

G. Intestins

On examine la masse intestinale par l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion*.

A l'*inspection*, on peut observer les mouvements péristaltiques de l'intestin dans le voisinage de l'ombilic; on a affaire alors à une obstruction intestinale dont il faut rechercher le siège; celui-ci se manifeste par une tumeur \pm dure, formée par l'intestin dilaté et rempli de matières fécales. Ce qui caractérise ces tumeurs stercorales, c'est qu'elles se modifient sous l'influence de purgatifs ou de grands lavements.

L'intestin peut encore être distendu par les gaz (météorisme), ou affaissé avec contraction de la paroi abdominale (ventre en bateau) : voir ci-dessus.

La *palpation* permet de constater l'existence de régions douloureuses.

Il y a une sensibilité spéciale, avec gargouillements à la pression, au niveau du cœcum (fosse iliaque droite) dans la *fièvre typhoïde*; il y a douleur vive à la même région dans la *typhlite*.

Il y a douleur vive à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche, dans la *dysenterie*.

La *percussion* de l'intestin donne un son tympanique; s'il y a une occlusion intestinale, le volume de l'intestin ainsi que sa sonorité *augmentent au-dessus du point où siège l'obstacle*. Si celui-ci se trouve dans l'S iliaque, il y a donc météorisme de toute la masse intestinale, y compris les côlons ascendant, transverse, descendant, dont les formes se dessinent très nettement à travers la paroi abdominale.

Lorsque des masses compactes de matières fécales sont

réunies en un point, la sonorité diminue notablement au niveau de ce dernier; de même que pour l'*inspection* et la *palpation*, ce phénomène se modifie ordinairement sous l'influence soit de lavements, soit de purgatifs.

L'*examen spécial du rectum* se pratique soit par l'application du *speculum ani*, soit de préférence par le *toucher rectal*; celui-ci fait parfois découvrir l'existence de *tumeurs* siégeant dans le rectum ou dans le voisinage de cet organe.

Il est souvent fort utile aussi de procéder à l'examen de l'*anus*, lequel peut être atteint d'*hémorroïdes*, de *fissures*, de *fistules* ou de *lésions spécifiques*.

Il nous reste à décrire les *caractères physiques* et la *signification clinique* des substances rendues par le *vomissement* ainsi que des *matières fécales*.

Nous ne donnons ici que l'exploration physique, parce que cet examen est *toujours le premier, parfois même le seul* que le médecin ait l'occasion de faire; c'est donc le plus pratique et, partant de là, le plus utile à connaître.

H. Matières vomies

Les vomissements se divisent en : vomissements *alimentaires*, v. *muqueux*, v. *bilieux*, v. *fécaloïdes*, v. *de sang* (ou vomissements *mélaniques*, ou *hématémèse*), v. *purulents*.

1° Les **vomissements alimentaires** se produisent généralement peu de temps après les repas, et les matières rendues sont \pm modifiées selon le moment de la digestion. Dans ces cas, il est toujours possible de reconnaître la nature des aliments; l'odeur des matières vomies est ordinairement

d'autant plus acide qu'elles ont séjourné plus longtemps dans l'estomac.

En dehors d'une simple *indigestion*, et lorsqu'ils se reproduisent d'une manière régulière et constante, les vomissements alimentaires caractérisent souvent l'*ulcère de l'estomac* (les matières vomies seraient très acides; il y a parfois du sang dans les matières vomies, et constamment un *point* très douloureux à l'estomac). Il y a aussi des vomissements alimentaires dans la *dilatation de l'estomac*; dans ce cas, ils ont une saveur plus mauvaise, car ils renferment parfois des aliments ingérés deux ou trois jours plus tôt, et qui sont en voie de putréfaction. Rappelons aussi les régurgitations alimentaires (p. 331) du rétrécissement de l'œsophage.

Enfin les vomissements alimentaires peuvent être dûs à la *grossesse*, au *tabès*, à la *maladie de Basedow*, à l'*hystérie*, à certains *empoisonnements*.

