individuels si peu tranchés (si même elles ne les ont pas perdus sous l'influence des sucs digestifs), que l'utilisation pratique de cet élément de diagnostic ne peut être que très restreinte.

Très souvent l'on observe la destruction de presque toutes les hématies, et leur matière colorante se présente sous forme de masses granuleuses, à configuration homogène ou irrégulière, de couleur jaune brunâtre ou presque brun rougeâtre.

Visconti rapporte une observation où l'on trouva dans les vomissements des cellules hépatiques, ce qui conduisit à soupçonner l'existence d'un ulcère stomacal envahissant la profondeur et détruisant le foie.

Lorsque l'intestin récèle des helminthes, tels qu'ascarides, oxyures, ankylostomes, on observe parfois dans les matières vomies des œufs de ces parasites qui, contrairement à la règle, ont pénétré de l'intestin dans l'estomac.

---

4. — Examen de l'intestin.

L'examen physique de l'intestin peut être pratiqué par deux voies différentes. La plus commode est celle qui a pour point de départ les parois abdominales ; toutefois, il ne faut pas négliger de compléter les résultats obtenus de ce côté par les touchers rectal et vaginal. L'examen du rectum à l'aide d'instruments spéciaux (spéculums rectaux, sondes rectales) peut également fournir des résultats importants pour le diagnostic. Le devoir d'un médecin consciencieux est de ne pas se laisser arrêter par le peu d'attrait d'un examen rectal et de le pratiquer dès que l'on peut s'attendre à en tirer pour le diagnostic un avantage quelconque, si minime qu'il soit.

En faisant le massage de la région de la vésicule biliaire et du lobe hépatique gauche, on peut, le malade étant à jeun, faire refluer de l'intestin dans l'estomac du *suc intestinal*, surtout du suc pancréatique, que l'on évacuera de l'estomac à l'aide d'une sonde stomacale (Boas Tophlenoff) ; mais ce procédé, autant que je sache, n'a pu jusqu'à présent être utilisé pour le diagnostic.

Au contraire, l'*examen des fèces* est très important pour le diagnostic des affections intestinales ; aussi ferons-nous suivre l'examen physique de l'intestin de l'étude de la valeur que possèdent les matières fécales pour l'établissement du diagnostic.

Pour ce qui est des *mesures de précaution* à prendre pour l'examen physique de l'intestin, nous renvoyons aux règles exposées dans l'examen de l'estomac (p. 540).

A. — **Inspection.** — Chez les individus à parois abdominales minces et pauvres en graisse, il n'est pas très rare de constater à l'œil les *contractions péristaltiques de l'intestin*. Elles apparaissent le plus souvent sous forme d'ondulations transversales de peu de durée. Si l'on frotte ou percute les parois abdominales, si on les asperge d'eau froide, ou si on les excite par le courant faradique, on constate que le rythme des contractions s'accélère et que leur intensité s'accroît.

On les observe surtout fréquemment chez les femmes dont les accouchements antérieurs ont considérablement relâché les parois ventrales. Elles sont également plus apparentes quand les muscles droits de l'abdomen sont très écartés. D'habitude, elles ont pour origine les anses de l'intestin grêle et occupent par conséquent l'espace limité par l'ombilic,

la symphyse pubienne et les lignes mammaires gauche et droite latéralement prolongées.

Les mouvements péristaltiques visibles sont d'autant plus accentués que l'intestin est rétréci ou obstrué en quelque point de son parcours. Sous ce rapport, ils ont une certaine importance diagnostique, parce qu'ils peuvent servir à déterminer le siège approximatif de la lésion. Ce qui frappe également dans quelques cas, c'est la distension énorme des anses intestinales situées immédiatement en amont de l'obstacle.

