

unes sont calmées, les autres exagérées par la pression; il y en a de continues et d'intermittentes; les malades les comparent tantôt à celles que produit une pression ou une constriction, tantôt à une brûlure, tantôt à un déchirement; nul doute qu'elles ne soient de nature diverse, et c'est sans doute pour cette raison qu'on les a décrites sous les dénominations de *gastralgie*, *gastrodynie*, *cardialgie*, *crampes d'estomac*, *crises gastriques*; mais il est trop souvent impossible d'en préciser le siège et le mode de production.

§ 11. — De la constipation.

a. *Définition.* — La constipation est caractérisée par la rareté des évacuations alvines et l'endurcissement des matières fécales.

Il est difficile de tracer des limites précises entre cet état, lorsqu'il est peu prononcé, et l'état physiologique, car rien n'est plus variable que la fréquence des selles chez les divers individus: tandis que certains sujets ont régulièrement deux garde-robes par jour, d'autres ne vont à la selle que trois fois par semaine et ne s'en portent pas plus mal; il n'y a donc constipation que dans les cas où les évacuations deviennent plus rares et plus dures qu'elles ne l'étaient auparavant chez le même individu, et dans ceux où leur rareté occasionne des accidents.

b. *Causes.* — La régularité de l'expulsion des matières suppose l'intégrité des sécrétions, des mouvements et de la sensibilité de l'intestin, le fonctionnement normal des centres nerveux qui président aux mouvements de défécation, et la perméabilité du tube digestif.

Le chyle est de consistance fluide dans l'intestin grêle; c'est seulement dans le cæcum que son résidu se solidifie par suite de la résorption de ses parties liquides; la lubrification de la muqueuse par son produit de sécrétion facilite le cheminement du bol fécal à travers les diverses parties du gros intestin et son expulsion. On conçoit que l'induration des matières puisse résulter, soit de l'insuffisance de la sécrétion muqueuse, soit d'une résorption plus active qu'à l'état normal des liquides qu'elles contiennent: ces deux causes interviennent concurremment pour produire la constipation que l'on observe dans les fièvres.

D'après Spring, la rareté des évacuations peut s'expliquer chez les diabétiques et les nourrices par la diminution des sécrétions; chez les convalescents, par l'augmentation de la résorption. C'est sans doute aussi en réduisant les sécrétions que les préparations de tannin et les

divers astringents produisent la constipation; on a attribué la même action à l'opium, mais on peut supposer que ce médicament agit en même temps en diminuant la sensibilité de la muqueuse et concurremment l'activité des réflexes.

L'usage prédominant d'aliments qui laissent peu de résidu, comme la viande et les œufs, favorise nécessairement la constipation.

M. Villemain insiste avec raison, dans son excellent article (1), sur l'importance qu'ont les troubles de la sensibilité de la muqueuse intestinale dans la pathogénie de la constipation. Parmi les différents actes qui se succèdent pour aboutir à l'évacuation des matières, le premier en date est souvent l'excitation de la muqueuse du gros intestin par son contenu; alors même que la défécation se fait volontairement, sans avoir été sollicitée par le besoin, la propulsion des matières par les premiers efforts a pour effet de solliciter par action réflexe les contractions des muscles de l'intestin et du petit bassin; on conçoit donc que la constipation résulte de toute cause qui rend inexcitable la muqueuse intestinale ou s'oppose à la transmission des excitations génératrices des réflexes. C'est la *constipation par anesthésie*. On l'observe chez les hystériques, chez certains paralytiques et dans l'aliénation; l'abus des lavements, en émoussant la sensibilité de la muqueuse rectale comme les attouchements répétés émoussent celle de la luette, peut également la produire (2). La diminution de la sensibilité peut de même entrer pour une part dans la constipation des vieillards.