2° Les vomissements muqueux ne contiennent pas de particules solides; les matières vomies sont liquides, incolores, collantes, filantes, formées principalement de mucus stomacal; ils caractérisent le *catarrhe gastrique*.

Chez les *buveurs*, ces vomissements se produisent surtout le matin (vomissements pituiteux); ils renferment une abondante quantité de salive (voir la réaction ci-dessus, p. 312 et sont \pm teintés par la bile.

Enfin, dans la dilatation de l'estomac il y a parfois des vomissements muqueux très abondants.

Les vomissements muqueux ou alimentaires sont souvent aussi un symptôme du *mal de Bright*.

3° Les vomissements bilieux n'apparaissent généralement qu'à la fin des vomissements, après des efforts \pm considérables; ils peuvent donc succéder soit à des vomissements

alimentaires, soit à des vomissements muqueux pénibles. Les matières vomies sont verdâtres (matière colorante biliaire) et laissent un goût *amer* dans la bouche.

Les vomissements bilieux, lorsqu'ils se répètent et qu'ils sont accompagnés d'un état fébrile prononcé, doivent faire songer soit à une *péritonite* (*vomissements porracés*), soit à une affection *cérébrale* (*méningite*, par exemple).

Lorsqu'ils se présentent sous forme de *crises*, il faut songer à l'ataxie locomotrice.

4° Vomissements fécaloïdes. — Les matières vomies sont brunes ou verdâtres et dégagent une odeur fécaloïde caractéristique. Ils indiquent ordinairement une occlusion intestinale soit par rétrécissement, soit par étranglement, soit par accumulation de matières stercorales, etc. Dans ces cas, il y a en même temps ballonnement très prononcé du ventre et absence de selles.

5° Vomissements de sang; V. mélaniques; hématomèse. — Les matières vomies ont des aspects différents, selon le siège de l'hémorragie, la quantité de sang épanché et le temps que celui-ci a séjourné dans la cavité stomacale: elles peuvent être d'un rouge \pm prononcé jusqu'à prendre un aspect noirâtre qui les a fait comparer au *marc de café* ou à la *suie délayée* dans de l'eau. (*Voir ce que nous avons dit à ce propos page 203.*)

Ce symptôme peut se rencontrer dans l'*ulcère* de l'estomac, dans le *cancer*, dans l'*inflammation de la muqueuse* stomacale (sous l'influence d'agents toxiques) dans les cas de *stase veineuse* dans le système-porte (comme dans la *cirrhose* du foie), enfin lorsqu'il y a *congestion* des vaisseaux de l'estomac pour une tout autre cause (cas d'*aménorrhée*, par exemple).

6° **Vomissements purulents.** — Ceux-ci ne proviennent pas de l'estomac; le pus a pour point de départ un *abcès* siégeant dans le voisinage de cet organe, le plus souvent dans le foie.

La **quantité** de matières vomies est parfois considérable (dilatation de l'estomac); d'autres fois, les vomissements sont fréquents mais peu abondants: on les appelle alors *vomiturations*.

Outre l'odeur acide et l'odeur fécaloïde dont nous avons parlé ci-dessus, les substances rejetées par le vomissement peuvent encore présenter une odeur spéciale, dépendant des matières ingérées: l'odeur aliacée à la suite de l'ingestion du *phosphore*, l'odeur de l'alcool dans l'*ivresse*, etc.

On trouve quelquefois dans les vomissements des *ascarides* lombricoïdes ayant passé de l'intestin dans l'estomac.

