

rarement électif, et permet au sujet de se remettre à table aussitôt. Cet accident peut se répéter des mois et des années, et même, sans dommage pour l'état général, si l'estomac ne se vide qu'incomplètement. Par contre, dès que cette évacuation est complète, l'inanition confine vite les malades au lit.

Bien plus commune chez la femme, occasionnée parfois par une simple émotion (frayeur, chagrin), un traumatisme, une affection abdominale ou génitale, un rein mobile, une grossesse, cette maladie atteint soit de simples névropathes, soit plutôt des hystériques ou des neurasthéniques.

Le *diagnostic* est facile, il est à faire avec le vomissement œsophagien des hystériques (par spasme du cardia ou de l'œsophage). Certains cas guérissent aisément, d'autres ne cèdent qu'à un gavage plus ou moins prolongé.

Éructation nerveuse. — L'éructation nerveuse consiste dans la projection brusque et bruyante des gaz de l'estomac, en dehors des périodes digestives, se répétant à intervalles rapprochés (10, 20, 30 par minute) et par accès pouvant durer des semaines et des mois. Ceux-ci sont tantôt spontanés, tantôt provoqués par l'émotion, la colère ou l'excitation de points circonscrits du corps (hystérie). L'état général reste intact, la durée est indéterminée. Les éructations reconnaissent surtout pour origine la déglutition habituelle d'une grande quantité d'air (*aérophagie*).

Mérycisme ou rumination. — On désigne ainsi le retour, spontané et sans effort, des aliments de l'estomac dans la bouche, où ils subissent une nouvelle mastication. La rumination tantôt volontaire, plus souvent involontaire, se produit, soit après chaque repas (5 à 10 minutes ou plusieurs heures après), soit accidentellement, à propos d'un effort, d'une colère: elle est souvent annoncée par de la pesanteur épigastrique. La rumination dure une heure et demie à deux heures et porte sur 12 à 15 bouchées (les plus mal mâchées d'abord) d'aliments dont la saveur n'est, en général, pas désagréable. On n'observe d'habitude aucun trouble dyspeptique; il peut pourtant s'en produire ainsi que des troubles de l'appétit (anorexie, boulimie, polyphagie). La sécrétion est normale ou modifiée, mais indépendamment du mérycisme.

Souvent héréditaire, le mérycisme, plus fréquent chez l'homme, s'observe à tout âge, chez des névropathes, des aliénés, des hystériques (souvent par imitation) ou des neurasthéniques. La maladie est sans gravité, à moins que les malades ne prennent la mauvaise habitude de rejeter les aliments au lieu de les ravalier (d'où inanition). M. Debove a montré que ces malades ne ruminaient pas les aliments introduits par la sonde.

Névroses de la sécrétion. — Il est des troubles sécrétoires temporaires qui évoluent par accès, avec sécrétion intercalaire normale. Telles sont surtout les crises d'*hyperchlorhydrie* et d'*hypersécrétion intermittente*.

1° Gastroxynsis ou gastroxie. — Ces termes (Rossbach, Lépine) désignent des crises de céphalée, accompagnées d'hypersécrétion gastrique. Revenant toutes les semaines, tous les mois, chez des sujets de quinze à trente ans, surmenés intellectuellement, celles-ci, provoquées par les veilles, les émo-

tions, durent de quelques heures à deux ou trois jours. L'accès débute à jeun ou après le repas, par une vive céphalée et de la brûlure épigastrique dont les progrès aboutissent, en quelques heures, à des éructations et à d'abondants vomissements de liquide très acide (acidité totale 4 à 5 pour 1000) brûlant la bouche, accompagnés de pâleur et de refroidissement des extrémités. Après un temps variable, les vomissements cessent, le malade s'endort et se réveille guéri. Certains auteurs regardent ces crises comme des migraines larvées.

2° Hypersécrétion gastrique intermittente. — Ce type est aussi appelé forme intermittente de la maladie de Reichmann. Brusquement éclatent une douleur épigastrique violente et des vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis formés d'un liquide incolore ou verdâtre, d'abondance bien supérieure à celle des boissons ingérées, et contenant de l'*HCl* et de la pepsine. L'intolérance gastrique est absolue. Le malade pâle et décomposé se sent brisé. Le pouls est accéléré et fort, la constipation est rebelle, le ventre rétracté, les urines sont rares et sédimenteuses. La crise dure de quelques jours à plusieurs semaines et prend fin brusquement ou peu à peu. Le rapprochement des crises tend, en supprimant les rémissions, à rendre la maladie chronique.

