

**Bactéries.** — Les espèces microbiennes sont si nombreuses et variées dans les fèces que l'étude en est difficile; d'autant plus que les agents pathogènes dérivent souvent de la pullulation et de l'exaltation de saprophytes vulgaires.

**Méthodes d'examen.** — L'*examen direct* est seul à renseigner sur la quantité et la proportion relative des bactéries. La *méthode des cultures* ne fait que préciser la nature de l'agent pathogène sans permettre d'évaluer sa pullulation. L'invasion rapide des milieux de culture par certaines espèces (colibacille, proteus) aux dépens d'autres (streptocoque) moins inoffensives, est aussi une cause d'erreur.

Pour pratiquer l'*examen direct*, on dilue, dans un peu d'eau, une parcelle de matière fécale; on en étale une goutte entre deux lamelles, on sèche et on colore par le bleu de Kühne et le violet phéniqué; ce qui permet de constater la prédominance de telle ou telle espèce. La *méthode de Gram* fournit ensuite des données plus précises. *Ne prennent pas le Gram* : le colibacille, le bacille typhique, le vibrion cholérique. *Preennent le Gram* : le proteus, le thyrothrix, etc.

Une culture sur plaques de gélatine, sur plaques et tubes de gélose, renseignera approximativement sur la flore bactérienne.

La recherche systématique des microbes sur milieux appropriés; la culture des *anaérobies* (tétanos, vibrion septique, etc.); les inoculations aux animaux compléteront cette enquête.

Le *méconium* est stérile; le *bacillus subtilis*, le colibacille, etc., ne se rencontrent dans les fèces qu'au bout de 24 heures. Chez le nouveau-né soumis au régime lacté exclusif le colibacille est prédominant; le *bacterium lactis aerogenes* qui domine, dans la partie supérieure du tube digestif, est plus rare dans les selles.

Chez l'adulte on isole 10 à 12 espèces dont les principales sont : le colibacille, le *bacterium lactis aerogenes* (pour beaucoup d'auteurs, variété de colibacille); le *bacillus subtilis*, le *proteus vulgaris*, le *bacillus putrificus coli* (bâtonnet à spores terminales, agent actif de fermentation); les *bacilles fluorescents* (l'un liquéfiant la gélatine, l'autre pas); le bacille pyocyanique, le *bacillus amylobacter*, le *bacillus mesentericus vulgatus*; des spirilles non cultivables; des *coccus en chaînettes* d'espèces variées : *streptococcus coli gracilis* (propre au régime carné), *streptocoque liquéfiant rapidement la gélatine* (régime lacté), *streptococcus coli brevis* (liquéfiant la gélatine, à colonies vert olive), *streptocoque pyogène* (inconstant); des *staphylocoques* (blanc, doré et à colonies porcelainées); des *tétrades*, des levures, des *torules*, de nombreux *anaérobies* mal connus.

Toutes ces espèces peuvent se retrouver à l'état pathologique, mais souvent l'une domine. L'examen sur lamelle, complété par la coloration directe et par le Gram, peut seul indiquer la proportion de chaque espèce.

Le colibacille (quelquefois pur) ou un bacille non liquéfiant à pigment vert (bacille de la diarrhée verte), domine dans certaines entérites. Ailleurs, d'autres agents : thyrothrix, pyocyanique, proteus, l'emportent sur le coli. Dans certaines *dysenteries* domine un bacille petit, immobile, ne formant pas

d'indol, ne coagulant pas le lait, ne faisant pas fermenter les sucres, décoloré par le Gram (Chandemesse et Widal, Vaillard et Dopter, B. Auché, etc.). Il est des cas qui imposent la recherche systématique de tel ou tel germe, suivant des méthodes spéciales. Ainsi en est-il quand on soupçonne la fièvre typhoïde ou le choléra. Ces procédés seront étudiés à propos des maladies infectieuses.

