement ou le soulèvement de la peau seule, ou le simple fait du frôlement.]

Cette douleur, chez les hystériques, a un point d'élection qui est l'épigastre (épigastralgie). D'après M. Briquet, les neuf dixièmes des personnes hystériques présenteraient une douleur siégeant au creux épigastrique, et il attribue à ce symptôme une valeur presque pathognomonique.]

D'autres hystériques ont des douleurs beaucoup plus vives et qui peuvent simuler la péritonite (Bezançon). — M. Piorry (2) pense que leur siège réel est alors dans l'utérus. Dans ces cas, le facies est excellent, le pouls sans altération, les malades exécutent des mouvements qu'elles éviteraient bien certainement de faire si une péritonite existait. Malgré l'évidence de ces symptômes, on a quelquefois appliqué jusqu'à 80 sangsues, et l'on se félicitait d'avoir guéri une péritonite.

Il y a des cas plus trompeurs encore: ceux où la douleur

(1) Bezançon, *Considérations sur l'hystérie et en particulier sur son diagnostic*. Thèse, 1849. — Briquet, *Traité de l'hystérie*. Paris, 1839.

(2) Piorry, *Traité de diagnostic*, t. II, p. 515.

siège, non dans les parties profondes, mais dans la paroi même de l'abdomen, et qui s'accompagnent d'accidents intestinaux. M. Bezançon est le premier qui en ait donné une description complète. Il y a alors ballonnement, vomissement, constipation, difficulté dans l'émission des urines; le facies est altéré, le pouls fréquent; quant à la douleur, elle est excessivement vive, elle augmente par la pression, par le moindre mouvement; elle est tellement superficielle, que les malades ne peuvent supporter le poids d'aucun corps et que la plus légère pression sur la paroi abdominale peut donner lieu à des convulsions. — Dans ces cas, en apparence si graves, malgré la fréquence du pouls, la peau est sans chaleur; la douleur est plus superficielle que celle de la vraie péritonite, car c'est de l'hyperesthésie cutanée; et, enfin, il existe toujours des points douloureux aux attaches des muscles que nous avons indiqués.

Les **névralgies** des parois abdominales ont un siège fixe, donnent lieu à des douleurs quelquefois continues, mais surtout à des élancements qui suivent plus ou moins exactement le trajet d'un nerf bien connu (névralgie iléo-lombaire, iléo-scrotale, iléo-valvulaire); il y a toujours un ou plusieurs points douloureux, et particulièrement au niveau des trous de conjugaison, de la crête iliaque, du pubis; les accidents sont ordinairement intermittents; il n'y a pas de phénomène d'hystérie; le traitement par les révulsifs a plus d'action que dans le cas précédent.

Le **rhumatisme des parois abdominales** produit aussi des douleurs superficielles, apyrétiques, accompagnées d'autres douleurs musculaires des bras, du tronc, qui sont caractéristiques.

Les **apoplexies musculaires** des parois de l'abdomen donnent aussi lieu à des douleurs. — « M. Cruveilhier a vu la gaine des deux muscles droits de l'abdomen être distendue par des caillots sanguins qui avaient lacéré, détruit les fibres musculaires, altération qui s'était accompagnée, pendant la vie, de douleurs si vives, qu'elles avaient fait supposer l'existence d'une péritonite. Ces apoplexies

musculaires se remarquent spécialement dans le scorbut et dans les résorptions purulentes (Grisolle); » et nous ajouterons, d'après Andral et Barth, dans la fièvre typhoïde.

[[Zenker a découvert dans la fièvre typhoïde une altération particulière des fibres musculaires striées, décrite par lui sous le nom de *dégénérescence cirreuse* et que l'on retrouve dans la plupart des pyrexies graves, la scarlatine, la rougeole, la variole, etc. Le contenu de la fibre musculaire primitive perd sa striation et devient hyalin et transparent comme le verre (*altération vitreuse* de Cornil et Ranvier). Cette substance est excessivement fragile et la simple pression de la lamelle à recouvrir suffit pour la réduire en fragments irréguliers, à cassures nettes, que Zenker compare assez heureusement aux brisures d'une bougie. Ces fractures se produisent aussi sur le vivant, sous l'influence des contractions du muscle, particulièrement dans les muscles droits de l'abdomen et fléchisseurs de la cuisse. Tel est le mécanisme de ces ruptures musculaires suivies d'hémorrhagie et d'abcès, signalées par Andral et Barth dans la fièvre typhoïde (1).]]

