

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^e ou 5^e 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.

Au point de vue causal, la dysenterie apparaît plutôt comme un syndrome imputable, suivant les cas, à des espèces pathogènes variables⁽¹⁾. Deux formes semblent pourtant pouvoir être distinguées : 1° la *dysenterie amibienne*, propre aux pays chauds, plutôt endémique qu'épidémique, à marche habituellement lente, tendant vers la chronicité, fréquemment compliquée d'abcès du foie; 2° la *dysenterie bacillaire*, affection épidémique de toutes les latitudes, à marche rapide, très rarement compliquée d'abcès hépatique (provoquée par un bacille étudié par Chantemesse et Widal, Shiga, Kruse, Flexner, Strong et Musgrade, B. Auché, Vaillard et Dopter). Mais bien d'autres bactéries ont été isolées chez les dysentériques (colibacille, bacille pyocyanique; bacilles de Roger, de Lemoine, de Barbier et Tollemer; spirille de Le Dantec; coccobacille de Lesage) et la question de pathogénie demeure encore à l'étude. Quoi qu'il en soit, les notions traditionnelles qui suivent restent encore vraies dans leur généralité, au point de vue étiologique et clinique, surtout en ce qui concerne la *dysenterie amibienne*.

Affection des pays chauds et des saisons chaudes, la dysenterie frappe plutôt les agglomérations d'individus (armées, prisons), soumis à une alimentation insuffisante ou défectueuse (fruits verts, abus des corps gras, des féculents, des salaisons, eau viciée) et à de brusques variations thermiques. Son éclosion semble favorisée par l'infection du sol (dans les campements prolongés), des mares et des fosses d'aisances.

Signes cliniques. — **Dysenterie aiguë.** — Sauf chez les sujets très affaiblis, on observe habituellement des prodromes, diarrhée bilieuse, apyrétique et indolente, ou état gastrique un peu fébrile. Après deux à vingt jours, le ventre s'endolorit et les selles deviennent plus fluides, plus visqueuses, semées de grumeaux jaunâtres striés de sang et mêlés à une substance spumeuse. Peu à peu, les matières, à peine rosées, prennent l'aspect de *frai de grenouille* ou des *crachats visqueux* de la première période de la pneumonie. Plus aiguës, les *douleurs* s'étendent le long du gros intestin, à l'hypogastre et à l'anus, consistant : en élancements, sensations de torsion, sources d'efforts et de contractions très pénibles (*épreintes*); en pesanteur et cuissons anales qu'exaspère la contracture douloureuse des sphincters. Ce ténesme, entretenu par une sensation de corps étranger, n'aboutit qu'au rejet d'une quantité insignifiante de matières. Ces besoins se répètent 15 à 20 fois l'heure. Les urines sont rares, la soif est vive, la peau sèche, la langue saburrale. Les malades accusent de l'inappétence, un peu de céphalée, et présentent quelques vomissements bilieux ainsi qu'une fièvre atteignant rarement 39°.

Avec les progrès des lésions, les selles, atrocement fétides, deviennent une sérosité sanguinolente où nagent des lambeaux charnus (*lavure de chair, rature de boyaux*) formant quelquefois manchon, et que l'examen histologique reconnaît pour des fragments de muqueuse intestinale. Les malades ne tardent pas à être confinés au lit par une adynamie plus ou moins profonde.

(1) Voy. B. Auché, *Presse méd.*, 24 mai 1905.

La langue et les dents sont fuligineuses; le ventre, excavé, est parfois très douloureux à la pression. Les incessants efforts de défécation entraînent un véritable *prolapsus rectal*. Dépouillée, la langue est effilée, d'un rouge vif. Les urines, très rares, sont expulsées avec douleur. La voix s'éteint.

Quoique la guérison soit encore possible, la mort, dans le collapsus, succède habituellement à une rémission trompeuse de quelques jours.

Formes cliniques. — **Forme bénigne.** — L'état général est peu atteint; il n'y a guère, par jour, que 10 à 15 selles, qui sont, d'abord blanc grisâtre (*dysenterie blanche*). Les accidents ne durent que huit à quinze jours.