I. Déjections intestinales

1° Fréquence des déjections;

Lorsque les déjections sont rares et difficiles, il y a *constipation*; lorsqu'elles sont plus fréquentes et offrent moins de consistance que normalement, il y a *diarrhée*.

a) La **constipation** peut être *habituelle*; dans ce cas, elle n'a pas de signification clinique; lorsqu'elle est *accidentelle*, elle résulte le plus souvent d'un **ralentissement des mouvements péristaltiques de l'intestin**:

Par *défaut d'exercice corporel*; par usage immodéré d'*aliments durs* ou *astringents* (fromage, vin); par développement exagéré de *gaz* dans les intestins (constipation de la péritonite); par *défaut de bile* dans le contenu intestinal (à la suite

d'un catarrhe duodéal, par exemple); par *fatigue* de la tunique musculieuse (consécutive à une diarrhée ou à l'emploi trop fréquent de purgatifs drastiques); par l'action de certains *médicaments* (opium); par *contraction spasmodique* de l'intestin (comme dans la colique de plomb); enfin, par *paralysie* d'origine centrale.

La constipation résulte aussi parfois, mais plus rarement, d'**obstacles mécaniques entravant la progression du contenu de l'intestin**. Ce phénomène se produit par le *rétrécissement* intestinal (ulcère cicatrisé, par exemple); par la présence de tumeurs soit dans l'intestin (cancer) et bouchant \pm celui-ci, soit dans le voisinage de l'intestin et le comprimant d'une manière \pm complète (utérus vers la fin de la grossesse, tumeur utérine, rétroversion de la matrice, tumeurs ovariennes); par l'invagination (hernie étranglée) ou la torsion d'une anse intestinale (ileus); par une hypertrophie considérable de la prostate, ou l'existence d'une tumeur quelconque dans le petit bassin; enfin, par la présence d'une tumeur stercorale dure siégeant le plus souvent dans le gros intestin, etc.;

b) La **diarrhée**, lorsqu'elle est *passagère*, résulte d'une légère irritation de la muqueuse intestinale soit par *écart* de régime, soit par *refroidissement*, soit par *changement* de régime; elle peut aussi être occasionnée par une émotion morale vive (diarrhée nerveuse); dans ces cas, elle n'a pas grande importance clinique; il n'en est pas de même lorsqu'elle persiste pendant un certain temps.

La diarrhée reconnaît généralement pour cause un **accroissement, en intensité et en vitesse, des mouvements péristaltiques**; plus rarement, une **transsudation intestinale**.

Ces modifications sont provoquées par une excitation anormale de la muqueuse intestinale (sous l'influence d'un régime défectueux), ou par une irritabilité plus grande des nerfs sensitifs de l'intestin (sous l'influence de toutes les inflammations, aiguës ou chroniques, de la muqueuse, depuis le catarrhe simple jusqu'à l'ulcère intestinal).

En général, la diarrhée est plus intense dans les affections aiguës que dans les états chroniques.

La diarrhée est ordinairement accompagnée de *borborygmes* (gargouillements).

2° Examen des matières fécales;

a) **Consistance**; elle dépend du temps pendant lequel les matières ont séjourné dans l'intestin, et aussi de la nature des aliments ingérés : les selles sont *dures* dans la constipation, *liquides* dans la diarrhée. Elles ont parfois une consistance *pierreuse* dans les constipations opiniâtres; lorsqu'elles se présentent en *masses* dures *volumineuses*, elles indiquent une paralysie du gros intestin; au contraire, en particules *plus petites*, elles annoncent une lésion de l'intestin grêle. Les selles *rubanées* caractérisent le rétrécissement du rectum (par tumeur).

b) **Quantité**; la quantité des matières fécales dépend de la quantité d'aliments ingérés; de la nature de ces derniers; enfin, de l'état des voies digestives.

La quantité d'excréments est en raison directe de l'alimentation et en raison inverse du pouvoir digestif; d'autre part, une nourriture azotée (viande) donne peu de résidus, au contraire une nourriture riche en féculents (pain, pommes de terre) laisse une grande masse de résidus,

c) **Couleur**; elle dépend de la nature des aliments, de la

présence \pm grande de matière colorante biliaire, de l'action de certaines substances médicamenteuses.

La viande donne des selles *brunes noires* et dures; les farineux donnent des selles *jaunes brunes*, molles, écumeuses, abondantes.