*Douleurs ayant leur siège dans l'estomac.* **Gastralgie.** — Elle se montre surtout chez les femmes. Sur dix cas de gastralgie, il y en a neuf chez les femmes, un seulement chez l'homme. Cette maladie se caractérise par une douleur sous forme de tiraillements, de crampes; les malades se plaignent d'un sentiment de faiblesse à l'épigastre; il leur semble que la paroi de l'abdomen soit affaiblie, ou même manque complètement dans cette région; la partie correspondante du dos est aussi douloureuse; quelquefois les malades disent que l'épigastre est appliqué sur la colonne vertébrale; souvent il y a sensation d'un pressant besoin d'aliments, mais sans appétit, car tous les aliments répugnent, provoquent du dégoût, des envies de vomir. Les douleurs s'irradient à la partie antérieure du thorax, quelquefois jusque dans les bras et au col. — La pression à l'épigastre, l'action de tendre les bras en avant, de porter un poids plus ou moins lourd, une émotion même, les

(1) Voy. Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*, traduction F. Gross, Paris, 1873, p. 708.

réveillent avec beaucoup de vivacité. — Soulagées quelquefois par l'ingestion des aliments, elles se reproduisent pendant la digestion. — Il y a ordinairement tension, tympanite épigastrique, sonorité exagérée de cette région et les malades ne peuvent endurer de vêtements serrés. — Pendant les digestions et même à jeun, il y a souvent d'abondantes éructations de gaz inodores, qui soulagent les malades. L'ingestion de substances aqueuses, émoullientes, l'eau, les tisanes, le thé, le café, augmentent ou même produisent les accès de douleur; les excitants, les toniques, le vin, le quinquina, les amers, les calment quelquefois très-rapidement; mais il ne faudrait pas en conclure que ces agents soient utiles pour le traitement de l'affection. Pendant les digestions, qui sont laborieuses, les malades rendent quelquefois des liquides filants, muqueux, sans goût ou d'une acidité prononcée.

La gastralgie se manifeste par accès plus ou moins longs, revenant sous l'influence des causes signalées, ou spontanément; ces accès ne sont jamais accompagnés de fièvre. Il est rare que les femmes qui en sont affectées ne soient pas, en même temps, tourmentées par de la leucorrhée et par tous les accidents de la chlorose, et quelquefois de l'hystérie. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'après des douleurs longtemps prolongées, qui se renouvellent souvent et qui durent des années entières, la santé ne souffre pas d'une manière sensible; l'embonpoint persiste, quelquefois aussi la fraîcheur des couleurs, et le moral n'est ordinairement pas abattu et languissant, comme dans les affections chroniques organiques de l'estomac. Quelques femmes cependant sont languissantes; la peau a une teinte jaunâtre, les chairs sont molles; il y a de légers frissons le soir; ce sont surtout les chlorotiques qui présentent ces phénomènes. D'un autre côté, les gastralgies sont l'apanage de la jeunesse et de l'âge adulte; avec les années, les douleurs de cette nature s'apaisent, et, chez les femmes, elles disparaissent souvent à l'époque de la cessation des règles.

[[ Récemment, M. le professeur Charcot a appelé l'attention sur les crises gastralgiques qui, dans quelques cas, signalent le début de l'ataxie locomotrice et alternent avec les douleurs fulgurantes des membres (1). ]]

(1) Charcot, *Leçons faites à la Salpêtrière*. 1871.

