

La constipation se rattache à des états très divers : nous allons étudier ses caractères, sa pathogénie, sa valeur sémiotique.

Description. — Quand les évacuations alvines sont rares, que les matières sont dures, sèches et nécessitent de grands efforts d'expulsion, on dit qu'il y a constipation.

Lorsque la constipation se prolonge, elle détermine un état de malaise et de tension dans le ventre, l'appétit est diminué, la langue blanche et pâteuse, la tête lourde et congestionnée ; il peut même se produire des vertiges. Les constipés sont souvent tristes, sombres, irritables. Plusieurs de ces troubles fonctionnels tiennent à la résorption de produits toxiques formés dans l'intestin, c'est-à-dire à une vraie auto-intoxication (Bouchard).

Après de grands efforts, on parvient à expulser quelques matières dures, ovillées, sèches, parfois teintées d'un peu de sang ; il en reste dans le rectum, elles n'en peuvent sortir, ce qui occasionne un sentiment d'embarras assez désagréable ¹.

La constipation peut, surtout chez les vieillards, être portée au point de déterminer les phénomènes de l'occlusion intestinale, bien reconnaissable à ses caractères habituels, tels que vomissements, douleurs vives, météorisme, etc. ².

Dans certains cas, au moment où la constipation cède, le malade expulse une énorme quantité de matières ; c'est ce que l'on désigne sous le nom de débâcle.

vidu ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours et cependant il n'en éprouve presque pas de malaise, de telle sorte que ce qui chez un autre serait de la constipation très accentuée, est, chez lui, un état presque physiologique.

1. Dans certains cas, il survient un peu de diarrhée qui provient d'une hypersécrétion de l'intestin irrité par les boules fécales qui jouent le rôle de corps étrangers ; la diarrhée s'échappe sans entraîner les matières dures.

2. Chalvet a avancé que les dyspepsies et les divers malaises éprouvés par les personnes ordinairement constipées se rattachaient, pour une part, à l'absorption incessante des principes septiques provenant de la décomposition des matières trop longtemps retenues dans le gros intestin.

Le *diagnostic* de la constipation se trouve complété : d'une part, par le toucher rectal qui permet de constater que l'ampoule rectale est distendue par une abondante quantité de matières sèches, friables, parfois condensées sous forme d'une bille de billard distincte des matières qui continuent à avancer difficilement en avant ; et d'une autre part, par la palpation de l'abdomen qui fait sentir, surtout au niveau de l'S iliaque, un amas de masses dures que, par la pression, on peut fragmenter et déplacer.

Pathogénie. — La meilleure classification sera basée sur les conditions physiologiques nécessaires au cours des matières dans l'intestin et à leur expulsion.

Or, ces conditions sont au nombre de trois. Il faut :

a) Que la tunique musculaire de l'intestin se contracte avec une énergie et une régularité convenables. Cette énergie et cette régularité de contraction supposent elles-mêmes : — que la muqueuse n'a pas perdu sa sensibilité spéciale au contact des matières fécales, sensibilité qui est le point de départ du réflexe aboutissant à la contraction péristaltique ; — que les centres nerveux qui président à ce péristaltisme et à l'acte de la défécation ne sont ni altérés, ni inhibés ; — et enfin que la tunique musculaire possède sa contractilité normale ;

b) Que les sécrétions intestinales et celles des glandes annexes soient convenables en quantité et en qualité ;

c) Qu'il n'existe pas d'obstacle mécanique au cours des matières.

Toute constipation pourra donc se rattacher soit : — a) à un trouble dans la contractilité intestinale ¹ ; — b) soit à un trouble dans les sécrétions gastro-intestinales ; — c) soit à un obstacle mécanique au cours des matières.

a) **CONSTIPATION PAR TROUBLE DANS LA CONTRACTILITÉ DU PLAN MUSCULAIRE DE L'INTESTIN.** — Les causes capables d'affaiblir ou de suspendre les contractions du plan musculaire de l'intestin

1. Ou dans celle des muscles abdominaux qui jouent un grand rôle dans la défécation.

sont fort nombreuses. Nous citerons d'abord les inflammations de la tunique muqueuse et du péritoine, entre lesquels se trouve placée la membrane musculaire : ainsi la constipation est la règle dans les diverses variétés de *péritonite*, sauf la péritonite pneumococcique à son début (V. p. 443) ; et, dans certaines *entérites*, elle alterne avec la diarrhée ¹.