Forme inflammatoire. — Plus ou moins vive, la fièvre s'accompagne de faiblesse et de prostration. Elle est liée à l'embaras gastrique ou à la suppuration du tissu sous-muqueux (*dysenterie phlegmoneuse*).

Forme hémorragique. — Surtout propre à la zone intertropicale, cette forme se complique souvent d'épistaxis, d'ecchymoses et de purpura.

Dysenterie gangreneuse. — Elle est caractérisée par la présence, dans les selles, de lambeaux de muqueuse très fétides et par un état général grave (hoquet, délire, sueurs froides).

Dysenteries algides. — L'algidité n'appartient pas seulement aux cas compliqués de choléra, mais à tous les cas graves.

Dysenterie rhumatismale. — On désigne ainsi une forme, sans parenté avec le rhumatisme, souvent légère, mais caractérisée par des *arthropathies* survenant dans son cours ou à son déclin, fréquemment mono-articulaires, et débutant par les genoux, pouvant envahir, sans grande fièvre, toutes les jointures. La diarrhée cède d'habitude à l'apparition des *arthropathies*, qui guérissent sans laisser de traces sur les articulations, ni sur l'endocarde.

Dysenterie bilieuse. — Généralement fébrile, cette forme se traduit par une diarrhée bilieuse, des vomissements bilieux et du subictère.

Dysenteries associées. — La dysenterie peut se combiner à la *malaria* (fréquent), à la *fièvre typhoïde*, à la *tuberculose*, plus rarement à la *variole*.

Évolution. — La marche de la dysenterie n'est pas cyclique; sa durée est indéterminée. Dans les climats tempérés, elle dure huit à quinze jours (forme bénigne) ou deux à cinq semaines (forme grave); dans les climats chauds, elle peut tuer en quelques jours, en vingt-quatre heures, ou traîner un mois.

Les *rechutes* surviennent au moindre écart de régime. Les *récidives* sont également la règle. La *mortalité* varie suivant les régions (1/2, 1/5). Le passage à l'état chronique est fréquent.

Dysenterie chronique. — Après plusieurs poussées aiguës, la dysenterie devient *chronique*; elle peut du reste l'être *d'emblée* chez les vieillards et les débilités.

L'émaciation, l'asthénie, le ventre en bateau résultent de la dysenterie chronique. L'appétit subsiste; la langue est sèche et rouge, l'haleine fétide, les gencives sont saignantes. Les téguments sont secs et brunâtres. On constate souvent de l'oligurie et du ténesme vésical. Non sanglantes, les selles, plutôt jaune brunâtre, sont souvent purulentes ou lientériques, éva-

cuées avec de vives douleurs, 6 à 8 fois par jour en moyenne. L'hypothermie, la petitesse du pouls, sont habituelles; les épanchements dans les séreuses et les œdèmes circonscrits, fréquents.

Ces accidents peuvent durer des mois, des années, et aboutir parfois au rétrécissement cicatriciel de l'intestin, avec ses conséquences. 80 fois sur 100, la cachexie et le marasme entraînent la mort.

Complications. — Outre les *arthropathies* et les *épanchements*, les principales complications sont : l'*abcès du foie* (fréquent; étudié ailleurs); la *péritonite circonscrite* contiguë aux ulcérations, et dont l'expression clinique est assez discrète; la *péritonite généralisée*, par perforation, bien plus rare; les *parotidites suppurées*; les *thromboses* vasculaires (artère iliaque externe, veines fémorales, sinus de la dure-mère) et les *paralysies* (passagères ou envahissantes et mortelles) également peu communes.

Diagnostic. — Le diagnostic est rarement difficile. La confusion est possible avec les *hémorroïdes internes* se traduisant surtout chez les accouchées et chez certains calculeux, par du ténésme et le rejet de mucosités sanglantes, mais aussi par un bourrelet constatable au toucher rectal. Le *choléra algide* diffère de la dysenterie par les caractères de ses selles. L'*entérocolite tuberculeuse* se distingue par les signes pulmonaires et généraux qui l'accompagnent. Le diagnostic avec la *diarrhée chronique de Cochinchine* paraît bien plus malaisé; les selles de cette origine sont liquides, abondantes, spumeuses, acides, vertes ou jaunes, jamais sanglantes (celles de la dysenterie, neutres ou alcalines, sont au moins striées de sang), expulsées avec peu de ténésme, presque sans épreintes.