La gastralgie présente quelques variétés. On appelle *pyrosis*, *soda*, *fer rouge*, celle dans laquelle il y a un sentiment de chaleur, de tension, qui remonte le long de l'œsophage et qui s'accompagne de renvois, de rejet d'un liquide aigre, acide. On désigne sous le nom de *cardialgie* celle où la douleur amène une tendance à la syncope. Il s'y joint quelquefois de la *boulimie* ou faim exagérée; du *malacia*, appétence pour une seule substance (vinaigre, salade), à l'exclusion des autres aliments; ou du *pica*, désir de manger des substances non alimentaires, comme de la craie, du charbon, du café en grains, de la terre, du plâtre, du savon: sortes de perversion du goût très-communes chez les jeunes filles.

Les autopsies n'ont, jusqu'à présent, fourni aucune notion sur les lésions qui produisent la gastralgie; de sorte qu'on est réduit à considérer, même aujourd'hui, l'affection comme étant de nature nerveuse.

[[ Il nous faut maintenant indiquer les caractères à l'aide desquels on distinguera la gastralgie vraie, nerveuse, de la douleur que l'on constate dans les différentes maladies organiques de l'estomac.

**Gastrite.** — Dans les éditions précédentes de ce livre, cette affection n'était mentionnée que par acquit de conscience et en en discutant la fréquence et même la réalité. Aujourd'hui que la réaction contre les exagérations de Broussais est tombée à son tour, la gastrite, tant aiguë que chronique, a retrouvé sa place dans le cadre nosologique et l'on reconnaît « que c'est moins en exagérant la fréquence de l'inflammation de l'estomac que Broussais s'est trompé, qu'en assignant à cette maladie une symptomatologie et une gravité imaginaires (1). »

La douleur, dans la gastrite aiguë ainsi que dans la gastrite chronique, est généralement médiocre et fort tolérable; elle se borne à une sensation de tension, de plénitude, que la pression ainsi que l'ingestion des aliments exagèrent.

Dans l'*ulcère rond* au contraire et dans le *cancer de l'estomac* on constate des douleurs paroxystiques offrant une grande analogie avec la gastralgie. Mais cette dernière se

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*. Paris, 1870.

produit généralement à jeun, elle est calmée par l'ingestion des aliments et par la pression extérieure; le contraire a lieu dans les affections organiques. La présence d'autres symptômes névralgiques, l'absence de vomissements noirs, d'amaigrissement prononcé, de cachexie, servent à compléter le diagnostic. ]]

**Empoisonnement.** — La cautérisation de la surface interne de l'estomac par les *poisons corrosifs*, tels que l'acide nitrique, l'acide sulfurique, le sulfate d'indigo en liqueur, si fréquemment employé par les blanchisseuses et les teinturiers comme moyen de suicide, donne lieu à des douleurs dont il faut d'autant mieux savoir reconnaître le siège et la nature, que, la plupart du temps, les malades cherchent à cacher la cause de leurs souffrances, pour dissimuler l'intention de mort volontaire. On reconnaîtra donc cette douleur gastrique aux caractères suivants :

Douleur épigastrique excessive; les malades portent constamment les mains au creux de l'estomac, comme pour le comprimer ou arracher ce qui s'y trouve; ils se courbent, se plient en deux, se tordent dans différents sens; la face est altérée, décomposée, exprime une souffrance extrême. Les lèvres quelquefois sont cautérisées ou couvertes d'ampoules, et colorées de diverses manières; l'acide sulfurique donne une teinte blanche aux lèvres, à la langue, à la muqueuse des joues; l'acide nitrique, une couleur jaune; le sulfate d'indigo, une teinte bleue; l'acide arsénieux ne laisse pas de traces appréciables : ces marques du passage des caustiques existent quelquefois sur la lèvre inférieure, sur les doigts, sur les habits qui présentent des taches rouges, acides au goût, où l'étoffe est ramollie et friable; les malades sont pris de vomissements qui font effervescence sur le carreau; les liquides rendus sont acides, mais seulement au début; plus tard, ce sont des boissons, des matières glaireuses, bilieuses; les vomissements reviennent à intervalles plus ou moins rapprochés, la surface du corps est couverte d'une sueur froide, le pouls est misérable, insensible, extrêmement fréquent; suppression d'urine. Tous ces phénomènes ont débuté rapidement au milieu d'une santé ordinairement parfaite. Quelques recherches chimiques, faciles à faire et dont nous donnerons un aperçu dans le IV<sup>e</sup> livre de cet ouvrage, décèlent la nature des