La constipation se produit aussi, et probablement par un mécanisme semblable, dans la *pérityphlite* et le *phlegmon de la fosse iliaque*.

Elle s'observe dans un grand nombre d'affections des centres nerveux, telles que *méningites*, *ramollissement* et *hémorragie du cerveau*, *ataxie locomotrice*, surtout dans les *lésions profondes de la moelle*. En cela il n'y a rien d'étonnant, puisque les centres nerveux et le système du grand sympathique (qui s'y rattache) tiennent sous leur dépendance la contractilité de la tunique musculaire de l'intestin. C'est dans ce groupe qu'il faut ranger certains cas de constipation *hystérique*, celle qui se rattache à la paralysie ou à la parésie des muscles abdominaux et du diaphragme, car ces muscles jouent un très grand rôle dans la défécation.

L'action des filets nerveux qui président à la contraction de l'intestin peut encore être suspendue par — *action réflexe* : c'est ce qui a lieu dans la hernie de l'appendice cæcal, dans les hernies graisseuses, la hernie épiploïque, les coliques hépatiques et néphrétiques ; — ou par *l'action de substances toxiques* : telle est la constipation qui se rattache à la colique de plomb.

— Au lieu de se rattacher à une paralysie, la constipation peut être provoquée par un *spasme*, par une contracture des muscles intestinaux.

En se plaçant au point de vue étiologique, on peut, avec

1. Faut-il admettre l'explication de Stokes, qui avançait qu'un plan musculaire sous-jacent à une muqueuse enflammée éprouvait d'abord une surexcitation, puis une parésie ? ou bien est-il plus probable que les excitations trop vives partant de la muqueuse ou de la séreuse enflammée ont exercé une action paralysante sur les nerfs splanchniques ?

Mazeran, distinguer deux formes principales de constipation spasmodique ; — l'une *deutéropathique*, sous la dépendance d'un état organique dont elle n'est que le symptôme, marchant de pair avec l'affection causale, ayant pour caractéristique la localisation du spasme sur une portion de l'intestin. Elle peut être provoquée par : l'entéro-colite muco-membraneuse, et, dans ce cas, l'état spasmodique précéderait toujours l'atonie, d'après Mathieu et Soupault ; les affections génito-urinaires, (la constipation des utérines serait le plus souvent liée à du spasme localisé au côlon pelvien) ; les traumatismes de l'abdomen ; les migrations calculeuses (lithiase biliaire, intestinale, urinaire) ; les hémorroïdes, la fissure à l'anus (qui entraînent si souvent le spasme du sphincter anal) ; l'intoxication saturnine (Renaut et Boudet) ; — l'autre *protopathique*, essentielle, constituant à elle seule toute l'affection, est de nature névropathique ; elle se rencontre surtout chez les jeunes sujets et les femmes, à la suite des émotions, des grands chagrins, des préoccupations, etc. Au lieu d'être due à un spasme localisé à une portion de l'intestin, elle est en rapport avec un état spasmodique plus ou moins généralisé de l'intestin.

D'après Mazeran, la constipation spasmodique peut s'expliquer de deux façons différentes : « Ou bien le spasme est le résultat d'un défaut de synergie entre les centres nerveux supérieurs et inférieurs ; ou bien il est la conséquence de l'hyperexcitabilité des terminaisons nerveuses et des centres nerveux excito-moteurs inférieurs. — Pour le spasme périphérique de localisation, la deuxième hypothèse serait la plus vraisemblable : une irritation locale à caractères réflexes, à point de départ intestinal ou péritonéal, étant susceptible de produire la contracture localisée. — Au contraire, l'idée d'une modification de la synergie des deux centres moteurs cérébraux et périphériques, un défaut de la subordination dans laquelle les centres nerveux supérieurs doivent tenir les centres nerveux inférieurs, paraîtrait beaucoup plus conciliable avec la conception de la constipation spasmodique comme névrose intestinale. »