V. — ENTÉRITES CHRONIQUES

Signes étiologiques. — Chez les nourrissons, l'entérite chronique est déterminée par le lait de mauvaise qualité ou par le sevrage prématuré; chez les vieillards, elle est attribuable à un néoplasme ou à la mastication insuffisante; à l'âge adulte, les causes en sont très variables: alimentation vicieuse, abus de certains médicaments (colchique, aconit, drastiques), urémie (par élimination d'urée); goutte, syphilis; lymphadénie ou amylose intestinales, paludisme chronique, états cachectiques, stase dans le système porte (cirrhose, asystolie); prolongement de certaines entérites infectieuses (rougeole, fièvre typhoïde).

Signes cliniques. — Le signe dominant est une diarrhée tenace et durable. Précédées ou non de coliques, tantôt diurnes, tantôt nocturnes, les selles, au nombre de 10 ou 12 par jour, sont fluides, grisâtres, mêlées de filaments blanchâtres ou de masses muco-glaireuses, quelquefois d'aliments non modifiés (*lientérie*); leur *fétidité*, toujours marquée, peut être extrême (macération anatomique, gangrène). Modérée, la *douleur* se borne souvent à

un peu de sensibilité sur le trajet du colon. Le *ventre*, habituellement rétracté, est tantôt dur, tantôt pâteux. L'*amaigrissement* est extrême. L'*appétit*, parfois conservé chez l'enfant, est aboli chez l'adulte; celui-ci, sujet à des accès de fièvre irréguliers, a la langue rouge, l'haleine fétide, le teint terreux et la peau sèche.

L'*entérite urémique*, souvent associée à des vomissements, comporte des selles rares, muqueuses ou séreuses, grisâtres, riches en urée.

D'abord bilieuses, les selles de la *diarrhée de Cochinchine* deviennent ensuite claires, floconneuses, café au lait; l'appétit et les forces sont relativement respectés.

L'*entérite muco-membraneuse* se traduit par l'expulsion intermittente (à part ou avec les fèces), soit de masses glaireuses, soit de lambeaux muqueux engainant des scybales dures. La constipation est la règle.

La *marche* des entérites chroniques est lente, coupée parfois de rémissions; plus habituellement progressive, aboutissant, en quelques mois ou plusieurs années, au marasme et à la mort, quelquefois hâtée par une *complication*: hémorragie, gangrène, rétrécissement cicatriciel, perforations ou phtisie secondaire.

Diagnostic. — On se gardera de confondre l'entérite chronique avec la *diarrhée de misère*, les *diarrhées nerveuses* (hystérie, goitre exophtalmique), les *diarrhées néoplasiques* (entremêlées de phases de constipation), la *dysenterie chronique* (commémoratifs) et l'*entérite tuberculeuse* (tuberculose ailleurs; bacilles dans les selles).

VI. — ENTÉRITE TUBERCULEUSE

Signes étiologiques. — La plus fréquente et la plus importante, cette entérite chronique est provoquée par le bacille de Koch, introduit dans l'intestin, soit avec le lait (enfants) ou la chair d'animaux tuberculeux, soit chez les phtisiques, avec les crachats accidentellement déglutis. Elle est primitive, ou, plus souvent, secondaire à la tuberculose pulmonaire. L'apport du bacille par la voie sanguine (dans la granulie) est également possible. L'inoculation bacillaire est favorisée par le jeune âge, les lésions intestinales préexistantes et l'alcoolisme.

Signes cliniques. — Les signes cliniques sont variables. Le début peut être aigu, comme dans l'entérite commune. Dans l'enfance, les signes intestinaux peuvent être masqués par ceux de la péritonite tuberculeuse ou du carreau. D'habitude, le début se fait insidieusement par une diarrhée uniforme et tenace.