Suivant Girode, les selles des tuberculeux peuvent contenir des grumeaux blanc jaunâtre, paraissant provenir de foyers caséux. C'est sur eux que portera de préférence l'examen; en leur absence, on examinera le liquide diarrhéique. Le bacille tuberculeux sera recherché par les méthodes usuelles. L'inoculation du liquide au cobaye est, dans le cas particulier, impossible, les autres bactéries provoquant alors la mort rapide.

## II. — CONSTIPATION

Le terme constipation désigne la rareté relative des évacuations alvines; *relative*, car si la majorité des sujets sains ont une garde-robe en 24 heures, d'autres en ont normalement deux, ou une tous les 2 jours; variantes subordonnées : au régime (carné ou végétarien), au genre d'occupation (active ou sédentaire), surtout à l'habitude.

La constipation est tantôt *primitive*, compatible avec une santé passable (*constipation habituelle*); tantôt nettement *secondaire* à une affection locale ou générale bien définie; nous n'envisagerons ici que la première variété.

Suivant les sujets, l'absence de garde-robes provoque plus ou moins vite (après 2, 8, 15, 30 jours) le malaise. L'intolérance finit en tout cas par s'établir. Au plus faible degré, elle se traduit par : de l'inappétence, de la congestion céphalique, du mal de tête, des vertiges, de la tristesse, de l'insomnie; parfois un léger météorisme et de vagues coliques. Objectivement, la langue est large, couverte d'un enduit blanc, plus ou moins épais. Le ventre est plus ou moins tuméfié, distendu par les gaz; la percussion et la palpation constatent l'accumulation des matières dans : le cæcum (fosse iliaque droite), le colon transverse (région ombilicale) et l'S iliaque (fosse iliaque gauche); les régions correspondantes, surtout la fosse iliaque gauche, sont le siège d'une tumeur bosselée ou cylindrique, plus ou moins mobile, pâteuse ou très dure, en général indolente : la *tumeur stercorale*, objet de fréquentes erreurs de diagnostic. La présence des matières dans le rectum n'est constatable que par le toucher rectal, ou chez la femme, par le toucher vaginal. Ces troubles fonctionnels et physiques cèdent rapidement à l'administration d'un purgatif.

Non traitée, la constipation cause une série d'accidents, réflexes ou de voisinage. Le séjour des masses fécales dans le petit bassin détermine des troubles variables : fluxions hémorroïdaires; dysurie et cystite du col chez l'homme, par stase dans les plexus périprostatiques; congestions et déviations utérines chez la femme; exceptionnellement, œdème malléolaire, par compression des veines iliaques; sciaticque; parésie du membre inférieur (compression du plexus sacré).

A la phase de *coprostase*, succède d'habitude une *débâcle*, d'abondance

proportionnelle à sa durée, accompagnée souvent de coliques, de défaillances, parfois même de syncope. Quelquefois, le rejet de matières semi-liquides, s'insinuant autour d'un bol fécal dur immobilisé dans le rectum ou le cæcum, laisse persister la stase; c'est la défécation *par regorgement*.

La débâcle entraîne des matières ovillées ou en boules (scybales), noirâtres, dures, sèches, engainées quelquefois par des fausses membranes d'aspect fibrineux, précédées ou suivies de mucosités glaireuses ou concrètes, comparées à des amas de ténias (*entérite muco-membraneuse*). A la masse indurée succèdent souvent des matières franchement diarrhéiques. L'expulsion de volumineux bols fécaux exige de violents efforts, causes possibles de hernies, de prolapsus rectal chez l'enfant, de ptose utérine ou vaginale chez la femme, d'hémorragie cérébrale chez les sujets âgés.

Prolongée, la stase fécale peut aboutir au syndrome de l'*obstruction intestinale* (arrêt des gaz, vomissements alimentaires, puis fécaloïdes).

**Diagnostic du symptôme.** — La constipation est en général facile à reconnaître. Les évacuations incomplètes ou la diarrhée d'irritation que provoque parfois la coprostase n'en imposeront pas. La possibilité de la nature fécale de toute tumeur abdominale sera toujours envisagée et le diagnostic ne sera précisé qu'après une purgation. On ne prendra pas non plus l'occlusion pour une constipation simple.