Ces crises reconnaissent souvent pour causes: le *tabes*, la *paralysie générale*, la *sclérose en plaques*, quelquefois aussi l'*hystérie*, la *neurasthénie* ou même la simple *névropathie* (crises gastriques essentielles de Debove⁽¹⁾ et Rémond). La morphine seule soulage les crises.

CHAPITRE VIII

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE L'INTESTIN ET DU PÉRITOINE

I

Symptômes fonctionnels. — Coliques. — La présence dans le gros intestin de matières diarrhéique détermine des contractions douloureuses ou coliques, indiquant une évacuation prochaine. La rétention de matières dures et de gaz est une autre cause de coliques.

Épreintes. — Les coliques, précédant l'exonération rectale et la rendant particulièrement impérieuse, s'appellent *épreintes*.

Ténésme rectal. — Ce terme s'entend de l'intolérance plus ou moins absolue de la dernière partie du gros intestin animée de contractions réflexes au contact d'un bol fécal très réduit, ou même à vide.

Borborygmes. — Ce sont des bruits perceptibles à distance, dus à la circulation de gaz mobilisés par les contractions de l'intestin, et à leur passage à

(1) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 11 janvier 1889.

travers son contenu liquide. Les entérites, l'occlusion intestinale, les états névropathiques, l'hystérie en sont les causes habituelles.

Émission de gaz. — L'émission de gaz par l'anus, signe habituel de la dyspepsie intestinale, s'observe aussi chez les névropathes. Elle disparaît en cas d'occlusion intestinale, d'étranglement interne, et sa réapparition indique alors que l'obstacle est levé.

Évacuations diarrhéiques. — Les matières diarrhéiques sont bilieuses (jaunâtres ou verdâtres), séreuses, aqueuses, pouvant contenir des grumeaux fibreux, des grains riziformes (choléra), des mucosités, des fausses membranes ou du sang.

Matières dures. — En cas de constipation prolongée, les fèces sont denses, sèches, noirâtres, agglomérées en masses arrondies ou ovillées appelées *scibales*, quelquefois enrobées de pseudo-membranes.

Melæna. — Le sang digéré, rendu par l'anus à l'état de bouillie noire, comparable à du goudron, à de la poix, moulée ou non; prend le nom de melæna et traduit une hémorragie gastrique ou intestinale dont le sang a séjourné un certain temps dans l'intestin.

Lientérie. — C'est l'expulsion d'aliments qui ont échappé à l'action des sucs digestifs; elle exprime l'insuffisance fonctionnelle de l'estomac ou plutôt de l'intestin grêle; elle est constante dans les cas de *fistule gastro-colique* permettant le passage direct du contenu gastrique dans le colon.

Vomissements. — Les coliques, les douleurs d'origine intestinale ou péritonéale provoquent souvent des *vomissements réflexes*. Bileux, vert épinard (*porracés*) en cas de péritonite, ils deviennent fécaloïdes, par reflux du contenu intestinal, dans les cas d'étranglement interne.

Hoquet. — Le hoquet complique les affections de l'intestin ou du péritoine, comme celles de l'estomac; sa signification peut être grave s'il est rebelle.

Météorisme. — Le météorisme, quand il n'est pas névropathique (hystérie), peut être lié à une péritonite ou à un étranglement interne; en ce dernier cas, sa forme varie avec le siège de l'obstacle.

Langue. — Suivant l'encombrement ou la vacuité de l'intestin, la langue est blanche saburrale (constipation) ou rouge vernissée (diarrhée).

Respiration et cœur. — Le météorisme entraîne la *dyspnée*; les entérites graves, les coliques, la péritonite engendrent souvent le *collapsus cardiaque*. La *dilatation réflexe du cœur droit* peut aussi reconnaître pour origine une irritation intestinale.

Sécrétion urinaire. — Le *ténisme rectal* peut se compliquer de *ténisme vésical*. Les diarrhées profuses entraînent l'*oligurie* et même l'*anurie*.

Au cours des entérites infectieuses, on note souvent dans l'urine la présence de l'*indican*, assez fréquemment celle de l'albumine, quelquefois celle de l'urobiline ou de l'acétone.