Les selles sont plus ou moins fréquentes selon la gravité du cas. Toujours liquides, elles reparaissent chaque nuit ou chaque matin; ailleurs, tous les deux ou trois jours seulement; quelquefois, plus rapprochées des repas, elles deviennent lientériques. Pressants, les besoins finissent par entraîner des évacuations inconscientes. Consistant en un liquide aqueux et grisâtre, où

nagent parfois des grumeaux blanc jaunâtre, débris de tubercules caséifiés, elles prennent souvent une teinte noire rappelant la *terre délayée dans de l'eau*. Des masses muco-glaireuses striées de sang ou des aliments non digérés peuvent aussi s'y rencontrer. Ces matières, d'une extrême fétidité, parfois presque gangreneuses, sont très riches en bactéries. Un examen microscopique minutieux, des grumeaux blanc jaunâtre surtout, y démontrera presque toujours la présence du bacille de Koch.

La *douleur* se borne à quelques coliques et à un endolorissement sur le trajet du côlon, que réveille la pression profonde et surtout, la décompression brusque. Plat ou déprimé, rarement ballonné, le *ventre*, de sonorité claire, demeure souple.

L'entérite peut pourtant aussi se traduire par une constipation opiniâtre. La diarrhée, quand les lésions prédominent sur le gros intestin, est dysentérioriforme. Des lésions surtout cœcales ont pour expression clinique soit des signes atténués de typhlite ou d'appendicite, soit ceux d'un cancer intestinal. A la phase ultime de la phtisie, l'entérite peut aussi passer inaperçue.

Habituellement, vite émaciés, les malades, la peau sèche et terreuse, semée de taches pigmentaires à la face et aux mains, sont plus ou moins prostrés. Les enfants conservent un appétit normal, parfois même exagéré.

L'*évolution* est lente et progressive. La *guérison* s'observe, surtout dans l'enfance, avec ou sans sténose intestinale. La mort dans le marasme est plus habituelle. La fin peut être hâtée par une perforation ou des hémorragies. L'entérite aggrave toujours singulièrement la phtisie.

Le diagnostic est très simple, quand l'entérite survient chez un phtisique; autrement, une diarrhée tenace et noire sera toujours suspecte; dans le doute, on cherchera le bacille dans les déjections.

VII. — ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Signes étiologiques et cliniques. — Plus commune chez les femmes nerveuses (8 pour 100), souvent associée à l'entéroptose, au rein mobile, aux hernies, aux hémorroïdes, aux affections utéro-ovariennes, l'entérite muco-membraneuse est, avant tout, entretenue par la constipation habituelle. Elle est caractérisée par la présence, dans les selles, de *masses* soit *glaireuses* et *filantes* comme du blanc d'œuf cru, soit *concrètes* comme du blanc d'œuf cuit; ou bien de *pseudo-membranes* blanc jaunâtre, parfois striées de sang, variables dans leur forme (filaments vermiculés, rubans plats) et leur quantité (minime ou remplissant un à plusieurs verres). Ces produits sont surtout formés de *mucus concret* qui engaine parfois les matières fécales dures et ovillées. Ces masses se dissolvent dans les alcalis dilués, surtout à chaud; elles ne contiennent jamais de fibrine; la solution filtrée se trouble par addition d'acide acétique.

Inconstants, les troubles fonctionnels sont très variables et procèdent généralement par crises. Au plus faible degré, ils consistent en coliques assez vives, avec sensibilité du gros intestin à la pression; la constipation est

tenace; les matières, dures et ovillées, sont enrobées de fausses membranes; par intervalles éclatent des débâcles diarrhéiques, accompagnées de ténésme et de selles muqueuses ou teintées de sang (*forme dysentérique* de Lasègue). Le ventre est ballonné, les malades accusent souvent des nausées et de la courbature.

Les *crises* peuvent être *plus intenses*. Après des *prodromes*, tels que anorexie avec langue saburrale, douleurs péri-ombilicales survenant 3 à 4 heures après le repas, l'abdomen ballonné, tendu et sensible, devient le siège, en différents points, mais principalement dans la fosse iliaque droite, de *très violentes douleurs*, à irradiations diverses; il s'y joint de la courbature, des nausées, des vomissements et un peu de fièvre (58° au plus). La crise dure 3 à 8 jours et se juge par une débâcle stercorale suivie de masses pseudo-membraneuses.

Exceptionnellement, l'état peut être grave, simulant l'*occlusion intestinale* (faciès grippé, météorisme, rétention des matières et des gaz; vomissements bilieux, alimentaires et fécaloïdes) ou la *fièvre typhoïde* (courbature, épistaxis, fièvre: 38°, 5, 39°; constipation, ténésme); tous ces signes cèdent toujours à la débâcle.