L'atonie des fibres musculaires de l'intestin est une des causes les plus fréquentes de constipation; la distension prolongée du réservoir par les matières peut la produire; on l'observe à la suite des diarrhées intenses et des purgations réitérées. On sait, d'une manière générale, que l'inflammation des membranes muqueuses ou séreuses a pour conséquence la parésie des tuniques musculaires qu'elles recouvrent; on peut s'expliquer de la sorte la constipation liée à la péritonite, mais ici, un autre élément intervient et joue le rôle prédominant: nous voulons parler de la *douleur*; les malades, pour l'éviter, s'abstiennent instinctivement de contracter les muscles abdominaux. Il est possible aussi que les phlegmasies de la séreuse amènent la *paralysie des ganglions nerveux* qui siègent dans la paroi intestinale,

(1) Villemain, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article CONSTIPATION.

(2) Villemain, *loc. cit.*

et par suite la distension passive de la tunique musculaire; le météorisme qui les accompagne est en faveur de cette hypothèse.

Toutes les affections douloureuses de l'abdomen provoquent la constipation, surtout quand la douleur est augmentée par l'effort; on l'observe ainsi dans les phlegmasies péri-utérines, dans la péri-typhlite, dans l'adénite inguinale, dans la cystite, dans les fistules et les fissures anales. Chez les convalescents et chez les vieillards, la constipation par atonie musculaire est fréquente.

Le même trouble est produit par toutes les causes qui paralysent les muscles des parois abdominales et du petit bassin; il appartient ainsi à la symptomatologie des myélites et des encéphalopathies paralysantes.

L'afflux de la bile dans l'intestin contribue à provoquer les contractions de ses parois; on a observé que sa suppression entraîne le ralentissement des mouvements péristaltiques; elle doit donc, par cela même, entraîner la constipation, et en effet ce trouble fonctionnel appartient à la symptomatologie des affections hépatiques.

L'atonie intestinale peut être produite par les altérations de la paroi, telles que les infiltrations cancéreuses et la dégénérescence des fibres lisses dans les fièvres graves.

Le spasme des fibres circulaires a été considéré comme une cause de constipation; c'est lui qui s'opposerait à l'expulsion des matières dans la colique saturnine (Bamberger) et dans la méningite.

Toutes les causes qui font obstacle au passage des matières dans l'intestin produisent par cela même la constipation; on peut les diviser en causes *extrapariétales*, *intrapariétales* et *cavitaires*.

Parmi les causes *extrapariétales*, nous citerons les tumeurs qui compriment l'intestin, telles que l'utérus gravide, dégénéré ou dévié, les phlegmons du petit bassin, les kystes de l'ovaire, l'étranglement par brides péritonéales ou par l'engagement de l'intestin dans un orifice naturel ou artificiel; le *volvulus* et l'invagination produisent de même l'arrêt des matières.

Les tumeurs développées dans les parois, en faisant saillie dans la cavité de l'intestin, peuvent donner lieu à une constipation opiniâtre.

Les causes cavitaires enfin sont représentées par tous les corps volumineux, tels que les amas de bactéries, les bézoards, les calculs biliaires et surtout les masses de matières durcies qui peuvent séjourner dans l'intestin.

Aux causes qui précèdent, on en pourrait ajouter d'ordre *psychique*: chez les sujets les mieux portants, la défécation nécessite assez souvent un effort; si la volonté et l'énergie que nécessite cet effort font défaut, la constipation survient; c'est là certainement une de ses causes les plus communes.

On a pu voir que l'action d'un certain nombre de causes est mixte et peut rentrer dans plusieurs des catégories que nous venons d'étudier. D'autres fois le mode de production de la constipation reste indéterminé: c'est ainsi que, dans la colique de plomb, on a invoqué l'arrêt de sécrétions, le spasme de l'intestin et l'action de la douleur; de même, dans la méningite, le spasme de l'intestin n'est nullement démontré. Il est également difficile de préciser pour quelle raison le défaut d'exercice donne lieu au trouble qui nous occupe; on peut supposer cependant que c'est en supprimant l'affluence adjuvante que la marche exerce sur la progression du bol fécal.

c. Caractères cliniques. — La constipation donne lieu surtout à des accidents locaux, à des troubles digestifs et à des troubles de l'innervation.