matières ingérées; on éprouvera des difficultés si ces matières ou la substance des vomissements ont été jetées; néanmoins, les symptômes consécutifs, parmi lesquels domine une stomatite très-intense, mettront ordinairement sur la voie. L'empoisonnement par l'acide arsénieux est un des plus difficiles à diagnostiquer, à cause du peu de traces qui restent dans la cavité buccale; mais cette absence de lésions avec des symptômes d'un empoisonnement seront précisément des indices de ce genre d'empoisonnement.

L'empoisonnement par la *belladone* produit rarement des douleurs; mais c'est un de ceux que les malades ont ordinairement le moins d'intérêt à cacher, car il n'est pas habituellement volontaire; c'est presque toujours le résultat d'un accident, d'une méprise; il survient chez des individus qui ont pris par mégarde des préparations (extrait, teinture) belladonnées, qui devaient être employées à l'extérieur, ou chez des individus, et surtout chez des enfants, séduits par la belle apparence et la douceur des fruits de la belladone. On retrouve dans la matière des vomissements des fragments de ces fruits, sous forme de pulpe, et dans lesquels on reconnaît souvent des débris du calice vert à cinq divisions, qui persiste et accompagne le fruit; d'un autre côté, on observe d'abord un délire gai, quelquefois furieux, puis des hallucinations et enfin une somnolence, un engourdissement progressifs, la dilatation des pupilles.

L'empoisonnement par l'*opium* produit peu de douleurs; cependant nous en avons vu quelques exemples; les malades portent la main à l'épigastre, comme s'ils y souffraient beaucoup; ils se tordent et s'agitent; la bouche, la langue, les doigts, sont tachés en jaune et exhalent une odeur vireuse (lorsque c'est du laudanum qui a été employé); les vomissements sont jaunes également, ne font pas effervescence sur le carreau; enfin, il y a deux symptômes d'une grande valeur : le resserrement extrême de la pupille et une démangeaison générale de la peau, et surtout de celle du visage, démangeaison qui porte les malades à se frotter continuellement et à gratter autour du nez, de la bouche, des yeux et sur le front.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse; d'après ce que nous venons de dire, on peut voir comment la

douleur épigastrique plus ou moins vive, subite, peut amener à rechercher s'il n'y a pas eu empoisonnement.

*Douleurs ayant leur siège dans l'intestin. Entérite.* — L'inflammation bornée à l'intestin grêle est, sinon toujours, du moins très-fréquemment indolente.

Tout le monde sait que l'*indigestion intestinale* est absolument indolente ; que les malades ne sont arrêtés que par un sentiment de pesanteur, de gêne, de chaleur dans l'abdomen ; et qu'elle ne s'accompagne de douleurs que quand les matières non digérées arrivent dans le gros intestin ; il se produit alors des coliques et de la diarrhée, par suite de l'irritation que le côlon éprouve à son tour. Ainsi, quand on a pris, le soir, des aliments indigestes, on est tourmenté toute la nuit de borborygmes, d'un malaise indéfinissable, mais peu douloureux ; et ce n'est que le lendemain matin que les matières sont arrivées au gros intestin, que les coliques se déclarent.

L'*entérite des tuberculeux*, si souvent accompagnée de lésions graves et étendues, d'ulcérations confluentes et qui détruisent quelquefois toute la circonférence de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, est absolument indolente ; et cela est si vrai, que les malades n'appellent jamais l'attention du côté de l'abdomen ; aussi est-on journellement obligé de leur demander s'ils ont de la diarrhée, pour savoir s'il y a quelque complication du côté du tube digestif. Ce fait n'a pas échappé à Andral (1). « Les ulcérations qui se produisent si fréquemment dans les intestins des phthisiques se développent bien souvent sans donner lieu à aucune douleur. » Aussi, la douleur abdominale chez les tuberculeux éveille presque toujours l'attention sur une complication autre que l'entérite, comme la péritonite, par exemple.

