

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 épiniard (*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

méningite, mais la diarrhée survient au bout de 1 jour ou 2, c'est la *forme méningitique*.

L'entérite secondaire aux fièvres éruptives (rougeole surtout), à la pneumonie, frappe particulièrement les enfants, mais ne présente rien de spécial.

**Diagnostic.** — Il est généralement facile. L'essentiel est de ne pas regarder comme primitive une entérite secondaire (carcinome). L'entérite est habituellement généralisée; quand elle est circonscrite, le diagnostic du siège repose sur des présomptions.

La *duodénite*, consécutive aux brûlures étendues, à la lithiase biliaire, se distingue souvent par : l'absence de diarrhée, l'ictère, et des douleurs dans la région duodénale plus vives, 4 à 5 heures après le repas.

La *typhlite* sera étudiée à part.

La *colite aiguë*, ou plutôt les poussées aiguës au cours de la colite chronique, se traduisent : par des coliques occupant surtout les flancs et la région sus-ombilicale, sensibles au palper et météorisés, par l'expulsion des scybales enrobées de mucus et de stries sanguinolentes.

Les douleurs ano-coccygiennes, le ténesme anal, le prolapsus du rectum chez les enfants, dénoncent la *rectite* ou la *proctite aiguë*. Elle est tantôt associée à l'entéro-colite, tantôt isolée et due à des causes variables : abus des drastiques, des lavements, des suppositoires irritants; constipation prolongée, corps étrangers, pédérastie, blennorragie, oxyures vermiculaires, hémorroïdes; affections prostatiques, utérines ou péri-utérines.

La *proctite* provoque, au-dessus de l'anus, le long du coccyx et du sacrum, de la pesanteur, puis une douleur irradiant vers la vessie, l'utérus, les lombes, les cuisses; accompagnée de fréquents besoins d'aller à la selle, de ténesme et de contracture anale. Ces épreintes n'expulsent que des mucosités glaireuses, mêlées parfois de pus ou de sang. Le doigt franchit avec peine l'orifice anal rétréci par la contracture; la muqueuse anale, chaude, molle, apparaît au spéculum rouge et tuméfiée, quelquefois en prolapsus. Les hommes présentent de la dysurie, des érections fréquentes; les femmes, de la leucorrhée. L'état général est à peine modifié; la maladie guérit en 8 ou 15 jours, mais peut passer à l'état chronique. On la voit aussi se compliquer d'ulcérations de la muqueuse rectale et de perforations susceptibles d'entraîner la *suppuration du tissu péri-rectal*.

## II. — CHOLÉRA INFANTILE

**Signes étiologiques et cliniques.** — Plus commun l'été chez les enfants de 3 à 20 mois, en travail de dentition, surtout s'ils sont débiles, rachitiques ou dyspeptiques, le *choléra infantile* est l'expression d'un empoisonnement par le lait défectueux ou par les toxines du *bacterium coli* à virulence exaltée.

Il se déclare d'emblée ou, bien plus souvent, dans le cours soit d'une entérite aiguë datant de quelques jours ou quelques semaines, soit d'une dyspepsie chronique. Toujours brusquement éclatent des vomissements répétés et une

diarrhée séreuse profuse suivis d'un dépérissement rapide. Les vomissements peuvent manquer chez les nourrissons au sein; sinon, formés d'abord de débris de lait caillé, ils deviennent vite séreux, incolores ou teintés de vert par la bile, survenant sans efforts, presque sans nausées, motivés ou non par la moindre ingestion de lait.

D'abord normalement colorées, bilieuses, jaunâtres ou noirâtres, les selles deviennent aussi très rapidement séreuses et incolores, mais sans grains riziformes. La diarrhée est profuse (5, 6 à 24 selles en 24 heures), la soif vive, le ventre légèrement ballonné, mais peu sensible, quoique l'enfant souffre, au début, de coliques; les fesses sont rouges et excoriées. Le *pouls* est fréquent, mais la *température* ne passe pas 37°, 37°,5 dans l'aisselle, 38° à 39° dans le rectum. Agité quelquefois, l'enfant, plus habituellement abattu, a les yeux caves et le regard terne. En 2 à 5 jours, rarement en quelques heures, exceptionnellement en 8 ou 15 jours, l'*algidité* est réalisée; le nez se pince, les yeux s'excentrent, la cornée perd son éclat, les commissures sont abaissées, le teint se plombe, une pâleur de cire envahit le tégument, sauf les extrémités qui se cyanosent; l'amaigrissement est très marqué, ou remplacé par le *scléreme dur* (peau immobile sur un tissu cellulaire comme figé). La *peau* est froide (moins de 36° dans l'aisselle, 37° dans le rectum); le *pouls* est lent (50 à 60), petit, misérable; la respiration est irrégulière, difficile (sans signes pulmonaires). La *langue* est saburrale, sèche, froide; le ventre, déprimé, flasque, indolent; l'urine est rare, habituellement albumineuse; les vomissements et la diarrhée continuent. De plus en plus inerte, l'enfant succombe bientôt au collapsus ou à une crise d'éclampsie.