Les masses indurées peuvent léser mécaniquement les parois de l'intestin et produire ainsi, soit des hémorragies ordinairement peu abondantes, soit de l'entérite; il n'est pas rare que les personnes qui souffrent de cette incommodité rendent, à la suite d'une débâcle, des matières membraniformes, dont l'aspect rappelle, tantôt celui du *tænia*, tantôt celui du vermicelle, tantôt celui des membranes diphthériques. Lorsque l'entérite occupe l'extrémité inférieure de l'intestin, elle peut déterminer une sorte de blennorrhée rectale.

Les veines du rectum sont comprimées par les masses fécales et il en résulte une sensation de pesanteur anale et quelquefois la production d'hémorroïdes. Spring admet que la compression exercée par les matières sur les organes contenus dans le petit bassin peut donner lieu à de la spermatorrhée, à de la cystite du col, à de la leucorrhée, et même à de l'œdème des membres, à de la sciatique et à un certain degré de paralysie des membres inférieurs; ces conséquences graves doivent être bien exceptionnelles, et nous n'avons pour notre part jamais rien observé de semblable.

Souvent la constipation est bien tolérée et ne provoque aucun phénomène anormal, si ce n'est au moment des débâcles qui s'accompagnent de violentes coliques et parfois de vomissements et d'état syncopal.

Parmi les accidents qu'elle produit, il faut citer ceux qui résultent de l'effort, et parmi eux les hémorrhagies et les hernies. Certains sujets éprouvent une sensation de pesanteur dans le bassin, d'autres accusent de l'inappétence et de la dyspepsie; mais les sensations qu'ils éprouvent dépendent surtout de leur état psychique; la constipation que beaucoup de sujets supportent sans en souffrir et sans y penser devient chez d'autres la source de préoccupations constantes qui les conduisent à l'hypochondrie; ils deviennent tristes et irritables, ils accusent des vertiges, de l'insomnie, des malaises et de la dyspepsie; leurs évacuations sont l'objet incessant de leur attention; ils abusent des purgatifs, des lavements et des aliments laxatifs.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des accidents qu'entraîne l'arrêt complet des matières.

§ 12. — De la diarrhée.

a. *Définition.* — On appelle ainsi l'évacuation de *féces liquides*. On voit, d'après cette définition, qu'il n'y faut pas comprendre, comme on le fait souvent, les évacuations liquides non fécaloïdes. Les selles peuvent être hémorrhagiques, purulentes ou simplement muqueuses, sans qu'il y ait diarrhée.

b. *Causes.* — Nous avons vu précédemment que le chyle est encore liquide quand il passe de l'iléon dans le cæcum, et que c'est seulement dans le gros intestin qu'il prend d'ordinaire une consistance ferme par suite de la résorption partielle de l'eau qu'il renferme. Il faut, pour que cette résorption ait lieu, qu'il séjourne durant un laps de temps suffisant dans cette partie du tube digestif et aussi que la circulation en retour s'accomplisse régulièrement dans la muqueuse. On conçoit donc que la diarrhée doit résulter d'une activité trop grande des mouvements péristaltiques du gros intestin, et, en fait, telle semble être la cause la plus fréquente de ce trouble fonctionnel; les réflexes qui produisent ces mouvements et qui ont pour centres les ganglions situés dans les parois mêmes de l'intestin ont le plus souvent pour point de départ la muqueuse intestinale anormalement excitée soit par une phlegmasie, une ulcération ou un néoplasme, soit par le contact de substances irritantes; ils semblent aussi pouvoir acquérir une intensité anormale sous l'influence de troubles psychiques (diarrhée émotive), de troubles de la sensibilité cutanée (diarrhée à frigore des arthritiques), et de la pénétration dans le sang de

matières putrides. Le défaut de résorption des liquides du chyle peut être invoqué dans les cas de stase veineuse dans l'intestin (diarrhée cardiaque), dans celui d'altération amyloïde des vaisseaux (Cohnheim) et dans les phlegmasies de la muqueuse; mais, dans la plupart de ces circonstances, il se produit concurremment un accroissement de l'activité des mouvements péristaltiques.