A l'inspection, les *saillies permanentes circonscrites* des parois abdominales méritent une attention spéciale. Elles peuvent être dues à des causes très diverses. Dans certains cas il s'agit de *coprostase*, et alors les masses fécales arrondies et pelotonnées — surtout sur le trajet du côlon — font saillie sous la paroi du ventre sous forme de proéminences moniliformes. Les *tumeurs cancéreuses* de l'intestin peuvent se présenter sous la même apparence.

Dans l'accumulation de grandes quantités de gaz dans l'intestin, *météorisme intestinal*, tout l'abdomen augmente de volume, en sorte que le ventre ressemble à un ballon fortement tendu. Dans ce cas il se produit d'ordinaire des déplacements de certains viscères abdominaux ; le foie, l'estomac et avec eux le diaphragme, le bord inférieur du poumon et du cœur, sont refoulés fortement de bas en haut.

Quand l'intestin est presque vide, comme cela se produit par exemple dans le rétrécissement de l'œsophage, du cardia ou du pylore, l'abdomen présente la *rétraction en bateau*, les parois abdominales sont très rapprochées de l'aorte abdominale et présentent souvent des pulsations très étendues. Mais cela peut se produire également à la suite de contractures énergiques de la musculature intestinale, telle qu'on l'observe dans la *méningite* (irritation du nerf vague) et dans la *colique de plomb*.

L'exploration de l'intestin *par le rectum* intéresse en partie la région anale, en partie le segment inférieur du rectum. En ce dernier cas, on peut se servir de spéculums rectaux que l'on introduit par l'anus pendant le sommeil anesthésique. Dans ces derniers temps Leiter et Nitze ont indiqué pour l'examen du rectum des appareils avec éclairage électrique.

B. — **Palpation**. — Dans la palpation, on doit surtout porter son attention sur la *sensibilité de l'intestin*, qui peut être *diffuse* ou *localisée*. La douleur localisée est capitale pour le diagnostic, surtout quand elle siège dans les fosses iliaques. Lorsqu'on soupçonne l'existence d'ulcérations intestinales de nature *tuberculeuse*, une douleur limitée à la région iléo-cæcale est un symptôme des plus précieux. La même région est également très sensible à la pression dans les cas de *typhus abdominal*, *d'inflammation du cæcum* et de l'*appendice vermiculaire* ainsi que les parties avoisinantes (*typhlite*, *paratyphlite* et *périty phlite*). Dans la *dysenterie*, on observe de la sensibilité dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet du côlon descendant, de l'S iliaque.

Les *saillies* solides sur le trajet de l'intestin sont plus souvent reconnues

par la palpation que par l'inspection. Lorsqu'elles consistent en accumulations de matières fécales (tumeurs fécales), elles sont parfois dépressibles ; dans la majorité des cas, elles se déplacent avec facilité. Dans d'autres cas, il est vrai, elles donnent la sensation de tumeurs inégales solides, d'où une source de confusion avec les tumeurs abdominales vraies. L'usage prolongé des purgatifs les fera disparaître et décélera ainsi leur nature ; mais parfois il faut les administrer pendant un temps très prolongé. La confusion est surtout facile avec le *cancer intestinal*, où d'habitude on constate également des surfaces dures et bosselées.

Dans la *typhlite*, la paratyphlite et la périty phlite, on observe une résistance plus grande dans la région iléo-cæcale et on y sent une tumeur facile à circonscrire. L'existence d'une tumeur palpable est précieuse également pour le diagnostic des *invaginations*, des *étranglements internes* et du *volvulus*.

Enfin, l'on peut encore reconnaître par la palpation les *indurations circonscrites* de la *paroi intestinale* et le siège de *cicatrices*, sous forme de proéminences solides.

Lorsque les anses intestinales renferment en même temps des gaz et du liquide, la pression provoque l'apparition de *gargouillements*, qui proviennent du déplacement du liquide mélangé aux bulles d'air. On les observe assez fréquemment dans la *diarrhée*. Dans la région iléo-cæcale, ils existent dans la *fièvre typhoïde*, sans pour cela constituer un signe pathognomonique. Dans la fosse iliaque gauche enfin, ils surviennent souvent en cas de *dysenterie*.