**Diagnostic étiologique.** — Reste à déterminer la cause de la constipation : anesthésie de la muqueuse rectale? paralysie intestinale? spasme? sécrétion insuffisante? obstacle mécanique?

La *sensibilité réflexe de la muqueuse rectale* est émoussée : soit par habitude (résistance fréquente au besoin spontané); soit par abus des purgatifs; soit grâce à un trouble d'origine central (neurasthénie, hystérie, aliénation, chlorose).

La *contractilité intestinale* est paresseuse (cause la plus commune) chez les dyspeptiques, les sujets atteints d'entérite ou de péritonite chronique. Cette atonie reconnaît une origine centrale, au cours : des méningites, des encéphalopathies, des myélopathies.

Le *spasme* de la tunique musculaire de l'intestin semble, en certains cas, responsable de la constipation : celui du sphincter anal est évident, en cas de fluxion hémorroïdaire, de fissure à l'anus, de vaginisme; on le constate également : au cours de la prostatite aiguë, de la lithiase vésicale, ainsi que chez les hystériques et les épileptiques. La constipation de la colique de plomb a été attribuée au spasme intestinal (Potain).

L'*arrêt des sécrétions intestinales* semble expliquer la constipation des fièvres, celle des sujets soumis à de grandes déperditions liquides (lactation, polyurie, hyperidrose) ou ayant abusé des purgatifs salins. Cette pathogénie est évidente, quand la constipation est due à certains médicaments (opium, belladone, astringents), à l'acholie (cirrhose), ou à la rétention biliaire (ictère infectieux, lithiase biliaire).

Les *obstacles mécaniques* tels que : *sténose*, cicatricielle ou néoplasique; *agents de compression* (bride péritonéale, tumeur abdominale) ou d'*obstruc-*

*tion*, entraînent une constipation chronique qui peut aboutir inopinément à des accidents aigus d'occlusion, rendant une intervention urgente.

La *constipation habituelle* échappe à la classification précédente, quoique se produisant, d'habitude, dans des conditions assez constantes. Frappant plutôt : les femmes, les vieillards, les enfants soumis à une alimentation mal dirigée, les dyspeptiques (dyspepsie atonique), les neurasthéniques (forme intestinale), elle est favorisée par : la vie sédentaire, la rétroversion utérine, la grossesse, un régime trop azoté (viande, œufs, féculents, épices).

Outre les malaises déjà indiqués, la constipation habituelle peut devenir l'objet, chez les névropathes, d'une véritable obsession, troublant profondément l'état psychique (hypocondrie). Les accidents nerveux ne dépendent pas alors de la constipation mais ressortissent, comme elle, à une cause commune, plus haute.

La *constipation secondaire* ne vaut d'habitude que par son association à d'autres signes. Chez les enfants, une constipation rebelle coïncidant avec des signes d'infection, fera songer à la méningite. Au cours du cancer gastrique, constipation signifie tumeur des orifices; du cardia ou de l'œsophage, en l'absence d'ectasie gastrique. La constipation différencie la colique de plomb de beaucoup d'autres douleurs abdominales d'origine toxique. En cas d'ictère, la constipation indique souvent que le cours de la bile est suspendu. Toutes les affections susceptibles d'aboutir à l'occlusion : péritonite chronique, tumeur du petit bassin, sténose cicatricielle ou néoplasique de l'intestin, occasionnent une constipation chronique, mais entrecoupée, à plus ou moins longs intervalles, de débâcles diarrhéiques; et ainsi, jusqu'à l'arrêt définitif du cours des matières.

Chez le nouveau-né, la rétention du méconium fera toujours redouter la sténose congénitale du rectum, ou l'imperforation de l'anus.

### III. — DIARRHÉE

**Signes cliniques.** — Diarrhée signifie évacuation fréquente de matières alvines liquides et abondantes. C'est un symptôme commun à un grand nombre d'états pathologiques et dont la valeur varie beaucoup suivant les cas.