La diarrhée a été souvent attribuée à une exagération de la sécrétion des glandes intestinales ou à l'exsudat d'un liquide séreux à la surface de la muqueuse; dans ces conditions, le mouvement d'absorption qui produit l'induration des matières doit être remplacé par un mouvement d'exhalation. Sans nier que les choses puissent se passer ainsi, on peut dire que l'importance de cette cause a été exagérée. Thiry (1) a démontré que les sécrétions de la muqueuse n'augmentent pas sous l'influence des drastiques; Radziejewsky (2) est arrivé à la même conclusion et il pense que les purgatifs agissent surtout, si ce n'est exclusivement, en augmentant l'activité des mouvements péristaltiques; tout au plus peut-on admettre que les sels neutres, en raison de leur pouvoir osmotique élevé, produisent une inversion de phénomènes de diffusion et un appel de liquides dans la cavité intestinale, et encore y a-t-il, en pareil cas, augmentation des péristaltiques. Dans la dysenterie, il se fait un exsudat qui est expulsé sous forme de selles liquides, mais cet exsudat ne se mêle pas aux matières stercorales, il n'y a pas de diarrhée, et s'il y a expulsion de féces, c'est sous forme solide. La cause prochaine de la diarrhée est donc, dans la grande majorité des cas, une activité exagérée des mouvements péristaltiques.

Nous avons indiqué déjà la plupart des causes qui amènent la diarrhée; il faut y ajouter les suivantes.

Elle se produit dans l'indigestion sous l'influence de l'irritation que les aliments exercent par leur surabondance ou leur qualité irritante sur la muqueuse intestinale; on sait que les légumes verts, les fruits, les viandes faisandées et le laitage donnent lieu à cet accident chez beaucoup de sujets; il faut tenir grand compte, à ce point de vue, des idiosyncrasies; le lait, par exemple, qui constipe la plupart des sujets est pour d'autres un laxatif d'un effet certain; il est des personnes qui ne peuvent manger de gibier non plus que de certains légumes sans être dérangées.

(1) Thiry, *Wien. akadem. Sitzungsber.*, 1864.

(2) Radziejewski, *Archiv f. Anat. und Physiologie*, 1870.

Les entérites aiguës et chroniques s'accompagnent souvent de diarrhée; nous avons constaté chez beaucoup de sujets, à la fin du siège Paris, l'existence d'une entérite ulcéreuse qui avait été provoquée par l'usage de mauvais aliments et probablement surtout du pain noir; ils avaient eu pour la plupart une diarrhée incoercible. Chez les enfants du premier âge, la diarrhée est le résultat habituel d'une alimentation défectueuse; elle est alors provoquée le plus ordinairement par une entérite.

La présence de certains entozoaires peut en être la cause; M. Normand a démontré que la diarrhée de Cochinchine est liée au développement dans l'intestin, en quantité innombrable, de parasites qu'il appelle *anguillules* (V. page 123).

La diarrhée est un des symptômes habituels des affections ulcéreuses de l'intestin; elle est due alors vraisemblablement à l'exagération des réflexes sous l'influence de l'irritation que provoque le contact des matières fécales avec la surface dénudée; ce serait une erreur de l'attribuer à une exsudation séreuse qui se ferait au niveau de l'ulcération, car il suffit d'une lésion de fort peu d'étendue pour la produire; nous n'avons trouvé chez un tuberculeux qui avait eu pendant plusieurs semaines une diarrhée rebelle à tous les moyens de traitement, que deux ulcérations de petites dimensions.

Les grandes chaleurs et les vicissitudes atmosphériques sont des causes de diarrhée; certains arthritiques ne peuvent sortir le soir sans en être immédiatement atteints; ici encore, il s'agit vraisemblablement d'une action réflexe sur les muscles de l'intestin.