Dans les cas favorables, le pouls se relève, la chaleur renaît, l'œil se ranime; néanmoins, la diarrhée persiste encore plusieurs jours.

Dans les formes moins complètes, les vomissements manquent, et parfois même, les selles aqueuses (choléra sec); l'algidité et la cyanose subsistent seules.

Observée 5 fois sur 4, la mort survient en quelques heures (5 heures) ou plusieurs jours (2 à 5 jours; 8 dans la forme lente). En cas de guérison, la diarrhée persiste durant la réaction, et les rechutes foudroyantes restent possibles.

**Diagnostic.** — Il est facile; les crampes, les selles riziformes distinguent le choléra asiatique infantile (examen bactériologique). L'*invagination* se traduit par des selles muco-sanguines, du ténesme, des vomissements bilieux ou fécaloïdes, et surtout par une tumeur abdominale caractéristique. La *gastro-entérite infectieuse du sevrage* s'accompagne de fièvre vive, d'état typhoïde, de selles et de vomissements moins fréquents.

## III. — APPENDICITE

A l'appendicite reviennent actuellement la plupart, sinon tous les accidents attribués jadis à la typhlite.

**Signes étiologiques.** — L'appendicite s'observe à tout âge et dans les deux sexes, mais particulièrement chez les garçons de 5 à 15 ans. Elle éclate généralement sur un terrain préparé par des lésions folliculaires chroniques



FIG. 173. — Appendicite calculeuse. (Dieulafoy.)

que paraissent favoriser : l'atonie intestinale, la colite muco-membraneuse, la dyspepsie hyperpeptique (A. Robin), la cholémie familiale ou diathèse d'auto-infection (A. Gilbert), l'hérédité, la syphilis (Gaucher), le régime carné exclusif, les flexuosités ou coudures de l'appendice. Les causes déterminantes de la crise sont variables : écart de régime, refroidissement, menstruation, maladie infectieuse (grippe, etc.), traumatisme (rare) ; présence, dans l'appendice, de corps étrangers (épingles, arête, pépin), et surtout, d'une ou plusieurs concrétions stercorales (entérolithes) brunâtres, dont les stratifications indiquent la lente formation sur place.

L'appendice, organe lymphoïde, comparable à l'amygdale, est aussi sujet à s'infecter et réagit de même. L'oblitération de sa lumière, quand elle survient, le transforme en *vase clos* ou pullulent plus activement les germes (le colibacille et principalement les anaérobies).

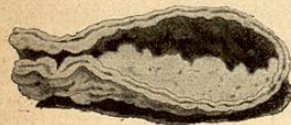


FIG. 175. — Appendicite oblitérante ; dilatation ampullaire de la cavité close. (Routier.)

grande réaction locale. On peut décrire : (Brun) l'*appendicite simple*, l'*appendicite avec péritonite enkystée*, l'*appendicite avec péritonite suppurée généralisée*, l'*appendicite avec péritonite septique*, et l'*appendicite chronique*.

**Appendicite simple.** — Elle consiste essentiellement dans l'apparition soudaine, sans prodromes, d'une douleur abdominale accompagnée, souvent mais non toujours, de vomissements ; quelquefois d'un léger train de fièvre très fugace.

La *douleur spontanée* éclate brutalement au niveau de l'ombilic, ou autour ; plus exactement dans la moitié droite du ventre. La palpation de la fosse iliaque droite éveille la contraction de la paroi abdominale. En déprimant celle-ci, du bout du doigt, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure (*point de Mac Burney*), on provoque une douleur vive et exquise. Au lieu de vomissements, il n'existe parfois qu'un simple état nauséux.



FIG. 174. — Calculs appendiculaires stratifiés. (Dieulafoy.)

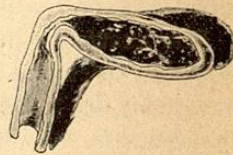


FIG. 176. — Appendicite par coudure. (Dieulafoy.)

Quand ils surviennent, on peut les voir reparaitre plusieurs jours de suite le matin, au réveil. La *fièvre*, inconstante dans cette forme, est toujours modérée (38°, 38°,5), éphémère, tombant brusquement, comme les autres signes, après 12, 24 ou 36 heures. Il ne subsiste plus alors dans la fosse iliaque qu'une légère sensibilité à la pression forte. Parfois pourtant, la douleur reste appréciable plusieurs jours, associée, plus rarement, à une petite tuméfaction roulant sous le doigt. Chez certains sujets, nerveux ou hystériques, les douleurs suraiguës, l'hyperesthésie du ventre, le facies grippé, les vomissements porracés simulent la péritonite vraie.

