

Il est difficile d'établir une classification rigoureuse des *coliques intestinales* ; on peut cependant les diviser en deux groupes :

A. Coliques symptomatiques d'une lésion de l'intestin.

Phlegmasies aiguës et chroniques.  
Ulcérations de l'intestin.  
Empoisonnements.  
Occlusions intestinales.

B. Coliques sympathiques, c'est-à-dire indépendantes d'une lésion primitive de l'intestin.

Corps irritants dans l'intestin, tels que gaz, matières stercorales très dures.  
Vers intestinaux.  
Colique nerveuse.  
Colique sèche des Antilles, etc.  
Colique par refroidissement.  
Colique par émotion morale.

Nous nous bornerons à dire quelques mots des variétés les plus importantes, en faisant remarquer que la colique ne peut, à elle seule, nous révéler la nature de la maladie qui la produit.

Dans l'*entérite simple*, le malade éprouve une douleur vague dans l'abdomen, cette douleur s'exaspère par accès et il survient des évacuations d'abord solides, puis molles, liquides et muqueuses (diarrhée) ; ces évacuations apaisent momentanément la colique, qui se répète plus ou moins suivant la gravité des cas.

Si le catarrhe frappe le duodénum, il survient souvent, du troisième au septième jour, un ictère produit par l'extension du catarrhe aux voies biliaires. Si, au contraire, l'inflammation frappe le gros intestin, les selles sont tout à fait muqueuses, souvent sanguinolentes, s'accompagnent de ténésme et annoncent habituellement la dysenterie.

Pour peu que l'appendicite (colique appendiculaire), puisse être soupçonnée, le médecin doit commencer par rechercher avec *précision* la région abdominale où la douleur a débuté ; il procède à son examen avec *méthode* ; la palpation, la pression, la défense musculaire, l'hyperesthésie, tout lui permettra de constater si le foyer douloureux correspond au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure (point de Mac Burney).

En cas d'appendicite, c'est bien à ce niveau (région appendiculo-cæcale) que l'abdomen est tendu et douloureux, et à supposer que le ventre soit sensible en d'autres régions, c'est bien là que la douleur a débuté, c'est bien là qu'elle a son maximum d'intensité.

Il se renseigne alors avec soin sur les débuts de la maladie : il apprend que le sujet était en pleine santé quand il a éprouvé les premières atteintes du mal ; la douleur n'a pas éclaté d'emblée avec violence ; elle a mis plusieurs heures et plus encore avant d'acquiescer toute son intensité ; en même temps, ou peu après, sont survenues des nausées, peut-être même un ou plusieurs vomissements. Il n'y a pas à hésiter, le diagnostic d'appendicite est nettement établi » (Dieulafoy). — Il ne faut pas oublier cependant que, chez les enfants, la pneumonie et la pleuro-pneumonie peuvent donner lieu à un point de côté abdominal siégeant dans la fosse iliaque droite et susceptible d'être pris parfois pour le point de Mac-Burney de l'appendicite (Guinon). — D'après Tripier et Paviot, la colique appendiculaire pourrait être d'autant plus facilement confondue avec la colique hépatique sans ictère que, le plus souvent, elle serait due à la propagation vers l'appendice de lésions péritonéales parties de la vésicule biliaire.

Dans les *empoisonnements*, les coliques sont extrêmement vives, surtout dans les empoisonnements par les drastiques (bryone, coloquinte, gomme-gutte, etc., etc.) et s'accompagnent d'évacuations sanguinolentes ; le développement rapide de la colique après l'ingestion de ces substances, les vomissements, etc., révèlent leur cause.

L'*occlusion intestinale* donne lieu à des coliques d'autant plus vives que l'obstacle dont cherchent à triompher les contractions intestinales est plus infranchissable, les anciens leur avaient donné le nom de *coliques de miserere* ; à chacune d'elles on voit toute la masse intestinale placée au-dessus de l'obstacle se dessiner sous forme d'un cylindre agité d'un mouvement vermiculaire.

Vous reconnaîtrez aisément la cause de ces coliques à l'invasion brusque de la maladie, aux vomissements qui ne tardent pas à prendre le caractère fécaloïde, à la constipation opiniâtre, au ballonnement du ventre. Quant à la cause même de l'occlusion, si parfois elle est très nette (hernie étranglée), souvent elle ne peut être que présumée.