L'*entérite typhoïde*, étudiée au point de vue de la douleur, présente les résultats les plus remarquables et que nous empruntons presque tous à M. le professeur Bouillaud.

Nous reconnaissons, avec ce savant observateur, que la douleur est nulle ou à peine prononcée dans le cas où l'inflammation est simple, bornée à la partie inférieure de

(1) Andral, *Clinique*, 4<sup>e</sup> édition, t. I, page 538.

l'intestin et sans complication. Dans ce cas, quels que soient le degré de la lésion, sa profondeur, son étendue, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression. Ce fait peut être démontré par des preuves de plusieurs ordres. D'abord, par l'examen direct : en effet, on peut palper toute la région abdominale, la presser, la percuter dans tous les sens, sans que les malades se plaignent ; ils peuvent bien ressentir une légère douleur, mais elle ne dépasse pas les limites de celle qu'on peut produire, chez un homme sain, par la pression de la paroi abdominale ; cette légère douleur, si elle existe, n'est pas plus prononcée dans la fosse iliaque droite que dans la gauche ; il est bien entendu qu'on se rappellera que certains individus sont plus impressionnables que d'autres et accusent une douleur au moindre contact ; la vivacité même de cette douleur, les mouvements brusques que font les malades, sont les meilleures preuves que cette irritabilité est naturelle et nullement l'effet de la maladie ; d'ailleurs, les malades savent fort bien déclarer eux-mêmes qu'ils sont sensibles naturellement et que c'est sur la peau surtout qu'ils ressentent l'impression pénible dont il est question. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer non plus qu'on ne prendra pas pour douleur intestinale celle qui pourrait résulter de piqûres récentes de sangsues ou de mouchetures de ventouses ; on y est quelquefois trompé.

D'autres faits déposent encore en faveur de l'absence de douleurs abdominales dans la fièvre typhoïde ; quand on interroge les malades, ils se plaignent de mal de tête et jamais de mal de ventre, même quand ils ont la diarrhée. Ils n'entrent guère à l'hôpital que le huitième, le dixième, le douzième et même le quinzième jour de leur maladie, parce qu'ils n'ont pas souffert d'autre part que de la tête, et que la céphalalgie n'est généralement pas considérée comme une maladie ; or, on sait que toutes les affections douloureuses, pleurésie aiguë, rhumatisme articulaire, amènent les malades de bien meilleure heure à l'hôpital, du troisième au cinquième jour, et très-rarement plus tard. A quoi tient cette différence ? A l'absence de douleurs dans la fièvre typhoïde.

D'un autre côté, nous rappellerons les cas assez fréquents de fièvres typhoïdes, dites *latentes* ; quelques individus arrivent au vingtième ou au trentième jour d'une

fièvre de cette espèce sans s'être alités, sans avoir réclamé de soins ; ils ont été languissants, ils n'ont pas travaillé et ont eu la diarrhée ; ils ne se sont pas fait soigner, parce qu'ils n'avaient pas souffert. Mais tout à coup ils font appeler un médecin ou entrent à l'hôpital, parce qu'ils sont pris d'une douleur vive subite ; une perforation intestinale s'est faite, une péritonite suraiguë est survenue.