**Appendicite avec péritonite enkystée péri-appendiculaire.** — Cette forme, la plus commune, représente l'ancienne typhlite des auteurs ; elle débute comme la précédente, mais la *douleur*, plus vive, éveille une contracture plus marquée ; les *vomissements*, plus constants, sont répétés les premiers jours ; la *fièvre* atteint, dès le début, 39°, 40° C, le pouls bat 110-120. La *palpation*, quand elle est possible, constate, au bout de 24 à 36 heures, dans la fosse iliaque droite, soit un *plastron* induré, soit une *tumeur* véritable, située au dessus de la crête iliaque ou en dedans du cæcum, plus près de l'ombilic. Mais, fréquemment, la contracture de la paroi masque entièrement ces détails qui ne se révèlent que sous le chloroforme.

En même temps, existent, presque toujours, des signes d'embarras gastrique : anorexie, constipation, langue blanche, plus rarement diarrhée, qui peuvent survivre à la douleur.

La *marche* est variable ; tout peut se calmer en 6 à 8 jours ; mais la résolution complète est fort lente ; bien plus souvent subsiste un noyau induré et indolent. Ailleurs, la suppuration se déclare (abcès) ; annoncée par la persistance de la fièvre, ou son retour après une rémission passagère. Dans les cas d'appendicite rétro-cæcale, la suppuration peut gagner insidieusement, malgré l'absence de fièvre. Aussi, le palper et, au besoin, le toucher rectal doivent-ils suivre les modifications de la tumeur, dont l'état stationnaire ou les progrès, malgré le traitement, seront toujours tenus pour suspects.

Abandonné à lui-même, l'abcès entre en résolution ou s'ouvre, soit extérieurement, soit dans un organe voisin, ou dans le péritoine (péritonite suraiguë).

La possibilité de la résolution est démontrée. L'ouverture cutanée est rare et tardive. L'ouverture dans le cæcum est commune ; elle est plus rare dans le rectum, le vagin ou la vessie. L'ouverture dans le péritoine est habituellement suivie d'une péritonite diffuse, rapidement mortelle. Ailleurs, de vastes suppurations envahissent, sans grande réaction, la région sous-phrénique et la plèvre, pouvant occasionner : l'ulcération des gros vaisseaux, la pylé- phlébite, des abcès du foie. Ailleurs, se montrent d'emblée des *signes de*

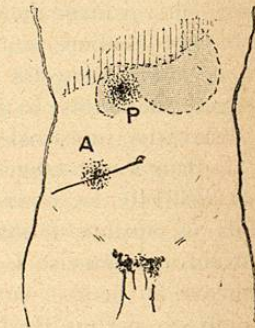


FIG. 177. — Point de Mac Burney (A) siège de la douleur maxima, en cas d'appendicite. (Dieulafoy.)

*péritonite généralisée* : ventre très sensible, facies grippé, constipation rebelle, puis se forment un ou plusieurs abcès enkystés et indépendants (*péritonite suppurée à foyers multiples curable*).

**Appendicite avec péritonite suppurée généralisée.** — Cette forme est aussitôt grave. Après un écart de régime ou sans cause connue, éclate soudain, au voisinage de l'ombilic, une douleur aiguë qui ne tarde pas à gagner l'abdomen entier, tout en restant plus marquée du côté droit; en même temps surviennent des vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux verdâtres, incessants. La constipation absolue, sans issue de gaz, fait songer à l'obstruction intestinale.

La langue est saburrale, la température atteint vite 39° et plus; le pouls bat 120-140. Le ventre, un peu tendu, est partout rigide, d'une dureté de bois, et sensible; le maximum de la douleur siège à droite, au point de Mac Burney que précise la pression avec la pulpe de l'index. L'état s'aggrave d'heure en heure. Aux vomissements bilieux succèdent des vomissements noirâtres, parfois fécaloïdes, tandis que l'abdomen se ballonne et que les urines se suppriment. Le facies devient franchement péritonéal: yeux cernés et excavés, nez effilé, pommettes violacées; le thermomètre marque 39°, 40°, le pouls faiblit et s'accélère; la respiration est anxieuse et fréquente; l'agitation, extrême, va jusqu'au subdélire. Hors la douleur, l'examen du ventre ne révèle rien; seul le *toucher rectal* constate quelquefois une tuméfaction liquide dans le cul-de-sac péritonéal inférieur.