La *pneumatose intestinale*, quelle que soit sa cause, nécessite de la part de l'intestin des contractions exagérées, c'est-à-dire des coliques destinées à expulser la masse gazeuse. Le météorisme, la progression des gaz à chaque colique, l'apaisement de la douleur après leur expulsion par l'anus, ne laissent aucun doute sur la nature de ces coliques.

Dans l'*entéro-colite muco-membraneuse*, il peut exister de



véritables coliques que les malades comparent à des mouvements reptoides, à des tortillements, qui suivent plus ou moins le siège du gros intestin. Il survient aussi parfois des crises paroxystiques au cours desquelles la douleur est continue, occupant les fosses iliaques et la région périombilicale, et d'une intensité telle que les malades la comparent à du feu qui leur ronge les intestins. Les antécédents, le siège de la douleur, la présence des glaires ou des peaux dans les garde-robes révéleront la nature de l'affection.

La *lithiase intestinale*, qu'on n'observe guère qu'à la suite de l'entéro-colite muco-membraneuse, peut donner lieu à des coliques qui éclatent soudain après une période de constipation, qui, en l'espace de quelques minutes, arrivent à leur paroxysme, qui peuvent durer de quelques minutes à une heure et plus, et qui cessent subitement par l'évacuation, d'une quantité plus ou moins considérable de sable jaunâtre mêlé ou non de calculs, accompagné de scybales témoignant de la constipation antérieure.

La *colique de plomb* est l'accident le plus ordinaire de l'intoxication saturnine : précédée pendant quelques jours de phénomènes dyspeptiques (perte d'appétit, bouche pâteuse et amère, langue blanche, haleine fétide, saveur métallique, etc.) ; elle éclate bientôt sous forme de douleurs de ventre dont l'acuité peut acquérir un degré intolérable.

Cette douleur est calmée par une pression exercée sur une large surface du ventre ; les muscles abdominaux déterminent une rétraction toute spéciale de la paroi ; de plus, elle s'accompagne d'une constipation opiniâtre. Bien traitée, elle guérit en quelques jours.

Cette colique est probablement l'expression de la névralgie des plexus sympathiques abdominaux ; la constipation peut être considérée comme l'effet de l'excitation anormale du splanchnique que l'expérimentation a démontré être le nerf d'arrêt des mouvements péristaltiques.

La nature de cette colique sera aisément reconnue, d'abord par ses caractères, puis par les autres manifestations du saturnisme : profession du malade, liséré noirâtre sur les gencives, teint ictérique, etc. Le fait que la colique de plomb a été prise, à plusieurs reprises, pour de l'appendicite est une raison suffisante pour rechercher systématiquement le liséré saturnin.

*Coliques nerveuses des pays chauds.* — On est de plus en plus porté à croire que ce n'est qu'une colique saturnine.

Les coliques intestinales sont à distinguer des coliques hépatiques, des coliques néphrétiques, des coliques utérines.

#### 9. — DE L'ICTÈRE.

On donne le nom d'ictère à la présence de la bile dans le sang, se traduisant par une coloration jaune de la peau et des muqueuses, et le plus souvent par l'élimination urinaire des pigments biliaires.

L'ictère est un symptôme commun à des états pathologiques très divers. Son étude doit être divisée en plusieurs parties :

A. L'EXPOSÉ DE SES CARACTÈRES (étude du symptôme) ;

B. SA PATHOGÉNIE (étude des conditions qui lui donnent naissance) ;

C. SA VALEUR DIAGNOSTIQUE (étude de sémiologie).

**A. Caractères de l'ictère.** — La présence de la bile dans le sang se traduit : 1° par la coloration jaune de la peau et des muqueuses ; 2° le plus souvent, par la présence du pigment biliaire dans l'urine, les sueurs, les larmes, etc.<sup>1</sup>.

A ces signes fondamentaux viennent s'en joindre d'autres moins importants, tels que la décoloration des matières fécales, le ralentissement du pouls, les troubles digestifs, etc.

**1° JAUNISSE.** — L'ictère présente dans ses débuts, sa marche, son intensité, sa durée, etc., des différences nombreuses et en rapport avec la diversité de ses causes<sup>2</sup>. La coloration jaune débute par la face et plus particulièrement par les conjonctives et la muqueuse sublinguale, puis elle s'étend aux

1. Indépendamment du pigment, l'urine renferme aussi des acides biliaires, mais en très faible quantité, car ils sont rapidement décomposés dans le sang.

2. L'étude des variétés que présente l'ictère sera plus utilement faite dans l'article consacré à la sémiologie.