La diarrhée est un des symptômes habituels d'un certain nombre de maladies infectieuses, et plus particulièrement de celles qui présentent des déterminations du côté de l'intestin, telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, le choléra, la grippe, l'érysipèle, l'endocardite ulcéreuse, etc.; elle peut cependant se produire en l'absence de toute lésion apparente de la muqueuse digestive, c'est ainsi qu'elle survient sans entérite dans l'infection puerpérale et la septicémie. On a signalé également une diarrhée palustre: on peut l'observer soit comme manifestation principale d'une fièvre larvée, soit dans l'intoxication chronique.

c. *Caractères cliniques.* — La fréquence des évacuations diarrhéiques est très variable. Elles sont parfois presque incessantes; lorsqu'elles se renouvellent très souvent, elles s'accompagnent bientôt d'une sensation pénible de cuisson dans la région anale, et on peut voir s'y

développer une éruption érythémateuse; l'expulsion des fèces étant alors facile ne donne pas lieu d'ordinaire à des douleurs très vives.

Les matières fécales peuvent être plus ou moins fétides; elles sont expulsées seules ou mélangées soit avec du sang, soit avec du mucus, soit avec des pseudo-membranes, soit avec du pus. Elles renferment parfois des aliments non digérés et ayant conservé leur aspect naturel; sans doute la rapidité des mouvements et par suite celle du cours des matières a été en pareil cas accrue, non seulement dans le gros intestin, mais aussi dans toute l'étendue du tube digestif.

La coloration des matières dépend surtout de la quantité de bile qu'elles renferment et de la forme sous laquelle s'y trouve ce produit; dans le cas où son afflux est complètement interrompu, les matières sont décolorées et grisâtres.

La diarrhée, lorsqu'elle est abondante et qu'elle persiste, provoque bientôt des troubles graves de la nutrition; ils ont été bien étudiés chez les enfants par Parrot sous le nom d'*athrepsie*; on peut les observer également chez les adultes et les vieillards; ils peuvent par eux-mêmes entraîner la mort et c'est à eux qu'il faut attribuer surtout la grande mortalité qui s'est produite dans Paris à la fin du siège et pendant les mois qui ont suivi. Quand l'accélération du mouvement des matières ne commence que dans le gros intestin, elle ne peut avoir de graves inconvénients, car c'est plus haut que se fait l'absorption des éléments nutritifs; mais le plus souvent, le chyle lui-même ne séjourne pas assez longtemps dans l'intestin grêle et les évacuations sont constituées par les substances qui devaient être absorbées et devenir les éléments de la réparation des tissus; on ne saurait donc s'étonner que, dans les cas où la diarrhée se prolonge, les malades maigrissent rapidement, que leur teint s'altère et que leurs forces baissent.

Il n'est pas rare de voir la diarrhée chronique se compliquer de tuberculose; il est vraisemblable qu'elle y prédispose en diminuant la résistance des sujets; mais on peut se demander également si les ulcérations développées dans l'intestin ne forment pas une porte d'entrée ouverte au contagement tuberculeux.

§ 13. — De la gastrorrhagie et de l'entérorrhagie.

a. *Causes.* — Les hémorrhagies de l'intestin et de l'estomac peuvent résulter: 1° d'une lésion de la muqueuse; 2° d'un trouble de la circulation; 3° d'une maladie générale qui agit par l'intermédiaire d'une altération du sang ou des vaisseaux.

1° *Hémorrhagies par lésions de la muqueuse.* — Son inflammation peut donner lieu à un exsudat mêlé de sang ; il en est ainsi particulièrement dans la dysenterie et dans les gastrites toxiques. Les ulcérations qui se développent dans la tuberculose, dans la fièvre typhoïde, dans l'entérite chronique et dans le cancer, sont autant de causes d'entérorrhagie ; cet accident peut également se produire au début de l'invagination. Les ulcères simples de l'estomac et du duodénum provoquent souvent des hémorrhagies très abondantes ; s'accroissant par une véritable digestion de la muqueuse, ils entament les parois des artères qui ne sont pas oblitérées, car il n'y a pas d'inflammation. Les ulcérations dont l'intestin peut devenir le siège à la suite des grandes brûlures sont parfois le point de départ d'entérorrhagies ; il en est de même des déchirures que produisent les corps étrangers et les contusions de l'abdomen. Bamberger admet une hémorrhagie par rupture de varices de la muqueuse intestinale.