Précédée ou non d'inappétence, de malaises, de coliques sourdes, la diarrhée peut éclater brusquement, par de violentes douleurs abdominales suivies de besoins impérieux d'aller à la selle. A chaque évacuation succède un calme relatif, puis les coliques et les besoins se réveillent. La répétition des selles est proportionnelle à la gravité de la diarrhée. Quand le colon ou le rectum sont malades, les évacuations sont continues, et pour ce dernier, chacune d'elles provoque un *ténisme* très pénible.

Toute diarrhée profuse altère l'état général. Le malade, le corps baigné de sueurs froides, les extrémités cyanosées, souffre de la soif et maigrit très rapidement; il a le teint terreux et le pouls filiforme. Ce syndrome est réalisé en quelques heures par le choléra ou la diarrhée cholériforme.

La diarrhée secondaire à une infection fébrile ne se traduit souvent que par des selles fréquentes et fétides, parfois involontaires.

La *langue* est tantôt large, saburrale (diarrhée catarrhale), tantôt pointue, rouge et vernissée (diarrhées chroniques); le *ventre*, tantôt météorisé (indigestion intestinale), tantôt aplati ou excavé (diarrhées séreuses profuses).

Il n'y a guère que 2 à 4 selles en 24 heures, dans la *diarrhée chronique*; mais la maigreur devient extrême, et la peau sèche, parcheminée.

Les caractères des selles méritent surtout l'attention. De 500 grammes en 24 heures, moyenne normale, la quantité évacuée peut atteindre 40 litres. Le nombre des selles varie de 5 ou 4 en 24 heures à 150 (dysenterie). La diarrhée est continue ou alterne avec la constipation (débâcles). La *couleur* des selles est variable : jaune ou brune (bile), ocreuse (fièvre typhoïde), herbes cuites (diarrhée infantile colorée par la bile ou des bactéries chromogènes, par le calomel), pourpre (sang non digéré), noir de poix ou de goudron (sang digéré, bismuth, plomb, fer), grisâtre, argileuse (absence de bile).

L'*odeur* est fétide, *sui generis*; infecte dans la diarrhée : des dyspeptiques, des anatomistes, des vidangeurs (par inhalations putrides), des débilités; dans la diarrhée par intoxication alimentaire, dans la dysenterie; presque nulle dans les diarrhées séreuses; fade ou aigrette, dans la dyspepsie des nouveau-nés.

La *consistance* varie beaucoup; entre les selles demi-molles et les selles séreuses, on observe tous les intermédiaires; elles sont mousseuses, quand elles contiennent des gaz; glaireuses quand il s'y trouve beaucoup de mucus. Ailleurs, des fragments durs : concrétions fécales, corps étrangers, fausses membranes (*entérite muco-membraneuse*), aliments reconnaissables (*lientérie*), lambeaux de muqueuse sphacélée (dysenterie), nagent dans un liquide muqueux ou bilieux.

La *nature* des selles est complexe : matières normales diluées, au début des diarrhées aiguës; aliments mal transformés (*lientérie*), au cours des diarrhées chroniques; mucus en quantité variable; sang en nature ou digéré; bile pure ou mêlée à des matières; pus; ailleurs, liquide alcalin gris brunâtre, noirâtre ou aqueux (diarrhée séreuse), tenant en suspension des flocons épithéliaux (grains riziformes).

La flore microbienne des fèces, normalement très riche (voy. *Généralités*), croît en raison directe de l'activité des fermentations intestinales.

**Diagnostic.** — La diarrhée se reconnaît facilement. Quelques selles liquides peu copieuses sont compatibles avec la rétention d'un volumineux bol fécal laissant passer, à son pourtour ou à son centre, quelques matières fluides. Au début de certaines occlusions intestinales, l'évacuation du bout inférieur de l'intestin donne lieu à une ou deux selles muqueuses qu'on ne prendra pas pour la débâcle critique.