Chez les constipés spasmodiques les matières sont rares, rubanées, en crayon, d'une densité plus grande que la normale, et qui les fait tomber au fond du vase rempli d'eau. Lorsqu'il existe des glaires, elles enrobent la matière, contrairement aux glaires et aux membranes que l'on rencontre chez les atones, qui sont le plus souvent indépendantes du bol fécal ; lorsqu'il existe un exsudat membraneux, la membrane se déroule d'une seule pièce, donnant l'illusion du tœnia.

b) CONSTIPATION PAR TROUBLE DANS LES SÉCRÉTIONS GASTRO-INTESTINALES. — Les sécrétions gastro-intestinales, et celles des glandes annexées au tube digestif, présidant aux phénomènes chimiques de la digestion, lubrifient la muqueuse (et la bile contribuant même à exciter les contractions péristaltiques), on conçoit que leurs altérations aient naturellement pour conséquence des troubles digestifs, parmi lesquels peut se rencontrer la constipation. Or, ces troubles de sécrétion peuvent dépendre de causes si multiples et si diverses, que nous nous bornerons à signaler les principales. Ainsi, la constipation pourra être la conséquence :

- 1° De l'abondance anormale d'une autre sécrétion (diabétiques et autres polyuriques, etc.) ;
- 2° De toutes les lésions matérielles de la muqueuse gastro-intestinale, du foie, du pancréas : catarrhes aigus ou chroniques, cancer, ulcère, cirrhose, etc. ;
- 3° D'un défaut dans la qualité ou la quantité des ingesta (alcool, abstinence prolongée, etc.) ;
- 4° D'une influence nerveuse (névralgie, tristesse, hypochondrie et surtout chloro-anémie) ;
- 5° De la plupart des états fébriles, etc.

c) CONSTIPATIONS PAR OBSTACLES AU COURS DES MATIÈRES. — La pathogénie de ces constipations est toute mécanique ¹ :

1° Les uns se trouvent placés dans la cavité de l'intestin :

1. Les obstacles qui entravent le cours des matières seront l'objet d'une étude spéciale dans notre article consacré à l'occlusion intestinale. Nous nous bornerons à les signaler succinctement.

tels sont les corps étrangers, les amas de matières stercorales (scybales), d'ascarides lombricoïdes, etc. ;

2° Les autres siègent dans les parois. Tels sont : les tumeurs de n'importe quelle nature, ordinairement cancéreuses, les polypes ; les rétrécissements produits, soit par une dégénérescence cancéreuse, soit par une cicatrice consécutive à une ulcération intestinale ; le volvulus ou torsion de l'intestin, sa flexion anormale, son invagination ou intussusception, etc. ;

3° Les autres, enfin, sont situés en dehors de l'intestin, le compriment et effacent sa cavité : telles sont les tumeurs abdominales résultant de l'hypertrophie, de la dégénérescence de l'un des organes renfermés dans cette cavité (maladies de l'utérus, de l'ovaire, etc.) ¹.

Les constipations de ce groupe sont ordinairement plus complètes que celles du groupe précédent.

Enfin il existe une affection rare de la première enfance, la *dilatation hypertrophique congénitale du côlon* (par suite d'une anomalie partielle du développement) dont le syndrome, décrit par Hirschprung, est constitué par une constipation opiniâtre dès la naissance, du météorisme, quelquefois des vomissements, parfois des signes d'occlusion incomplète bien qu'il n'y ait pas de rétrécissement.

Sémiologie. — Sauf les cas où elle se rattache à de la typhlite ou à une occlusion intestinale, la constipation n'a pas une grande valeur sémiologique ; elle ne constitue presque jamais le symptôme capital sur lequel est appelée votre attention ; elle coexiste avec d'autres phénomènes beaucoup plus significatifs, et, par suite, il n'est point nécessaire d'en faire une étude spéciale.

Traitement. — Symptôme d'affections très diverses, la constipation ne peut être combattue efficacement que par des moyens appropriés plutôt à la maladie génératrice qu'au symptôme lui-même. Cependant il est quelques indications générales qui peu-

1. Chez le nouveau-né, il faut songer à la possibilité d'une imperforation de l'anus.

vent être exposées ici : elles s'adressent surtout à ces constipations par inertie de l'intestin, insensibilité de sa muqueuse, dyspepsie, constipations que l'on rencontre très fréquemment chez les adultes et les vieillards.