Accidents nerveux. — Les *crampes* douloureuses (des mollets), la tétanie peuvent compliquer les entérites. Les *paralysies* (monoplégie, hémiplegie, paraplégie), susceptibles de compliquer les affections intestinales, sont attribuables, tantôt à l'*hystérie*, tantôt à une *toxi-infection* (coli-bacille, névrites de la dysenterie).

Dermatoses. — Les gastro-entérites, les entérites aiguës sont des causes possibles d'*érythèmes infectieux*, d'*urticaire*. La dyspepsie intestinale contribue à entretenir nombre de dermatoses chroniques : eczéma, prurigo, furonculose, etc.

Procédés d'examen clinique. — **Inspection.** — L'abdomen apparaît rétracté *en bateau* chez les cholériques à la période algide, dans les maladies cachectiques; il est ballonné quand l'intestin est paralysé (*météorisme nerveux*) ou atteint d'*occlusion*. Le ballonnement doit être étudié aux diverses phases de la digestion. Chez les sujets à paroi abdominale flasque et atteints d'*entéroptose*, l'hypogastre est en état de prolapsus dans la station debout. Sur les individus maigres, les contractions intestinales sont quelquefois visibles sous la paroi abdominale.

Palper. — La palpation peut seule apprécier l'état de la tension abdominale, les points douloureux, le gargouillement et les néoplasmes. Le malade sera couché bien à plat, la tête basse, les genoux fléchis, il respirera doucement et largement, tandis que la main (pas trop froide) palpera avec douceur, pénétrant surtout dans la profondeur à la fin de l'inspiration. Ces détails ont leur importance pour obtenir le relâchement de la paroi abdominale.

Percussion. — La matité intestinale ne devient complète que s'il y a tumeur. La tonalité du tympanisme s'élève avec la tension des gaz qui le causent. Chez les nourrissons, la sonorité du *gros ventre flasque* étalé, de la gastro-entérite chronique est faible, celle du *gros ventre tympanique* est élevée.

Succussion. — Le colon transverse, on ne l'oubliera pas, peut, lorsqu'il renferme des liquides et des gaz, donner lieu à un *clapotage intestinal* qu'on se gardera de confondre avec le *clapotage gastrique*.

Entéroscopie. — **Toucher.** — Ces deux procédés d'exploration ne concernent guère que l'anus. Le *speculum ani* permet un examen soigneux *de visu*. Le *toucher rectal*, pratiqué avec le doigt nu et largement enduit de vaseline ou revêtu d'un doigtier de caoutchouc mince, ne sera jamais omis, quand les accidents observés semblent dépendre d'une affection ano-rectale ou d'une occlusion intestinale. Combiné ou non avec le palper abdominal, ou au besoin, avec le toucher vaginal, il peut seul fournir des données précises (corps étrangers, rétrécissements, polypes du rectum, etc.).

Examen des matières fécales. — **Caractères généraux.** — Les premières garde-robes sont formées de *méconium*, matière poisseuse rappelant l'aspect du savon noir (5 à 150 grammes) et dont l'expulsion dure 2 à 4 jours. Les selles du nouveau-né deviennent ensuite, soit liquides et verdâtres d'abord, soit aussitôt jaune d'or, comparables à des œufs brouillés. Elles (2 à 5 en 24 heures) sont neutres au tournesol et presque inodores (odeur de pain chaud). Quand l'enfant commence à prendre des aliments solides, les selles, plus consistantes (150 à 200 grammes en 24 heures) deviennent brunâtres et fétides. Le régime alimentaire, l'état de la fonction digestive, la santé générale font beaucoup varier ces divers caractères.

On notera d'abord : le *nombre* des selles en 24 heures; la quantité de

matières expulsées; leur *consistance*, leur *forme* (moulées ou non). Des matières dures, sèches, ovillées (*scybales*) indiquent une stase fécale dans le cæcum; des matières rubanées, un rétrécissement de la partie inférieure du rectum. L'*odeur* des selles est *aigre* (acide lactique ou acétique) ou *putride* (fermentations anormales).

La *couleur* normale des selles tient, presque uniquement, aux pigments biliaires diversement modifiés.