2° *Hémorrhagies par troubles de la circulation.* — Toutes les causes qui amènent la stase du sang dans la muqueuse gastro-intestinale peuvent y provoquer des hémorrhagies, mais c'est surtout dans les cas où l'obstacle siège dans la circulation porte que l'on observe ces accidents ; ils comptent parmi les manifestations fréquentes de la cirrhose du foie, et ils peuvent se produire au début de cette maladie, alors que ses autres symptômes n'ont pas encore paru ; on les voit survenir également dans les cas de thrombose de la veine porte.

La suppression des règles peut donner lieu à des hématoméses supplémentaires.

3° *Hémorrhagies de cause générale.* — Les hémorrhagies multiples qui caractérisent certaines formes de fièvres (scarlatine, variole, rougeole hémorrhagiques) et certaines maladies générales (le scorbut, le purpura) se produisent assez souvent du côté de l'intestin ou de l'estomac.

b. *Caractères cliniques.* — Le sang exhalé dans la cavité de l'estomac est le plus souvent rejeté par vomissement ; il peut cependant passer en partie dans l'intestin et colorer les fèces.

Le sang de l'hématémèse n'est rouge que lorsque l'hémorrhagie, très abondante, a provoqué immédiatement les efforts de vomissement, car l'action des sucs digestifs altère rapidement l'hémoglobine et lui donne une coloration brune ou noirâtre ; on compare d'ordinaire le sang ainsi altéré à du marc de café ou à de la suie délayée et on lui donne le nom de *melæna*.

Quand l'hémorrhagie est abondante, les extrémités se refroidissent, la face pâlit et se couvre de sueurs, il survient des vertiges avec tendance à la syncope, le pouls est petit ; on observe en un mot tous les symptômes des grandes pertes de sang ; ils se produisent plus facilement dans le cas d'hématémèse, par l'effet de l'impression que produit la vue du sang et des troubles vaso-moteurs auxquels donne lieu par elle-même la nausée.

L'hémorrhagie de l'intestin peut rester interne, même lorsqu'elle est assez abondante pour amener la mort.

§ 14. — Des coliques intestinales.

On appelle *coliques* les douleurs qui se produisent dans les réservoirs ou les conduits excréteurs lorsque leurs parois se contractent spasmodiquement. On les distingue, suivant leur siège, en coliques *hépatiques, néphrétiques, utérines et intestinales*.

La colique *intestinale* survient chaque fois que l'activité des péristaltiques est accrue ; elle accompagne presque constamment la diarrhée et se produit par conséquent dans toutes les affections qui donnent lieu à ce trouble fonctionnel (voy. p. 548) ; elle se manifeste aussi dans la constipation, surtout au moment des débâcles ; elle est fréquente dans le météorisme et est alors soulagée par des évacuations gazeuses ; elle se produit avec violence dans toutes les variétés d'obstruction intestinale. Il ne nous paraît pas démontré que la douleur abdominale connue sous le nom de *colique de plomb* soit une véritable colique intestinale ; l'affaissement qu'y subit le ventre semble indiquer un spasme de l'intestin, mais on peut l'expliquer également par un spasme des muscles des parois ; ce point de physiologie pathologique n'est pas élucidé.

Les douleurs de coliques donnent lieu à une sensation toute particulière de constriction ; elles sont intermittentes et se déplacent pendant le moment même où elles se produisent ; la pression continue et régulière les apaise le plus souvent, le froid les augmente, ainsi que l'ingestion des aliments ; les applications chaudes les calment ; on voit souvent, pendant les accès, les anses intestinales se dessiner et se mouvoir ; quand elles sont violentes, elles donnent lieu à des troubles généraux comparables à ceux de la nausée ; les malades pâlisent, leurs traits s'altèrent et expriment la souffrance ; il survient souvent des vertiges avec état syncopal.

§ 15. — Du météorisme (1).

On appelle ainsi la distension de l'intestin par des gaz ; le nom de *tympanite* employé souvent pour désigner le même état n'a pas une signification identique, car on l'applique également à la distension de l'abdomen par l'accumulation des gaz dans la cavité péritonéale.