Trousseau a formulé à cet égard des préceptes dont on reconnaît généralement l'importance : « Il faut que chaque jour, à la même heure, on se présente à la garde-robe et qu'on fasse pendant assez longtemps de puissants efforts. La répétition de l'acte, invariablement à la même heure, finit par amener le sentiment du besoin à cette heure, etc. »

Le RÉGIME a une grande importance ; il faut faire prédominer les substances végétales, les laitages, la bière, le cidre. Le froid a également une grande action ; non seulement les lavements d'eau froide réveillent vivement la contractilité intestinale, mais encore l'application du froid sur l'abdomen suffit souvent pour déterminer des garde-robres.

Les autres moyens propres à combattre la constipation sont nombreux, nous citerons :

1° Ceux qui excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin, comme le massage du côlon, la noix vomique, la fève de Calabar ;

2° Ceux qui arrêtent les spasmes, tels que la belladone, les bromures, la valériane ;

3° Ceux qui augmentent les sécrétions intestinales, comme le chlorure d'ammonium et le phosphate de soude. On peut ranger dans ce groupe : — les PURGATIFS SALINS, dont l'action est rapide, instantanée, mais dont l'effet est peu durable, car les sécrétions intestinales, un instant exagérées, deviennent ensuite encore plus rares ; — les PURGATIFS DRASTIQUES (aloès, extrait de coloquinte, jalap, rhubarbe, scammonée, gomme-gutte, huile de croton) : leur action est très énergique, mais ils ne doivent être administrés qu'avec la plus grande prudence et à intervalles éloignés, car non seulement ils sont très irritants, mais leur action s'épuise rapidement et la constipation devient de plus en plus opiniâtre.

4° Ceux qui ont un effet bienfaisant sur la constitution neurasthénique, comme le valérianate de zinc, le nitrate d'argent, le glycérophosphate de soude ;

5° Les laxatifs, tels que le miel, la manne, le tamarin, la casse, les pruneaux, les huiles grasses, le cascara sagrada, le podophyllin à petites doses, etc.

5. — AUTRES ALTÉRATIONS DES GARDE-ROBES.

= *Des selles graisseuses* « analogues à du beurre figé, après avoir été fondu » selon la comparaison de Bright, doivent faire penser au diabète pancréatique, surtout si elles s'observent chez un sujet, présentant à un degré intense la soif, la polyurie, la polyphagie, la glycosurie.

= L'apparition dans les garde-robres de matières muqueuses, glaireuses ou membraniformes est le phénomène le plus caractéristique de l'*entéro-colite muco-membraneuse*, les matières peuvent se présenter sous des aspects très divers, qu'on peut, avec de Langenhagen, ramener à deux types principaux : le type *amorphe* et le type *membraniforme*. — Les exsudats du premier type sont ordinairement des glaires filantes, ressemblant à du blanc d'œuf plus ou moins coagulé ; ce peuvent être aussi des boules grisâtres qui, au contact de l'eau, se divisent en fragments plus ou moins volumineux ; quelquefois enfin, on n'aperçoit qu'une espèce de mousse, d'écume, qui surnage, striée ou non de quelques filets sanguinolents, à la surface des déjections. — Le deuxième type est constitué par des produits plus organisés, offrant l'apparence de véritables fausses membranes, de calibres et de dimensions très variables. Si la fausse membrane est rendue intacte, telle qu'elle s'est formée dans l'intestin, elle apparaît comme un cylindre plus ou moins long, du volume du tube intestinal ou d'un volume plus petit, mais paraissant exactement moulée sur la muqueuse intestinale dont elle reproduit tous les plis et tous les contours, à tel point que les malades, qui rejettent ces « peaux », croient évacuer un lambeau de muqueuse, mais il est rare que le cylindre membraneux reste intact et ne se fragmente pas ; on voit alors, suivant les hasards de la segmentation, les fausses membranes prendre les formes les plus différentes : tantôt ce sont de longues lanières ayant l'aspect de macaroni cuit ou de fragments de ver solitaire ; tantôt ce sont, au contraire, de petits filaments courts ressemblant à des oxyures.

La quantité de matières ainsi excrétées varie beaucoup.