Par le régime lacté, les selles sont copieuses, dures, d'un *blanc jaunâtre* (selles des petits enfants).

Lorsque l'orifice du canal cholédoque est obstrué, les selles deviennent d'un *gris sale* (mastic), *avant l'apparition de l'ictère*; de même, elles reprennent la coloration *brunâtre* avant que l'ictère ait disparu; c'est donc un signe clinique important.

Les selles diarrhéiques sont d'autant plus *pâles* qu'elles sont plus abondantes (la matière colorante biliaire étant plus diluée); c'est ce qui explique la coloration *blanc sale* des déjections cholériques.

La coloration *verte* que l'on rencontre fréquemment dans les selles chez les jeunes enfants est due, le plus souvent, à la présence de biliverdine; dans certains cas, la diarrhée verte se manifeste sous forme épidémique, et la coloration serait due à la présence d'une bactérie spéciale.

Les garde-robes peuvent renfermer du sang \pm modifié et prendre diverses colorations variant du *rouge vif* au *noir*, (Voir page 204.)

La présence de *pus* dans les matières alvines indique l'existence d'une ulcération intestinale (tumeur ulcérée).

Dans la fièvre typhoïde, les selles sont *verdâtres*, liquides.

Dans la dysenterie, elles renferment des mucosités *sanguinolentes*.

Dans le choléra, elles sont *rixiformes*.

L'ingestion du *fer* ou du *bismuth* donne des selles *noires* (sulfure de fer ou de bismuth).

Les combinaisons *mercurielles* donnent des selles *verdâtres* (coloration due à la présence de la matière colorante biliaire et du sulfure de Hg).

La *rhubarbe* colore les selles en *jaune*, le *bois de Campêche* ou le *safran* en *rouge*.

Les selles peuvent renfermer parfois des calculs biliaires (dans les coliques hépatiques).

Parmi les symptômes d'ordre physique, il en est deux encore qui méritent de fixer un instant l'attention, c'est la *douleur* et l'*ictère*.

Nous avons indiqué page 163 quelques généralités concernant la *douleur* dans le thorax et dans l'abdomen. A ces données, nous croyons devoir ajouter les renseignements suivants :

La *douleur* se manifeste sous forme de *crampes* au niveau de l'estomac dans trois états principaux :

1. Dans la *gastralgie*; les douleurs reviennent par accès, se distribuent d'une manière assez irrégulière dans la région correspondante à l'estomac, et s'irradient souvent le long des nerfs intercostaux. La *pression exercée à l'épigastre* ou *l'ingestion d'aliments tendent à les diminuer*. — L'analyse de l'urine ne fournit aucun signe particulier.

La *gastralgie* est un *symptôme* d'affections nombreuses, parmi lesquelles nous citerons : l'hystérie, diverses formes de dyspepsies, la chloro-anémie, la phthisie, les maladies utérines, etc.

2. Dans l'*ulcère* de l'estomac, les douleurs reviennent aussi par accès, mais particulièrement *après l'ingestion des aliments*; de plus, elles sont nettement localisées et se repro-

duisent souvent en des points spéciaux (point xiphoïdien, point rachidien). — Dans l'*ulcère* de l'estomac, il y a *hypochlorurie*, et celle-ci s'accroît lorsque les douleurs augmentent d'intensité.

3. Dans l'*ataxie locomotrice (tabes dorsalis)*, il y a également des *crampes* d'estomac, accompagnées de vomissements, comme dans les deux cas précédents, mais elles reviennent par *crises*; de plus, les symptômes concomitants (douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, abolition du réflexe rotulien, fixité de la pupille) suffisent à établir le diagnostic.

Aux renseignements que nous avons donnés page 118 sur le *mécanisme* de l'*ictère*, nous ajouterons les faits suivants :

L'*ictère* peut se présenter avec des degrés différents d'intensité :

La peau peut être légèrement jaunâtre, c'est la *teinte subictérique*; ou bien elle est *jaune*, *jaune safran*, et même *jaune verdâtre*.