Lorsque, par suite de processus inflammatoires, le revêtement séreux de l'intestin est devenu rugueux, il peut se développer des *bruits de frottement* palpables, qui apparaissent tantôt spontanément au cours des mouvements péristaltiques, tantôt sous l'influence de la compression des parois abdominales.

La palpation par les *voies rectale* et *vaginale* a une très grande importance pour le diagnostic de certaines affections de l'intestin. On arrive ainsi à atteindre des tumeurs qui tout d'abord demeuraient inaccessibles à la palpation. La palpation par la voie rectale ne se borne pas à l'introduction de l'index ou du médius (huilé) : on arrive aussi, comme le recommandait Maunder et comme le pratiquait Simon, à faire pénétrer dans le rectum la main tout entière enduite d'un corps gras et disposée en forme de cône, suivie d'une partie de l'avant-bras, pendant le sommeil chloroformique, bien entendu. Le toucher rectal offre de grands avantages, surtout dans les maladies du rectum lui-même.

La palpation comprend encore l'exploration du rectum et du côlon à l'aide de *sondes* flexibles ; on s'en sert notamment dans les rétrécissements du gros intestin. L'introduction de masses liquides abondantes peut renseigner également sur la présence et le siège d'obstacles intra-intestinaux. On se sert, à cet effet, d'après le conseil de Hegar, d'un tube en caoutchouc, dont le bout inférieur armé d'une sonde est introduit dans le rectum, tandis que le bout supérieur porte un entonnoir destiné à verser l'eau.

C. — **Percussion.** — La percussion intestinale donne des résultats fugitifs et irréguliers. Lorsque l'intestin renferme des gaz, le son est tympanique ou métallique et sa tonalité dépend dans chaque cas particulier du calibre de l'intestin et de la tension de ses parois. Si au contraire il contient surtout des masses solides, on constate de la matité, qui cependant présente le plus souvent un timbre métallique. Il est impossible de procéder à une délimitation spéciale des anses intestinales par la percussion, car si elle est fortement distendue par des gaz, une anse de l'intestin grêle peut donner exactement le même son que le côlon, bien plus volumineux à l'état normal.

Nous avons insisté plus haut déjà sur les difficultés de la délimitation du côlon transverse et de l'estomac. Suivant que ce dernier renferme des gaz ou des matières solides, il peut être avantageux de remplir le côlon, par le rectum, avec de l'eau ou de l'air, pour rendre cette délimitation possible. Ce procédé a été recommandé récemment par Ziemssen, qui s'est servi à cet effet de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, et par Runeberg, qui a eu recours à un pulvérisateur de Richardson mis en communication avec une sonde. Nous recommandons surtout le procédé de Runeberg. L'insufflation du côlon avec de l'air nous rend compte non seulement des limites entre l'estomac et le côlon, mais aussi de la *distension* anormale de celui-ci, de son *déplacement* (*entéroptose*) et enfin de l'existence de *tumeurs* dans les parois intestinales.

D. — **Auscultation.** — Lorsque l'intestin renferme simultanément des gaz et du liquide, les contractions intestinales s'accompagnent fréquemment de *borborygmes* intenses, perceptibles quelquefois à de grandes distances. Ces sortes de bruits se produisent notamment dans le catarrhe et le rétrécissement de l'intestin.

Si la quantité de gaz et de liquide est considérable, on réussit souvent à provoquer, comme dans l'estomac, des bruits de succussion par la palpation saccadée.

Dans un cas de rétrécissement intestinal consécutif à des ulcérations intestinales tuberculeuses, König a entendu des bruits particuliers analogues à ceux produits par un liquide expulsé d'une seringue.

Si la séreuse intestinale est couverte de rugosités, il peut se développer des bruits de frottement plus fréquemment accessibles à l'auscultation qu'à la palpation.