La crise peut, par exception, rester unique, mais les rechutes et les récidives, motivées ou non, sont habituelles. Dans l'intervalle, la santé est bonne ou seulement troublée par la constipation et la sensibilité abdominale. A la longue, les malades deviennent neurasthéniques et hypocondriaques, maigrissent et perdent leurs forces. Quoique, en général, la vie ne soit pas menacée, certains cas, par des selles hémorragiques ou muco-purulentes, par la cachexie, rappellent le cancer de l'intestin.

Diagnostic. — Il doit: 1° distinguer les membranes expulsées: des ténias, des ascarides, des membranes hydatiques, des fragments de muqueuse intestinale (invagination) ou des glaires de la dysenterie; 2° éviter de confondre le syndrome clinique de l'entérite muco-membraneuse avec: la gastralgie, l'entéralgie; les coliques hépatiques, néphrétiques ou appendiculaires; l'embaras gastrique, la fièvre typhoïde, l'étranglement intestinal ou le cancer de l'intestin.

VIII. — CANCER DE L'INTESTIN

Signes étiologiques. — Comme les autres cancers, celui de l'intestin est plus commun après 40 ans; on l'a pourtant constaté chez l'enfant. Il envahit principalement: le rectum (4/5 des cas), l'S iliaque et le cæcum; plus rarement l'intestin grêle (1/10), au niveau des points rétrécis (valvule de Bauhin et duodénum). Dix fois moins commun que le cancer de l'estomac, le cancer de l'intestin est habituellement primitif, quelquefois pourtant secondaire (aux tumeurs de la prostate, de l'utérus).

Signes cliniques. — Insidieusement apparaissent, au *début*, des douleurs et des troubles de la défécation: constipation rebelle, croissante; matières

rubanées, comme passées à la filaire. D'autres fois, le début apparent est très bruyant, marqué par une crise d'occlusion intestinale. A la *période d'état* surviennent des *douleurs* parfois très vives, lancinantes, mobiles ou fixes; en cas de cancer rectal, elles occupent le sacrum, irradiant vers les parties génitales et le long du sciatique. La *constipation*, trouble dominant de la défécation, s'installe peu à peu, par phases de plus en plus longues que séparent des *débâcles*, plus intenses quand le néoplasme ulcéré ou entamé laisse momentanément un plus large passage aux matières. Dans l'intervalle des débâcles, les fèces sont normales, rubanées, étirées, parfois striées de sang (rouge si la tumeur est rectale) ou suivies d'évacuations glaireuses. Les *hémorragies intestinales* ne sont pas rares, dénoncées moins souvent par l'expulsion de sang pur que par celle de matières noirâtres, poisseuses et fétides. On rencontre encore parfois dans les garde-robes des produits sanieux et purulents ou des fragments de tumeur.

Les *signes physiques* sont d'abord vagues; l'abdomen est en premier lieu ballonné ou empâté; plus tard le néoplasme devient perceptible soit à la palpation, soit au toucher rectal ou vaginal. On le constate d'habitude, dans la fosse iliaque droite; quelquefois mobile au début, il ne se laisse pas déprimer par le doigt comme la tumeur stercorale de l'S iliaque qui du reste s'évanouit après l'administration d'un purgatif.

Évolution. — La marche est lente. Les troubles intestinaux existent d'abord seuls, ou à peu près; puis l'état général s'altère; l'appétit devient capricieux, puis tombe tout à fait; le malade maigrit, prend le teint jaune paille, et finalement succombe, au bout de 9 à 10 mois, 5 ans au plus, aux progrès de la *cachexie* (œdème des extrémités, muguet, marasme), ou à une *complication* (hémorragie, perforation, occlusion). Les douleurs et les troubles fonctionnels sont insignifiants dans certaines *formes latentes* révélées seulement par la cachexie, ou même complètement silencieuses jusqu'à l'apparition d'accidents d'occlusion aiguë.