L'*ictère* est d'autant plus prononcé et les urines sont d'autant plus brunes, que les selles sont plus décolorées (grises), à condition que le foie continue de fonctionner;

L'*ictère* est très prononcé dans l'*ictère catarrhal* (catarrhe des conduits biliaires, souvent consécutif au *catarrhe gastro-duodénal*);

L'*ictère* existe toujours dans la *cirrhose hypertrophique*;

L'*ictère* existe toujours dans l'*ictère grave* ou *atrophie jaune aiguë*;

L'*ictère* est fréquent à une période avancée du *cancer secondaire*;

L'*ictère* est léger (teint subictérique) dans le foie cardiaque;

L'ictère est léger (teint subictérique) dans la congestion du foie ;

L'ictère apparaît ou augmente pendant les coliques hépatiques, dans la *lithiase biliaire* ;

Il n'y a pas d'ictère, ou, s'il existe, il est *peu prononcé*, dans la *cirrhose atrophique* du foie ;

L'ictère est rare dans le cancer primitif du foie ; dans ce cas, les selles sont en même temps *décolorées*, parce que la cellule hépatique ne fonctionne plus ; il y a acholie.

II. EXAMEN CHIMIQUE

On peut faire l'analyse :

A. — Des *matières vomies* ;

B. — Des liquides contenus dans *l'estomac au repos* ;

C. — Des *produits de la digestion* obtenus après un temps \pm long.

D. — On peut aussi apprécier le *pouvoir digestif* du suc gastrique, soit par les digestions artificielles, soit par le procédé de Günzburg (digestions naturelles).

Enfin, l'examen des substances vomies, ou extraites par la sonde, permet encore au médecin de s'assurer si le malade a suivi le régime alimentaire qui lui a été prescrit.

A. — Analyse des matières vomies

Ce ne peut être qu'une analyse *qualitative* puisqu'il manque un facteur indispensable à tout dosage : le *volume total* des substances sur lesquelles porte l'analyse.

Les matières vomies peuvent renfermer : du *mucus*, dans le catarrhe simple (*voir page 59*) ;

De la *salive*, surtout chez les buveurs ; on la décèle par la solution étendue de perchlorure de fer (*voir page 312*) ;

De la *bile*, que l'on reconnaît par la réaction de Gmêlin (*voir page 57*) ;

Du *sang* (*voir page 204 et aussi réactifs du sang, page 205*) ;

Des *parcelles alimentaires*, lesquelles peuvent être intactes ou \pm modifiées soit par les phénomènes digestifs normaux, soit par l'action de microorganismes contenus dans l'estomac. Il se produit ainsi des fermentations ou des putréfactions à la suite desquelles les hydrates de carbone (amidon ou sucre) donnent naissance aux *acides lactique, butyrique, acétique* ; les graisses neutres mettent des *acides gras* en liberté ; les substances albuminoïdes se transforment en *peptone, leucine, tyrosine, phénol, indol, skatol, hydrogène sulfuré, ammoniacque*. Ces dernières substances résultent surtout de la putréfaction et se rencontrent particulièrement dans les vomissements fécaloïdes.

B. — Analyse du contenu de l'estomac en dehors de la digestion

Afin de se rendre compte de la valeur et de la composition du liquide sécrété par la muqueuse gastrique, *considéré isolément*, on en fait l'analyse en dehors de la digestion, c'est-à-dire 6 ou 7 heures au moins après tout repas. Pratiquement, cette opération se fait le matin à jeun (environ 12 heures après le dernier repas de la veille).

On introduit jusque dans l'estomac la sonde œsophagienne molle (employée ordinairement au lavage), et l'on fait faire au malade quelques efforts de vomissements ; généralement ceux-ci suffisent à vider l'estomac de son contenu. Si cependant cette tentative ne réussissait pas, on pourrait utiliser la