Pour ce qui concerne les signes de la perforation intestinale, nous renvoyons le lecteur à l'un des chapitres suivants où nous traitons de l'épanchement de gaz dans le péritoine (1).

(1) Recherche de l'entéroptose. — M. F. Glénard a attiré l'attention sur une forme de dyspepsie nerveuse dont les symptômes se rattachent à la chute de l'intestin *entéroptose*.

Cette affection succède à l'atonie gastrique, ou elle survient primitivement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants ou à la suite du traumatisme.

La caractéristique anatomique de l'entéroptose réside en ceci : les divers points d'attache de de l'intestin sont les uns très fixes et les autres très mobiles. Si l'intestin se vide de gaz, comme cela a lieu dans certaines formes d'inertie gastrique, le poids spécifique de la masse intestinale augmente et cette masse tire sur ses points d'attache. Cette réaction engendrera des sténoses aux points solidement fixés et des abaissements aux points plus mobiles.

C'est ainsi qu'il se fait : 1° une sténose à l'orifice jéjuno-duodénal, point le plus fixe du tube digestif ; cette sténose exagère encore la vacuité de l'intestin grêle qui augmente de poids et tombe dans le bassin ; 2° une sténose au milieu du côlon transverse, car de ce milieu part un ligament qui va s'attacher très solidement à la portion pylorique de l'estomac ; il en résulte un gonflement du côlon ascendant et du cæcum et un abaissement du côlon descendant et de l'S iliaque ; il en résulte aussi un abaissement du pylore, du foie et du rein droit ; 3° un abaissement de l'angle droit du côlon transverse qui est mal fixé.

Lorsqu'on examine l'abdomen du sujet atteint d'entéroptose, on constate que dans le décubitus dorsal, l'abdomen est flasque, plat ou en bateau ; il a la forme d'un sablier avec dépression ombilicale ; il est submat, sauf dans le flanc droit où il est sonore. On constate aussi que l'estomac clapote hors de ses limites normales, parce qu'il est abaissé ou dilaté.

Mais les signes majeurs de l'entéroptose sont les suivants :

a) *Corde colique transverse.* — Si on palpe à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, on constate une corde aplatie, large de 2 centimètres, épaisse de 1 centimètre, mobile de haut en bas ; mais tandis qu'en la poussant en haut, le doigt ne tarde pas à la perdre, en la poussant en bas, elle résiste et au niveau de l'ombilic elle échappe au doigt et remonte. Cette corde qui est, en quelque sorte, appliquée contre le rachis, n'est autre chose que le côlon transverse sténosé et abaissé.

b) *Corde iliaque gauche.* — Si on comprime le flanc gauche sur une ligne parallèle à l'arcade de Fallope, et si l'on palpe successivement de haut en bas et de bas en haut, on sent rouler sous le doigt un cordon dur et étroit. C'est l'S iliaque rétrécie.

c) *Boudin cæcal déjeté en dedans*, cylindrique, rénitent, modérément sonore, un peu douloureux.

Disons en outre que par un procédé de palpation que nous exposerons plus loin, on constate fréquemment un déplacement du rein. Enfin, dans l'entéroptose, les matières fécales sont rubanées et les évacuations toujours irrégulières.

5. — Examen des fèces.

Sous le nom de fèces, on désigne les particules alimentaires qui, non digérées ou non digestibles et mélangées aux produits de sécrétion des organes digestifs, abandonnent le tractus intestinal et sont évacuées au dehors par la voie anale.

Il ne faut pas croire que la totalité des aliments soit élaborée et absorbée dans le tractus intestinal ; pour les aliments de digestion facile et très assimilables, les fibres musculaires, par exemple, une partie seulement est dissoute et absorbée, tandis que l'autre partie se retrouve dans les fèces relativement bien conservée. Il en résulte que l'examen des matières fécales nous permet de juger si l'intestin digère d'une façon