Il est souvent difficile ou impossible de préciser le siège des lésions causales d'une diarrhée. Cependant, des selles fréquentes, peu fluides, avec douleurs le long du côlon, sans grand météorisme, sont attribuables à la *colite*. Les

lésions de l'*S iliaque* ou du *rectum* se traduisent surtout par du *ténesme*. Quand l'*intestin grêle* est en cause, on observe : du météorisme, des borborygmes, des coliques péri-ombilicales ou diffuses, des selles copieuses et liquides. On connaît mal les signes de la *duodénite*. La *typhlite* entraîne plutôt la constipation que la diarrhée.

**Nature.** — La diarrhée semble reconnaître des mécanismes divers : défaut d'absorption des liquides ingérés; hypersécrétion des glandes intestinales, de la glande hépatique, du pancréas; péristaltisme exagéré; modifications des courants osmotiques normaux ou du régime circulatoire de l'intestin. Ces points sont souvent impossibles à préciser en clinique. On peut cependant classer les diarrhées sous diverses rubriques, suivant qu'elles traduisent un trouble fonctionnel passager ou une lésion matérielle de l'intestin.

**Diarrhée par trouble fonctionnel passager.** — *a. L'hypersécrétion intestinale* est imputable à divers irritants : chyme mal élaboré par l'estomac; aliments avariés, toxiques ou mal tolérés par certains intestins sensibles (*diarrhée par indigestion*); purgatifs hydragogues, vers intestinaux, sevrage.

*b. La diarrhée par polycholie* ou hypersécrétion bilieuse s'observe : au déclin de certains ictères (infectieux ou par rétention), ou, après l'absorption d'agents cholagogues (calomel, évonymine, cascara, podophyllin).

*c. Les diarrhées dites excrétoires* semblent prendre la place de certains flux normaux : sudation, lactation, menstruation, qui se tarissent quand elles apparaissent; ou hâter la résorption de certaines hydropisies séreuses (diarrhées dites critiques). Au même genre appartiennent certaines diarrhées concourant à l'élimination d'agents toxiques absorbés ou fabriqués par l'organisme : *diarrhée par inhalation de gaz putrides* (anatomistes, vidangeurs), *diarrhée des urémiques, des goutteux* (décharges uriques), des *rhumatisants* et des *diabétiques*; *diarrhée des pyrexies infectieuses* (variole confluente, rougeole, grippe, infection puerpérale, streptococcies, scarlatine, oreillons).

*d. On peut appeler diarrhées mécaniques* ou *par stase* celles qui traduisent l'hypertension dans le réseau capillaire de la muqueuse intestinale. en rapport avec une gêne dans la circulation porte, dont les causes sont très variables : pyléphlébite, compression de la veine porte, cirrhose, insuffisance triscuspide et asystolie.

*e. Les diarrhées nerveuses* sont l'expression d'un trouble vaso-moteur d'origine centrale ou réflexe. La *diarrhée émotive*, la *diarrhée hystérique* reconnaissent une origine psychique. Les diarrhées du tabes, de la maladie de Basedow, de certaines psychoses, ressortissent à une lésion de l'axe nerveux. Les diarrhées symptomatiques du refroidissement, des brûlures étendues, de la dentition, sont d'*origine réflexe*.

**Diarrhées liées à des lésions intestinales.** — Ces lésions sont *superficielles* ou *profondes*. Les premières, consistant en congestion ou desquamation épithéliale, caractérisent : l'*entérite a frigore*, la *diarrhée saisonnière*, les *diarrhées infectieuses spécifiques* (choléra asiatique, choléra nostras, choléra infantile; diarrhée du paludisme, des pays chauds). Les secondes, consistant en *ulcérations*, entraînent souvent la *diarrhée chronique*, expres-

sion de la tuberculose ou du cancer de l'intestin, de l'amylose, de la lymphadénie intestinales; mais quelquefois aussi la *diarrhée aiguë*, comme on l'observe dans la fièvre typhoïde, la dysenterie, les intoxications par le tartre stibié, le sublimé, l'arsenic, etc.

**Causes.** — Les causes des diarrhées secondaires varient autant que les affections qui les commandent. Celles des diarrhées primitives sont souvent obscures. Le refroidissement, les grandes chaleurs, les émanations putrides, la contamination de l'eau potable, l'encombrement, l'ingestion de viandes gâtées, de fruits verts, l'abus des boissons glacées ou acides, l'absorption de certains agents toxiques (arsenic, cuivre, purgatifs) favorisent son développement.