Les selles sont *vertes*, dès leur émission ou peu après, pour des raisons variables : ingestion de calomel (transformé en sulfure de mercure) ; hyper-sécrétion biliaire ; microbes chromogènes ; l'analyse chimique et bactériologique peut seule en décider.

Les selles sont *noires* ou *noir verdâtre*, après l'administration du fer ou du bismuth.

Les selles *rouges*, soit rouge vif, soit rouge brun, comparables à la poix ou à la suie délayée, tirent souvent cette coloration du sang qu'elles contiennent ; mais pas constamment ; la rhubarbe, la gomme gutte, le safran, le ratanhia étant susceptibles de la provoquer à divers degrés.

Les selles *grisâtres* (argile, mastic) indiquent l'absence d'excrétion biliaire ou un excès de graisses. Les adultes soumis au régime lacté ont des selles gris pâle, mais toujours un peu teintées de jaune par la bile.

Examen chimique. — Les selles sont normalement neutres ou légèrement alcalines. Le régime carné les rend plus franchement alcalines. Le régime végétarien tend à les rendre acides. Cette recherche (au tournesol) est utile chez les nouveau-nés. Les selles vertes bilieuses sont plutôt acides ; les selles vertes colorées par les bacilles chromogènes sont neutres ou alcalines.

L'aspect extérieur et l'examen microscopique suffisent en général pour constater l'excès de graisse ou de mucus dans les selles.

En cas de *diarrhée verte biliaire*, une goutte d'acide nitrique sur le linge renforce la teinte verte, puis la fait virer au violet et au rose ; si la diarrhée verte est microbienne, l'acide nitrique décolore le linge.

Examen à l'œil nu et au microscope. — Les *corps étrangers* des selles sont *inertes* ou *vivants*. Suivant leur volume, on les recherche à l'œil nu ou au microscope.

a. Corps étrangers inanimés. — On en distingue plusieurs sortes : *aliments* non transformés (viande, graisse, légumes) ; *débris des épithéliums* intestinal ou glandulaire ; *mucus, sang* ; *parcelles néoplasiques* ; *calculs* biliaires ou intestinaux ; sable intestinal.

b. Corps étrangers vivants. — Ce sont les *parasites* et les *bactéries*.

Modes d'examen. — On laisse reposer les *matières liquides* pour en examiner les diverses couches.

Les *matières solides* sont diluées. Pour l'examen microscopique, une parcelle de matière est, soit délayée dans la glycérine ou l'eau salée, soit écrasée entre deux lamelles, fixée à la flamme et colorée (au picocarmin pour les éléments histologiques ; au bleu phéniqué de Kühne pour les microbes).

a. Corps étrangers non vivants. — **Aliments.** — Certains débris ont

échappé à la digestion : *tendons* (pris pour des vers), *os, cartilages, fibres, élastiques* ou *musculaires*. Les fibres musculaires, presque constantes à l'état sain, sont courtes, à bords arrondis, teintées de jaune par la bile, présentant tantôt la double striation, tantôt la seule striation transversale, ou seulement de fines granulations. Les hématies d'origine alimentaire sont très rapidement détruites. Celles qui proviennent d'une gastrorragie sont déformées et ont perdu leurs réactions colorantes. Seules, les *réactions chimiques de l'hématine* trahissent la présence du sang.

Normalement, sauf chez les enfants, les *débris végétaux* contiennent peu ou pas d'*amidon*. Pour le décèler, on ajoute une goutte d'*eau iodée* à la préparation. Sa présence en notable quantité est toujours pathologique.

Graisse. — Dans les selles normales, la graisse, saponifiée ou à l'état d'acides gras, est invisible au microscope. Un régime lacté ou très riche en graisse, fait apparaître dans les fèces, soit des *gouttelettes de graisse*, soit des *cristaux en aiguilles* ou *en buissons*. Dépourvues de bile, les selles sont argileuses, décolorées, d'odeur putride ou aigrelette et renferment une forte proportion de graisse (55 à 80 pour 100), visible au microscope, à l'état, soit de cristaux acuminés, en faisceaux ou en buissons, soit de plaques de savon calcaire ; soit, plus rarement, de gouttelettes.

Le cancer de l'intestin, la tuberculose intestinale, la péritonite tuberculeuse, en troublant l'absorption des graisses, communiqueraient aux selles des caractères analogues (Nothnagel). Il en est de même de certains troubles de la sécrétion biliaire (*acholie pigmentaire*).