Les accidents évoluent vers la mort en 48 heures; en 4, 5 ou 6 jours; 8 ou 10 jours en cas d'intervention qui, du reste, ne donne, elle-même, que peu de chances de salut.

**Appendicite avec péritonite septique diffuse.** — C'est une forme rapidement maligne, facilement méconnue à son début. Par des vomissements, peu abondants, et une diarrhée, habituellement fétide, elle simule une simple indigestion. La *constipation* est exceptionnelle; la *douleur*, souvent épigastrique, est modérée; le point de Mac Burney n'est découvert que grâce à un examen minutieux. Le ventre, jusqu'à la fin, peut rester plat et souple, sans ombre de tuméfaction. *L'atteinte profonde de l'état général* attire surtout l'attention. Saburrale, la *langue* est rouge à la pointe et sur les bords; le *facies* est plombé; les *yeux* sont cernés et excavés, la respiration est accélérée, l'agitation très grande. Après avoir atteint 39°, la *température* tombe, au bout de deux jours, à 37° et au-dessous; le *pouls* petit, filiforme, bat 150 à 160. Constante, la mort survient à bref délai, en 56 heures, 4 à 5 jours au plus, dans le collapsus cardiaque, en pleine connaissance (le pouls s'accélère et la température s'abaisse).

**Appendicite chronique.** — L'inflammation chronique des follicules de l'appendice qui prépare l'appendicite aiguë peut demeurer longtemps silencieuse. Le diagnostic est pourtant souvent possible, grâce à un examen méthodique. Guinard a attiré l'attention sur la valeur de l'*appendicalgie*. Par le fait, ces malades accusent souvent des douleurs abdominales spontanées, mais de sièges variables: souvent à gauche, plus fréquemment à l'épigastre ou à l'ombilic (Walther), quelquefois en arrière et au-dessus de la crête

iliaque, ailleurs au testicule ou à la cuisse; la douleur appendiculaire, provoquée par la pression, est seule pathognomonique; la douleur spontanée n'offre qu'une valeur très relative, reposant sur son association à des troubles digestifs et généraux: amaigrissement, affaiblissement, teint sub-ictérique, céphalée, langue sale, troubles cardio-vasculaires simulant ceux de la chlorose, expression d'une infection chronique (Walther). L'appendicite chronique avérée est celle qui a fait sa preuve par une première crise aiguë. Tout appendice enflammé, cliniquement guéri, porte en ses parois la menace permanente d'accidents nouveaux (Roux). *L'appendicite chronique à rechutes ou à répétition* offre des aspects cliniques divers. Parfois, ce sont de vagues douleurs, des tiraillements permanents dans la fosse iliaque droite qu'exagèrent la marche et la fatigue (sans signes à la palpation). Plus souvent, des années après une crise aiguë qui semblait guérie, une récurrence survient, de forme variable; ou encore, à une crise légère, succède vite une série de rechutes, se renouvelant à quelques semaines d'intervalle, pendant des mois et des années. Chaque fois, les accidents sont anodins; une péritonite mortelle est pourtant possible à la 2<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> crise.

**Diagnostic.** — Il n'est difficile que dans les formes anormales. *L'appendicite simple* peut être prise pour une crise de colique hépatique ou d'entérocolite. Le meilleur signe est la douleur fixe dans la fosse iliaque droite, avec contracture localisée de la paroi.

*L'appendicite enkystée* prête surtout à confusion quand la tumeur, éloignée de la fosse iliaque droite, simule: un *abcès péri-néphrétique* (appendicite rétro-cæcale) ou une *périmérite* (appendicite pelvienne).

La *péritonite généralisée d'origine appendiculaire* est confondue souvent avec l'étranglement interne. La distinction repose: sur la constatation de fièvre, au début, et davantage sur la douleur, toujours exaspérée par la pression dans la fosse iliaque droite. Cette localisation de la douleur élimine également l'idée d'une péritonite par perforation de l'estomac (pas de vomissements) ou du duodénum.

La recherche méthodique du point de Mac Burney permet seule aussi de reconnaître la *péritonite septique appendiculaire* qui en impose fréquemment pour: une indigestion, un embarras gastrique ou un début de fièvre typhoïde.

Nous avons indiqué plus haut les éléments du diagnostic de l'*appendicite chronique*. Exceptionnellement, on saura que la douleur caractéristique peut occuper la fosse iliaque gauche.

Dans l'*appendicite enkystée* aucun signe ne permet de reconnaître la *suppuration*, généralement précoce du reste. Il est aussi impossible d'apprécier cliniquement l'état de l'appendice et la probabilité de la récurrence.

#### IV. — DYSENTERIE

**Signes étiologiques.** — La dysenterie est une entérite infectieuse, contagieuse, épidémique, surtout limitée au gros intestin.