Complications. — Les plus fréquentes sont: l'*occlusion intestinale* aiguë; la *perforation intestinale* suivie soit de *péritonite généralisée*, soit plus souvent de *péritonite enkystée* et d'*abcès stercoraux* laissant souvent des fistules après ouverture dans l'intestin, la vessie, le vagin ou l'utérus; les *hémorragies intestinales*; la *propagation du néoplasme* à l'estomac, au foie, aux voies biliaires; la *péritonite cancéreuse secondaire*, reconnaissable à l'apparition d'une *ascite* en général *hémorragique*, et de masses cancéreuses multiples, perceptibles à la palpation.

Formes. — *Lymphadénie intestinale.* — Cette forme très spéciale est caractérisée par l'absence ou la légèreté des accidents d'obstruction, par l'existence d'une diarrhée intermittente et de vomissements, entraînant l'amaigrissement et des œdèmes diffus. Le palper constate des tumeurs irrégulières fixes et mates, un foie et une rate souvent hypertrophiés. La mort est le résultat de la cachexie. L'examen du sang et du système ganglionnaire est particulièrement décisif (voy. *Lymphadénie*).

Cancer du rectum. — Il ressortit plutôt à la chirurgie. Le siège spécial des douleurs (sacro-sciatiques), les épreintes, les écoulements sanieux par l'anus lui donnent une physionomie propre. Les prédominances symptomatiques ont amené à en distinguer des formes *hémorragique*, *dyspeptique*, *par rétention*.

Cancer du cæcum. — Outre les signes fonctionnels communs aux cancers intestinaux, il présente quelques particularités: siège iléo-cæcal de la tumeur, fréquence de l'ascite et de l'œdème du membre inférieur droit (par compression ou thrombose de la veine iliaque externe droite).

Cancer du duodénum. — Peu fréquent, il se traduit par une tumeur, siégeant à droite de la ligne médiane, entre le bord inférieur du thorax, l'ombilic et la vésicule biliaire. On en distingue plusieurs formes:

1° La *forme sus-watérienne* ou *para-pylorique* (au-dessus de l'ampoule de Water) débute insidieusement, par des symptômes de dyspepsie flatulente: diminution de l'appétit, douleurs abdominales, vomissements; puis surviennent des crises de gastralgie, accompagnées de spasme et d'ondulations épigastriques (comme dans la sténose pylorique), suivies bientôt de vomissements, une demi-heure ou une heure après le repas. Les urines sont rares, la soif est vive; on constate les signes physiques de l'ectasie gastrique. Les vomissements deviennent moins fréquents quand la tumeur s'est ulcérée.

2° La *forme sous-watérienne* ou *préjéjunale* réalise un syndrome gastrique analogue au précédent, mais auquel s'ajoutent des *symptômes duodénaux*: vomissements peu acides, mêlés de bile et de suc pancréatique; *signes d'obstruction chronique*, avec ballonnement limité à la moitié sus-ombilicale de l'abdomen; fréquente décoloration des fèces, malgré l'absence d'ictère.

3° Le *cancer péri-ampullaire* tantôt respecte la perméabilité du canal cholédoque (forme duodénales) et ne comporte pas d'ictère, tantôt la compromet, constituant alors le *cancer de l'ampoule de Water*. En ce dernier cas, le foie est gros et l'ictère, intense, revêt la forme grave, accompagné d'état typhoïde, de diarrhée fétide, d'hémorragies, d'hypothermie et d'albuminurie.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer de l'intestin est souvent délicat. En l'absence de tumeur, c'est l'idée d'occlusion ou de tuberculose intestinale qui hante le médecin. Quand il y a néoplasme, on peut lui attribuer une origine stercorale ou lui assigner un siège mésentérique, épiploïque, ganglionnaire, splénique, rénal, pancréatique, utérin ou annexiel. Le cancer du cæcum simule surtout la typhlite tuberculeuse; celui du rectum demande à être différencié des sténoses non cancéreuses de l'organe (âge, stigmates de syphilis, etc). Quant aux tumeurs du duodénum, leur diagnostic peut offrir de très sérieuses difficultés. Les formes sus et sous-watérienne prêtent surtout à confusion avec la sténose pylorique, cancéreuse ou non. La forme péri-ampullaire est confondue soit avec l'ictère grave primitif, soit avec le cancer du pancréas ou des voies biliaires inférieures.