L'*arrêt de la sécrétion pancréatique* (bouchon muqueux obstruant l'ampoule de Water ; kyste ou cancer du pancréas) provoque l'apparition, dans les selles, de *graisse en nature* formant : soit des masses blanchâtres ou jaunâtres grosses comme un pois, une noisette, une noix, solubles dans l'éther ; soit une couche, enrobant le bol fécal ; soit un liquide huileux, nageant à la surface des matières diarrhéiques ou enduisant les parois du vase. Dans le doute, on mêle à de l'éther la couche superficielle des matières, et dans ce liquide filtré, on plonge un fragment de papier buvard ; celui-ci, s'il y a de la graisse, devient translucide, comme taché d'huile, après évaporation de l'éther.

Mucus. — Les selles normales contiennent toujours une proportion imperceptible de mucus. Sa présence évidente est toujours pathologique. Le mucus enrobe souvent les matières dures des constipés. Il forme un enduit, tantôt gris vitreux, comme du blanc d'œuf, tantôt trouble et blanchâtre, enveloppant le bol fécal ; ailleurs, visible seulement au microscope, il se mêle intimement aux fèces qui prennent une consistance sirupeuse, ou les farcit de petits grains gélatiniformes jaune foncé ; le mucus revêt encore l'aspect de gros lambeaux pseudo-membraneux, en filaments ou en rubans, rendus soit avec les matières, soit isolément, et souvent confondus avec des *oxyures* ou des *ténias*.

Au microscope, le mucus paraît homogène, granuleux ou diversement strié, surtout sous l'action de l'acide acétique (ce qui le distingue de la fibrine). En lambeaux pseudo-membraneux, le mucus renferme en outre : des cellules cylindriques dégénérées, de petites boulettes de matières fécales, des cristaux de sels minéraux, de la graisse et des débris alimentaires. La

substance fondamentale revêt trois types : 1° masses lamelleuses que l'acide acétique rend troubles et striées; 2° amas lamelleux que l'acide acétique éclaircit; 3° masses rubanées et anastomosées, que le même réactif rend opaques et striées.

Chimiquement, ces masses présentent les *réactions* propres au mucus : 1° dissolution presque complète dans les alcalis délayés, surtout à chaud; 2° état trouble et abondant sédiment formé par l'acide acétique dans la solution précédente filtrée.

En agglomérant différents débris intestinaux, le mucus peut encore former des concrétions qui en imposent pour des calculs biliaires. Il suffit de les dissocier pour en reconnaître la nature.

Éléments anatomiques, débris de tissus. — Des *débris épithéliaux*, isolés ou en amas, mêlés à de la fibrine, peuvent devenir visibles dans les selles. Les flocons blanchâtres, dits *grains riziformes*, ont cette origine; ailleurs, on observe de véritables lambeaux (dysenterie) ou le revêtement de toute une anse intestinale (invagination).

Des *fragments de tumeur* : polype, cancer, identifiés au microscope, peuvent aussi se rencontrer dans les selles.

La *présence du pus* est reconnaissable à celle de nombreux leucocytes à noyaux multilobés; en dégénérescence granulo-graisseuse.

Calculs, concrétions. — Les fèces normales contiennent passablement de *sels calcaires* teintés de jaune par la bile, imparfaitement cristallisés et sans contour régulier : *phosphate de chaux neutre* sous forme de cristaux aciculaires ou en *rosette* (à pointe en dedans), solubles dans l'acide acétique; *oxalate de chaux* (d'origine végétale) en cristaux octaédriques (*en enveloppes de lettres ou en biscuits*), insolubles dans l'acide acétique, mais solubles dans l'*HCl*. On y rencontre en outre : des *phosphates ammoniaco-magnésiens* (cristaux en *couvercle de sarcophage*); de la *cholestérine*, en tables rhombiques, minces et transparentes, souvent cassées aux angles; et des *cristaux de Charcot-Leyden*, en pierre à aiguiser, indiquant presque toujours la présence d'helminthes.