Certains malades n'en rendent que de loin en loin, tandis que d'autres en rejettent presque à chaque garde-robe. Les exsudats sont, ou bien isolés du bol fécal ou bien au contraire mélangés intimement avec lui ; parfois, ils l'enrobent. Chez quelques personnes, les glaires sont évacuées par paquets, en dehors des garde-robes.

Glaires et membranes ne sont autre chose que du mucus intestinal : seulement les membranes sont constituées par du mucus concrété, à la suite de son séjour prolongé dans l'intestin, tandis que les glaires représentent du mucus évacué au fur et à mesure de sa production. Au microscope, on trouve dans les deux cas, une substance fondamentale, amorphe, hyaline, présentant toutes les réactions du mucus, et à laquelle sont mélangés, en proportion variable, des cellules épithéliales cylindriques, des noyaux épithéliaux, des leucocytes et quelques granulations réfringentes ; on ne rencontre pas de fibrine. Au point de vue bactériologique, les dépôts muco-membraneux ont été trouvés riches en bacilles de toutes sortes, avec prédominance du colibacille.

— La *lithiase intestinale* (indépendante de la lithiase biliaire) donne lieu à l'élimination de **CONCRÉTIONS** qui se présentent sous forme de *sable*, de *graviers* ou de *calculs*. — Le sable est de couleur jaunâtre, très variable en quantité ; il se compose constamment d'une manière organique fondamentale mélangée à des sels de chaux en proportion variable, ordinairement des phosphates et des carbonates, parfois aussi des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. — Les graviers sont en général assez semblables à des grains de poivre. — Les calculs, plus rares, peuvent atteindre le volume d'une petite amande ; ils sont rarement formés de couches concentriques comme les calculs biliaires ; quelques-uns sont formés de graviers unis par une sorte de mortier fécal ; ils sont noirs et friables et se composent aussi de sels de chaux.

— Il ne faut pas confondre cette lithiase avec celle de nature médicamenteuse, due à l'emploi plus ou moins prolongé de substances telles que la craie, la magnésie, le fer.

b. — PNEUMATOSE ABDOMINALE. — MÉTÉORISME. — TYMPANITE.
BALLONNEMENT.

Dans l'état de santé, l'estomac et l'intestin renferment une certaine quantité de gaz. Ces gaz, provenant des opérations digestives, et surtout des fermentations dues aux nombreux microbes qui pullulent dans le tube digestif, sont, en grande partie, composés d'hydrogène carboné et sulfuré ; leur quantité peut, suivant le moment de la digestion, suivant l'ingestion de tel ou tel aliment (des haricots, des féculents par exemple), augmenter ou diminuer sans qu'il y ait rien de morbide dans ces variations. Mais, dans plusieurs circonstances, le développement des gaz est exagéré, la distension de l'abdomen devient considérable, et il en résulte des inconvénients plus ou moins sérieux.

Le mot de pneumatose abdominale s'applique à la distension de l'abdomen par des gaz ; les mots de météorisme, de tympanite et de ballonnement sont encore employés dans le même sens.

Caractères. — La tympanite peut être générale ou limitée à une partie du tube digestif ; elle est plus fréquente dans le gros intestin et l'estomac que dans l'intestin grêle.

L'abdomen devient globuleux, sphérique, les reliefs osseux du bassin s'effacent, la base du thorax peut même se dilater, la peau est tendue, luisante ; au toucher, la paroi abdominale présente une rénitence élastique uniforme.

La percussion donne un *son clair et tympanique*, étendu à la totalité de l'abdomen si le météorisme est général, circonscrit dans les régions épigastriques, les flancs, le pourtour de l'ombilic, si les gaz ne distendent que l'estomac, le gros intestin ou l'intestin grêle¹.

Si la tympanite coexiste avec de l'ascite, la sonorité occupe les parties les plus élevées et la matité les points les plus déclives ; c'est le contraire dans le cas de *kystes de l'ovaire*, et quelle que soit la position que prenne la malade, elle ne

1. Lorsque le tympanisme occupe l'intestin grêle, on voit parfois ses anses se dessiner sous forme de bosselures à travers la paroi abdominale.

change ni la forme de l'abdomen, ni les lieux de sa sonorité, contrairement à ce qui a lieu dans l'ascite.