**Valeur diagnostique.** — L'origine de la diarrhée ressort quelquefois clairement des caractères des selles. Des aliments mal digérés mêlés à de la bile, à du mucus, éveilleront l'idée d'*indigestion*; surtout si ces matières sont expulsées après de violentes coliques. Des matières dures mêlées de glaires et de concrétions rubanées sont propres à l'entérite muco-membraneuse. Les matières bilieuses signifient catarrhe gastro-duodéal ou infection biliaire à divers degrés. La *diarrhée ocreuse* fait songer à la fièvre typhoïde; des selles glaireuses sanguinolentes (frai de grenouille, crachats pneumoniques) ou mêlées de lambeaux sphacelés, dénoncent la dysenterie. La diarrhée séreuse à grains riziformes fera songer au choléra. Les selles graisseuses indiquent une lésion pancréatique. La lientérie reconnaît plusieurs origines possibles: dyspepsie gastro-intestinale, péritonite chronique, dysenterie invétérée, convalescence de fièvre typhoïde. La présence du sang dans les selles a une signification très variable (voy. *Hémorragies intestinales*); celle du pus provient soit de l'ouverture d'un abcès dans l'intestin, soit de larges surfaces ulcérées. La présence de vers intestinaux ou de leurs œufs, d'anneaux de ténia, offre une haute valeur diagnostique, quand on la constate. Quand on soupçonne le choléra, l'*examen bactériologique* (sur lamelles et par cultures) des flocons riziformes, expulsés les premiers, est fort important.

#### IV. — HÉMORRAGIES INTESTINALES

Hémorragie intestinale se dit de toute hémorragie prenant source dans la muqueuse intestinale, du duodénum au rectum.

**Signes cliniques.** — Si le sang n'est pas expulsé, l'hémorragie ne se traduit que par des troubles vagues: ballonnement, cuisson abdominale, à moins qu'elle ne soit copieuse; en ce cas, le malade pâlit, a le pouls filiforme, les extrémités froides, et est sujet à la défaillance ou même à la syncope. Le seul signe certain est l'apparition, dans les selles, de sang pur ou modifié. Il est tantôt rouge, à l'état de stries sur le bol fécal, ou, s'il est abondant, inondant le lit du malade; tantôt et plus souvent défiguré par la coagulation, par son mélange avec les fèces, du pus ou des mucosités. Il revêt alors l'aspect soit

de grumeaux ou d'une poudre noirâtre (*marc de café* ou *tabac*), nageant dans un liquide diarrhéique, soit d'une pâte noire et poisseuse (*poix, goudron*) appelée *melæna*. En cas de dysenterie, le sang mêlé de mucus et de pus a été comparé aux crachats rouillés pneumoniques.

Suivant sa cause, l'hémorragie est tantôt passagère, accidentelle; tantôt répétée pendant plusieurs jours ou des mois. Sa quantité varie d'une cuillerée à peine à plusieurs litres.

**Diagnostic du symptôme.** — On se rappellera que certains médicaments noircissent les selles; tels sont: le bismuth, le perchlorure de fer, le ratanhia. Dans le doute, on lave les matières sous un filet d'eau ou on les examine au microscope.

Le sang mêlé aux fèces peut l'être pendant leur expulsion et provenir des voies urinaires ou génitales. Un examen un peu soigneux éclaircira ce point. Chez l'enfant, le sang d'une épistaxis dégluti pendant le sommeil peut se retrouver dans les selles; le même fait peut se produire à la suite d'une amygdalotomie, ou chez le nouveau-né qui avale le sang d'une gerçure du mamelon. L'examen de la gorge (pharynx strié de sang), celui du mamelon de la nourrice, éviteront ces erreurs. Le *melæna* peut résulter d'une gastrorrhagie, mais il est rare alors qu'on ne note pas en même temps des hématomèses et des signes d'ulcère ou de cancer de l'estomac. Chez les hystériques, on songera aussi à la simulation, qui est fréquente.