Enfin, est-il nécessaire de rappeler que la fièvre typhoïde n'est connue, comme maladie spéciale et distincte, que depuis un nombre d'années relativement restreint ; que c'est elle qui a fourni les éléments de cette multitude de fièvres qui embarrassent tous les écrits des médecins des âges précédents, et dont on avait arbitrairement fixé le siège dans le cerveau, les nerfs, les muscles, le sang, la pituite, les flux muqueux, la bile, etc. ? On la localisa seulement à l'époque où l'anatomie pathologique démontra que, pour les fièvres précédentes, il n'y avait qu'une seule et même lésion, celle de l'intestin grêle ; et alors on lui donna le nom de fièvre entéro-mésentérique. Pourquoi, avant cette époque, ne lui avait-on pas donné ce nom ? Parce qu'on ne savait pas que l'intestin fût pris. Et pourquoi ne le savait-on pas quand on ne faisait pas d'anatomie pathologique ? Parce que rien dans la vie n'indiquait que l'intestin fût malade, parce que la douleur manquait. En effet, avant qu'on connût la lésion, disait-on un seul mot de l'état du ventre, du gargouillement, de la tympanite légère ? Ces caractères n'ont été trouvés qu'après coup, parce qu'on a cherché si, pendant la vie, il n'y avait pas de symptôme du côté de l'organe où l'on savait que se passaient les principaux phénomènes anatomiques.

Et d'un autre côté, dans l'antiquité, a-t-on eu besoin de l'anatomie pathologique pour localiser la pneumonie dans le poumon, la pleurésie dans la plèvre, l'hépatite dans le foie, la méningite dans le crâne, etc. ? Non assurément. Et qui a fait les frais de cette localisation ? La douleur ! Toutes ces affections étaient parfaitement rapportées à leurs organes respectifs sans le secours du scalpel de l'anatomiste. Qu'est-il résulté de là ? C'est qu'aucune de ces maladies n'a pris le nom de fièvre, ou qu'on a ajouté à ce nom commun une épithète indiquant le point de départ de la maladie ; et l'on a dit : *fièvre péripneumonique*, *fièvre pleurétique*, *fièvre cérébrale*. Mais, quant à la fièvre typhoïde, elle n'a jamais

eu d'épithète de *localisation*, parce qu'elle ne présentait pendant la vie aucun caractère indiquant l'affection d'un organe. A quelle époque a-t-elle pris un nom ? Quand on a reconnu les lésions intestinales. Et quel est le premier nom qu'elle a pris ? Encore une fois, celui de fièvre entéro-mésentérique.

En conséquence, la douleur n'est pas un symptôme de la lésion intestinale de la fièvre typhoïde ; c'est seulement un phénomène appartenant aux complications qui l'accompagnent, circonstance très-importante à prendre en considération pour établir le degré de simplicité ou de complication de la maladie et, par conséquent, pour instituer le pronostic et le traitement.

Ainsi, l'absence de douleur abdominale ne doit pas faire méconnaître une fièvre typhoïde ; ce serait peut-être même une raison pour diagnostiquer cette maladie. En effet, si l'on a affaire à une fièvre continue, qui dure depuis un certain temps, qui s'accompagne d'un peu de diarrhée, de tympanite légère de la région sous-ombilicale, d'un gargouillement léger dans la région iléo-cæcale et sans douleur notable, on peut diagnostiquer une fièvre typhoïde ; seulement on dira que l'entérite est simple, bornée à l'intestin grêle.

Mais il n'en sera pas de même si l'entérite typhoïde est plus étendue et occupe le gros intestin, soit qu'il y ait des ulcérations dans cet intestin, soit qu'il ne s'y trouve que de la rougeur inflammatoire. Il y a alors une douleur plus ou moins vive ; et l'on reconnaît que cette douleur a véritablement son siège dans le gros intestin, car elle en suit le trajet, se présente sous la forme de colique et s'accompagne d'une tympanite et d'une diarrhée plus fortes que dans les cas précédents.

Enfin, la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde est aussi le caractère d'une complication de péritonite. Il y a peu de temps, une femme entra dans notre service, au quinzième jour d'une fièvre de cette nature ; la figure était fort altérée, il y avait dans la fosse iliaque droite une douleur spontanée et qui augmentait considérablement par une pression même superficielle ; enfin, des vomissements. Nous diagnostiquâmes une péritonite circonscrite liée probablement à une perforation ; la mort eut lieu le lendemain, et le diagnostic fut vérifié à l'ouverture.