Les *Troubles fonctionnels*, déterminés par la tympanite, sont une conséquence mécanique de l'obstacle apporté par la distension de l'abdomen aux fonctions respiratoires et digestives.

Le malade éprouve un sentiment de distension très pénible; sa respiration est courte, haletante, car le diaphragme, refoulé vers le thorax, s'abaisse difficilement dans l'inspiration; les excursions thoraciques doivent suppléer par leur fréquence à leur défaut d'ampleur¹.

Le malade rend des gaz, soit par la bouche, soit par l'anus; il en résulte un soulagement plus ou moins durable. Lorsque les gaz sont mêlés à des liquides, leur déplacement donne lieu à des bruits désignés sous le nom de borborygmes et qui précèdent souvent la diarrhée.

La *Durée* de la tympanite, entièrement subordonnée à ses causes, présente les plus grandes variétés: elle peut se manifester et disparaître en quelques instants, c'est ce qui a lieu chez les hystériques; ou, au contraire, persister indéfiniment, ainsi qu'on le voit chez certains dyspeptiques.

Pathogénie. — La tympanite peut se produire de trois façons différentes (souvent associées) que, suivant leur importance, on peut classer ainsi: — 1° *Affaiblissement ou paresse de la tunique musculaire de l'estomac, de l'intestin et même de la paroi abdominale*; — 2° *Sécrétion ou formation exagérée de gaz*; — 3° *Défaut d'excrétion des gaz*;

1° *La tunique musculaire du tube digestif lutte incessamment par sa tonicité contre l'action dilatatrice des gaz*: dans l'état de santé, il existe entre ces deux forces opposées un équilibre convenable; mais que la tunique musculaire vienne à perdre une partie de sa contractilité, les gaz (dont les propriétés élastiques sont bien connues) la distendent outre mesure.

Le même résultat pourra, mais d'une façon moins marquée, s'observer lorsque les muscles des parois abdominales éprouvent un cer-

1. Parfois il survient du hoquet, c'est-à-dire une contraction convulsive du diaphragme.

tain degré d'affaiblissement, car eux aussi luttent contre la distension gazeuse de l'intestin.

2° *Sécrétion et formation exagérée de gaz.* — La muqueuse intestinale sécrète-t-elle des gaz, c'est-à-dire se fait-il à la surface de la muqueuse de l'intestin une perspiration des gaz contenus dans le sang? Plusieurs auteurs le pensent, quoique le fait soit loin d'être démontré; ils citent à l'appui de leur opinion le tympanisme qui survient en quelques instants chez les hystériques, mais ce tympanisme peut tout aussi bien s'expliquer par une paralysie momentanée de l'intestin.

3° *La rétention des gaz* peut-elle déterminer le tympanisme? Chaque fois qu'il existe une occlusion intestinale, c'est-à-dire un obstacle au cours des matières, la portion de l'intestin placée au-dessus de l'obstacle se laisse distendre par une énorme quantité de gaz. Cette accumulation gazeuse se rattache-t-elle à leur défaut d'expulsion? Mais dans ce cas il faut au moins admettre que leur production est exagérée, car, dans l'état de santé, il est rare que l'on ressente le besoin de les expulser. Faut-il l'attribuer à une action réflexe qui paralyse la tunique musculaire de l'intestin au-dessus de l'obstacle et la laisse se distendre, ou bien à un trouble vasomoteur augmentant la perspiration gazeuse (en admettant qu'elle existe?). N'est-elle pas due plutôt à une exagération des fermentations normales que favorise la stase des matières?

La pathogénie de la pneumatose abdominale présente donc encore plusieurs obscurités, et l'incertitude du mécanisme qui préside à la production de plusieurs tympanites rend leur classification assez difficile.

Au point de vue clinique, on peut cependant les diviser en deux groupes: — A. PNEUMATOSSES DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES (hystérie, hypochondrie, etc.). — B. PNEUMATOSSES DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF ET DU PÉRITOINE (dyspepsie, occlusion intestinale, péritonites, fièvre typhoïde, etc.).