**Diagnostic de la cause.** — Il est des cas où la cause saute aux yeux; tels ceux: de contusion ou de plaie pénétrante de l'abdomen, d'ingestion de corps étrangers vulnérants ou de liquides corrosifs, d'une lésion ano-rectale évidente: hémorroïdes, polype ou épithélioma du rectum. Dans d'autres, l'origine est moins claire; tantôt exsudé par l'intestin, en même temps que par d'autres voies, le sang est altéré; tantôt son issue implique l'existence d'ulcérations intestinales.

La *fièvre typhoïde* est une des causes les plus communes d'entérorragie par ulcérations aiguës. Les hémorragies se déclarent soit à la fin de la 1<sup>re</sup> ou au début de la 2<sup>e</sup> semaine (*hémorragies précoces* congestives), soit de la fin de la 2<sup>e</sup> semaine à la 5<sup>e</sup> (*hémorragies tardives* par élimination des escarres), ces dernières plus graves et plus abondantes. Toute hémorragie notable entraîne dans la courbe thermique des typhiques une chute de 1, 2 ou même 3 degrés; mais la petitesse du pouls, sa fréquence, impliquent l'idée d'une fausse défervescence passagère. Semblable complication est toujours une cause d'affaiblissement; l'hémorragie tardive et abondante peut même aboutir au collapsus ou à une syncope mortelle.

L'*entérite*, aiguë ou chronique, l'abus des purgatifs drastiques, peuvent déterminer des selles sanguinolentes.

Des selles continuelles, accompagnées d'épreintes très douloureuses et formées de mucosités teintées de sang mêlées à des pseudo-membranes (raclures de boyaux) dénoncent assez clairement la *dysenterie*.

L'*érysipèle*, les *brûlures étendues*, entraînent quelquefois des ulcérations intestinales susceptibles de saigner.

L'entérorragie constitue, avec une anémie progressive, le signe principal de la présence dans l'intestin de l'*ankylostome duodénal*; dès qu'on la soupçonne, un vermifuge permet de fixer le diagnostic.

En cas de *cancer de l'intestin*, la tumeur, la cachexie, la constipation spéciale, précèdent généralement les hémorragies.

L'*entérite tuberculeuse*, certaines formes de *phthisie aiguë*, la *phthisie chronique avancée*, sont des causes plus rares d'hémorragie intestinale. Il en est de même de la *dégénérescence amyloïde*. Les *cirrhoses alcooliques* (par hypertension dans le système porte) peuvent déterminer de graves hémorragies intestinales (Debove et Courtois-Suffit). Les *cardiopathies valvulaires*, à la période asystolique, en provoquent par le même mécanisme. Les *fièvres éruptives* à forme hémorragique, l'*ictère grave*, la *fièvre jaune*, le *purpura*, se traduisent par des hémorragies dont l'une des sources est souvent la muqueuse intestinale. Le *scorbut*, l'*hémophilie*, la *leucémie*, le *mal de Bright*, l'*urémie*, l'*artério-sclérose*, sont susceptibles de présenter la même complication.

Le *melæna des nouveau-nés*, accident de cause encore obscure (accouchement laborieux ou ligature prématurée du cordon), se manifeste dans les 2 ou 3 premiers jours de la vie par des selles sanglantes et répétées entraînant rapidement une anémie grave, habituellement mortelle (prostration, pâleur, hypothermie, petitesse du pouls, dépression des fontanelles).

## CHAPITRE IX

### SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES INTESTINS

#### I. — ENTÉRITES AIGUËS

**Signes étiologiques.** — Chez l'adulte, l'*entérite primitive* est, suivant les cas, attribuable au froid, à un régime alimentaire défectueux ou à l'abus des drastiques. Chez l'enfant, elle est surtout favorisée par un allaitement artificiel mal dirigé, la saison chaude et la dentition. A l'âge adulte, l'*entérite secondaire* complique les affections hépatiques, cardiaques ou pulmonaires; dans l'enfance, elle survient au cours des fièvres éruptives, surtout de la rougeole.