Calculs biliaires. — La constatation de calculs biliaires dans les fèces est très importante, en cas de coliques hépatiques frustes, surtout en l'absence d'ictère (voy. *Maladies du foie*). On ne les confondra pas avec les *calculs stercoraux* ou *coprolithes*, formés de matières fécales durcies, ni avec les *entérolithes*, concrétions, grosses comme un pois ou une noix, formées d'un *corps étranger central* (pépin, noyau, etc.) qu'entourent des sels minéraux (phosphates calcaire et ammoniaco-magnésien, urates de chaux, etc.), en couches concentriques.

b. Corps étrangers vivants. — **Parasites proprement dits.** — Les uns se voient à l'œil nu, les autres seulement au microscope. Les premiers comprennent surtout les *vers* que l'on distingue en *vers ronds* et en *vers plats*.

Vers ronds (nématodes). — Ils sont allongés, cylindriques, non segmentés ni articulés. Les ascarides et les oxyures sont les plus couramment observés en France.

Les *ascarides*, longs de 15 à 20 centimètres (mâles) ou de 30 à 40 (femelles), présentent une extrémité antérieure, munie de trois grosses lèvres et une postérieure légèrement recourbée.

Les *oxyures* sont des vers filiformes, longs de 5 (mâles) à 12 ou 15 millimètres (femelles) dont la tête offre, à son extrémité, une vésicule remplie de liquide clair et dont la queue, très effilée, est un peu contournée en spirale à son extrémité.

Le *trichocéphale*, long de 3 à 4 centimètres, offre une extrémité antérieure formant les $\frac{3}{5}$ du corps, et une extrémité postérieure renflée et enroulée en spirale aplatie.

L'*ankylostome duodéal* (rare), de même longueur que les oxyures (6 millimètres pour les mâles, 5 pour les femelles) est un ver spiroïde, dont la tête est armée de deux petites dents et de quatre crochets formant suçoir.

L'*anguillule stercorale* se rencontre aussi dans les selles diarrhéiques; filiforme, longue de 2 millimètres, elle renferme un utérus contenant 5 à 8 œufs jaunâtres disposés en chapelet.

Les œufs de l'*ankylostome* et de l'*anguillule* offrent les caractères distinctifs suivants : un peu allongés (65 à 70 μ de long), les *œufs d'anguillule* sont réunis par une substance hyaline, en cordons de 2 à 6 éléments contenant presque toujours une larve; isolés, les *œufs d'ankylostome*, très répandus dans les selles, sont dépourvus de larve, à leur émission, celle-ci n'apparaissant que plus tard dans quelques-uns.

Vers plats (cestodes). — Ce sont des *vers rubanés* de deux sortes : les *ténias* et les *bothriocéphales*. Longs de 2 à 12 mètres, les *ténias* comptant, suivant l'espèce, 800 à 1400 anneaux, offrent un cou effilé et une tête petite (2 à 5 millimètres). On en distingue trois variétés :

Le *ténia inerme* a la tête aplatie, munie de 4 ventouses; ses anneaux, plus longs que larges, présentent un pore génital latéral et un utérus très ramifié.

Le *ténia armé* ou *solium* a la tête brune, munie de 4 ventouses et de 30 crochets, sur deux rangées. Les anneaux offrent des pores génitaux latéraux, alternés et un utérus moins ramifié que celui du *ténia inerme*.

La tête du *bothriocéphale*, sans crochets ni ventouses, est aplatie en massue et munie de deux fossettes latérales; ses anneaux, plus larges que hauts, présentent un pore génital au milieu de leurs faces.

Infusoires. — On peut rencontrer dans les selles plusieurs espèces d'infusoires : le *paramœcium coli*, très vite altéré après la défécation, est ovale, long de 100 μ , couvert de cils, pourvu d'un noyau et de deux vésicules contractiles; le *cercomonas intestinalis*, long de 10 à 12 μ , ovale, pointu à son extrémité postérieure, porte en avant 5 ou 4 cils, très longs et grêles; le *megastoma entericum*, en forme de demi-poire longue de 6 à 12 μ , est pourvu en arrière d'une longue queue bifide et de 6 flagella. Aux *amibes*, retrouvés parfois dans les selles normales, on impute certaines diarrhées, certaines dysenteries des pays chauds. Ces infusoires ne sont décelables, qu'aussitôt après la défécation, dans les grumeaux mêlés au liquide. Pourvues d'un noyau nucléolé, parfois de vacuoles et de granulations, ces masses protoplasmiques émettent des pseudopodes longs de 15 à 25 μ .

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