A. Les principales **névroses** qui donnent lieu à la tympanite sont l'hystérie et l'hypochondrie.

La production du tympanisme dans l'*hystérie* a été observée depuis longtemps, d'où le nom de maladie *vaporeuse* qui lui fut donné. Il est d'ailleurs facile de rapporter le tympanisme hystérique à sa véritable cause; cependant, quand il est accompagné de vomissements, il présente un ensemble de symptô-

mes qui pourraient, dans certains cas, le faire confondre avec une péritonite. Le tympanisme hystérique a aussi quelquefois fait croire à une grossesse, mais il suffit d'un examen un peu attentif pour dissiper toute hésitation. Sans vouloir revenir sur les nombreux caractères qui font si aisément reconnaître une attaque d'hystérie, bornons-nous à dire que lorsqu'une femme se sent nerveuse, qu'il y ait ou non attaque, son ventre se gonfle, elle ne peut supporter la constriction des vêtements; cet état dure quelques heures, puis surviennent des évacuations abondantes de gaz inodores qui annoncent ordinairement la fin de cette petite crise; souvent ces gaz s'accompagnent de pleurs et d'urines abondantes et claires (urines nerveuses); ces divers phénomènes dépendent tous de la perturbation apportée par la névrose aux fonctions du grand sympathique.

Les *hypochondriaques* sont, comme les hystériques, sujets à des pneumatoses abdominales de courte durée.

B. Les **maladies du tube digestif et du péritoine** comptent fréquemment le tympanisme parmi leurs symptômes. Nous nous bornerons à citer : les dyspepsies, les occlusions intestinales, les péritonites, la fièvre typhoïde.

Les *dyspepsies* déterminent le gonflement du ventre, survenant avant ou après l'ingestion des aliments, et donnant lieu, par en haut et par en bas, à d'abondantes évacuations de gaz fétides.

L'*occlusion intestinale*, quelle qu'en soit la cause, détermine un météorisme qui commence vingt-quatre heures environ après la constipation complète : les anses intestinales du bout supérieur, distendues par les gaz, agitées de contractions convulsives, se dessinent sous la paroi abdominale sous forme de gros cylindres flexueux et enroulés dans lesquels se produisent des borborygmes résultant du conflit des gaz et des liquides.

La constipation absolue, les vomissements qui ne tardent pas à devenir fécaloïdes, l'apyrexie font reconnaître que le météorisme se rattache à une occlusion intestinale dont il reste à déterminer la cause.

Les *péritonites* déterminent toujours du météorisme; mais ce serait une erreur de croire, comme jadis, qu'il puisse exister, en dehors des cas de perforation du tube digestif, un tympanisme péritonéal, c'est-à-dire une accumulation de gaz dans le péritoine; le météorisme se rattache à la distension gazeuse de l'intestin, due soit à une action réflexe, soit à une paralysie directe de leur tunique musculaire provoquée par le contact de la muqueuse enflammée.

La *fièvre typhoïde* détermine un météorisme qui, au début, est limité à la fosse iliaque droite et doit être attribué — soit à la parésie du plan musculaire, liée aux altérations des plaques de Peyer ou à la faiblesse générale, — soit encore au dégagement considérable de gaz engendrés par une sorte de fermentation putride.

Indications thérapeutiques. — Elles sont naturellement assez variées; cependant elles peuvent se grouper sous quatre chefs. Il faut :

1° *Combattre la maladie* qui produit le tympanisme; nous ne saurions à cet égard entrer dans des détails.

2° *Réveiller la tonicité du plan musculaire* de l'intestin par l'usage des purgatifs, des toniques, de la noix vomique, de l'hydrothérapie.

3° *Condenser les gaz* — soit par l'usage de poudres absorbantes (charbon de peuplier, pastilles de Belloc, magnésie calcinée); — soit, dans les cas plus graves, par l'application permanente de la glace sur le ventre; le froid a pour effet de diminuer la production des gaz, de condenser ceux qui sont déjà formés et, en même temps, d'exciter la contractilité de l'intestin.

4° *Entraver la formation des gaz* en administrant au malade de la levure de bière ou des antiseptiques insolubles : naphtol- β , benzo-naphtol, bétol, etc.

5° *Évacuer les gaz.* — Lorsque le météorisme est porté au point de gêner sérieusement la respiration, on peut évacuer les gaz, soit par des ponctions pratiquées avec le trocart capillaire d'un appareil aspirateur, soit à l'aide d'une grosse sonde profondément introduite par le rectum.