A l'état normal, on trouve des gaz dans toute l'étendue du tube digestif ; dans l'estomac, ils semblent en partie provenir de l'extérieur et être introduits avec les aliments ; ils ne présentent pas cependant la même composition que l'air atmosphérique, car l'oxygène est rapidement résorbé par les parois, tandis que l'azote et l'acide carbonique séjournent ; la proportion de ces derniers gaz est même souvent augmentée par le fait de la fermentation.

Dans l'intestin grêle, on trouve de l'azote, de l'acide carbonique et de l'hydrogène ; le gros intestin renferme en plus de l'hydrogène protocarboné et souvent des traces d'hydrogène sulfuré : ces gaz proviennent des fermentations que les aliments subissent dans les intestins.

Le météorisme peut résulter : 1° d'une production excessive de gaz ; 2° d'une atonie des parois intestinales, qui ne résistent plus comme à l'état normal à l'expansion des gaz qu'elles renferment ; 3° d'un obstacle au cours des matières.

La production d'une quantité excessive de gaz est fréquente dans les dyspepsies ; elle peut résulter d'une alimentation trop riche en substances hydrocarbonées. Le catarrhe gastro-intestinal, la dilatation de l'estomac et, d'une manière générale, toutes les causes qui favorisent les fermentations lactiques et butyriques donnent lieu à une production anormale de gaz. Le météorisme s'observe dans toutes les maladies qui diminuent la tonicité des fibres musculaires de l'intestin. Non seulement, en pareil cas, les parois n'ont plus leur résistance physiologique, mais la résorption des gaz ne peut plus se produire comme à l'état normal, car elle n'est plus favorisée par la pression des parois. Cette atonie de l'intestin s'observe dans les différentes affections qui en altèrent la structure, et en particulier dans les inflammations ; elle est habituelle dans la fièvre typhoïde et aussi dans les typhus, dans la pneumonie, dans les pyrexies adynamiques, dans la fièvre puerpérale et dans la péritonite ; on la voit se produire

(1) N. Gueneau de Mussy, *Clinique médicale*. Paris, 1874.

après l'évacuation du liquide ascitique dans les cas où l'intestin a été longtemps comprimé. C'est une manifestation assez fréquente et souvent rebelle de l'hystérie (1). On l'observe de même chez nombre d'hypochondriaques. Les obstructions de l'intestin produisent le météorisme, moins sans doute en s'opposant à l'expulsion des gaz par l'anus qu'en amenant l'atonie des parois épuisées par des contractions incessantes.

La conséquence la plus importante du météorisme est ordinairement une gêne notable de la respiration produite par le refoulement du diaphragme ; s'il existe concurremment une affection du poumon et du cœur, l'asphyxie peut en résulter.

Le météorisme donne lieu en outre à des troubles de la digestion et à des douleurs abdominales (*coliques venteuses*).

Nous l'avons vu, dans notre service, contribuer à maintenir une occlusion de l'intestin produite vraisemblablement par une flexion ; les évacuations étaient complètement supprimées depuis trois semaines ; il semblait qu'il n'y eût plus d'autre ressource qu'une intervention chirurgicale ; il a suffi cependant d'une ponction capillaire de l'intestin pour ramener le rétablissement du cours des matières : il nous a paru évident que la compression exercée par la masse des intestins distendus était la cause principale de l'obstruction.

Le météorisme est partiel dans le cas d'obstruction, car il ne se produit que dans les parties de l'intestin situées au-dessus de l'obstacle ; il constitue alors un signe important pour la localisation de la lésion.

§ 16. — Incontinence des matières fécales.

Ce trouble résulte le plus souvent d'une paralysie du sphincter ; il peut également provenir d'une anesthésie de la muqueuse rectale. On l'observe dans les affections du système nerveux central et dans les maladies adynamiques. Il peut aussi être le résultat de la destruction du muscle par un cancer.

(1) On ignore par quel mécanisme il se produit dans cette névrose ; peut-être faut-il invoquer un spasme des artérioles des parois intestinales en produisant l'atonie et gênant en même temps la résorption des gaz par l'obstacle qu'il apporterait à la circulation veineuse ?