**Signes cliniques.** — **Indigestion.** — Elle a parfois une expression purement intestinale; alors surviennent, 4 à 5 heures après le repas, des coliques avec borborygmes et émission de gaz fétides, suivies de 5 ou 6 selles copieuses, infectes, d'abord pâteuses, puis liquides. L'appétit persiste souvent; en 5 ou 6 jours tout est apaisé.

**Entérite aiguë légère.** — Elle respecte l'état général et l'appétit, mais, pendant plusieurs semaines, souvent chaque repas est suivi de tension abdo-

minale, de quelques coliques, puis d'une ou deux selles pâteuses ou gazeuses.

A un degré plus élevé, les coliques sont plus fortes, les selles plus abondantes, muqueuses, bilieuses, parfois lientériques, la bouche est mauvaise, l'appétit diminué, l'urine rare. Le malade n'a pas de fièvre, mais s'affaiblit. Cet état dure 8 à 15 jours.

**Entérite apyrétique.** — Elle s'observe bien plus souvent chez les *enfants du premier âge*. Tantôt, il n'y a, après chaque repas, qu'une selle ou deux; ailleurs, il y en a 8 ou 10 par jour, liquides ou pâteuses, blanchâtres (caséine mal digérée), vert épincard (*diarrhée verte*) ou panachées (parties blanches, jaunes et vertes); alcalines, acides ou neutres.

Des cris aigus, plaintifs, la flexion des cuisses sur le ventre, traduisent les coliques chez les nouveau-nés. Plus grands, les enfants, pâles et grognons, ont les chairs molles et les yeux cernés. L'appétit est capricieux, la soif vive. Le ventre, ballonné, sonore, n'est pas sensible à la pression. Cet état dure 1 à 5 semaines, 1 mois; il peut devenir chronique, aboutir à l'entérite fébrile ou au choléra infantile.

**Entérite aiguë fébrile.** — Elle débute brusquement par des frissons et de la fièvre, des nausées et des vomissements, puis des coliques. La diarrhée a les mêmes caractères que dans la forme précédente; mais l'appétit est nul, la langue très chargée; la fièvre, continue ou rémittente, atteint 39°, 39°, 5. La maladie dure 7 à 8 jours et guérit rapidement.

**Entérite fébrile de l'enfant.** — Elle éclate en pleine santé, ou au cours d'une entérite apyrétique, par de la fièvre, du mal de tête et des vomissements répétés pendant 2 ou 3 jours. Nombreuses, liquides, les selles succèdent à de vives coliques. Le thermomètre marque 38°, 5, 39°, 5, 40°; le pouls bat 110 à 120; la langue, saburrale, est rouge sur les bords; l'haleine est fétide; le ventre, un peu tendu et sonore, est sensible à la pression. Les nuits sont agitées, parfois délirantes. L'état général s'améliore au bout de 10 à 15 jours; mais la diarrhée persiste quelque temps. Des rechutes se produisent au moindre écart de régime. L'entérite peut entraîner la mort, due soit aux progrès de l'affaiblissement, soit au purpura ou à une broncho-pneumonie éclatant à la fin de la première semaine.

L'exagération de certains symptômes donne lieu à quelques formes rares (Rilliet et Barthez).

Dans une *forme cholérique*, les selles sont fréquentes et séreuses, les extrémités froides, le pouls est petit; mais ces accidents ne durent guère qu'un jour.

Les selles sont muqueuses et sanguinolentes dans la *forme dysentérique*. Les nausées, les vomissements, la gastralgie caractérisent la *forme gastrique* (gastro-entérite).

Une *forme typhoïde* se distingue par la prostration ou l'agitation, la sécheresse de la langue, mais sans taches rosées, ni splénomégalie.

Chez les très jeunes enfants en travail de dentition, des convulsions peuvent éclater, au début, dans le cours, ou à la phase terminale de l'entérite, c'est la *forme convulsive*. D'autres fois, la rétraction du ventre, la photophobie, la somnolence, l'arythmie respiratoire et cardiaque, simulent la