

LA CONSTIPATION ET SON TRAITEMENT.

(Leçon recueillie et rédigée par A. Marfan, 1881.)

Parmi les symptômes qui se présentent tous les jours à l'observation du médecin, la constipation occupe incontestablement le premier rang. Dès lors il semblerait naturel qu'elle ait été le sujet d'innombrables dissertations : or c'est là un fait curieux et digne d'être noté, la constipation a un historique nul ; et je ne connais qu'une monographie de la constipation, c'est celle de Burns, en 1840.

Cependant en dehors de la valeur qu'elle peut acquérir quand il s'agit du diagnostic, la constipation présente un grand intérêt par elle-même : et les modalités un peu diverses de ses manifestations, ses degrés, ses rapports avec l'alimentation, sont des questions assez difficiles à résoudre pour qu'on veuille bien y arrêter son attention.

Il est inexact d'avancer que la constipation est caractérisée par la rareté des évacuations alvines : l'état normal de tel individu peut être de n'aller à la selle que tous les trois jours et on n'est pas autorisé à dire de lui qu'il est un constipé. Lorsqu'on soupçonne l'existence d'une constipation horaire, il faut interroger le malade sur ses habitudes antérieures. Quand on connaît la loi de périodicité de ses évacuations en temps ordinaire, on juge facilement si, dans le moment présent, il est ou non en retard, s'il est ou non constipé. C'est ainsi qu'il faut juger cliniquement la constipation horaire.

Cette dernière n'est pas la seule : il en existe une autre que

j'appelle constipation quantitative et qui se présente avec des apparences de parfaite régularité horaire. Le malade a tous les jours une selle et à son heure habituelle : mais il rend une quantité de matières qui n'est pas en rapport avec le stock que renferme son magasin intestinal et par suite il ne vide pas complètement son gros intestin. Ce dernier est comparable à la vessie d'un homme qui urine cinq ou six fois dans une nuit. Peut-on affirmer que cet homme ait vidé sa vessie ? Non, car il peut avoir une rétention vésicale, et rien ne dit que, malgré des mictions répétées, il ne reste pas encore une certaine quantité de liquide dans le réservoir urinaire.

Dans la constipation quantitative, une minime partie du stock intestinal se détache chaque jour et donne lieu à une évacuation alvine, ovillée, caprinée ; cette évacuation suffit pour donner au malade la conviction qu'il n'est pas constipé.

Il y a donc deux constipations, la constipation horaire, qui est apparente, manifeste pour le malade, et la constipation quantitative qui est latente et dont le malade ne se rend pas compte.

Une des conditions qui rend cette dernière encore plus trompeuse, c'est qu'elle peut exister avec une diarrhée de cinq ou six selles par jour. Cette diarrhée est le résultat d'une sécrétion particulière qui liquéfie lentement une partie des matières accumulées dans le gros intestin ; c'est une véritable pluie intestinale qui vient mouiller les matières accumulées et les transforme en partie en une boue diarrhéique.

La constipation quantitative peut donc affecter deux formes :

1° La forme sèche où les selles viennent à heure fixe, et où les matières sont dures, et en petite quantité.

2° La forme humide avec les selles fréquentes où les matières sont en petite quantité et où elles ont l'apparence diarrhéique.

On s'explique sans peine à quelles erreurs peut donner lieu la forme humide : pour cette diarrhée qui s'allie parfaitement à une constipation qu'on ignore absolument, on donne de l'opium et on exagère un état morbide qu'on aurait dû combattre : le

dernier terme de cette médication est souvent la rétention fécale absolue.

Je vais m'expliquer ici sur ce qu'on doit entendre par rétention fécale et je vais dire quelle différence on doit établir entre elle et la constipation.

L'intestin est une contrée de travail où les marchandises ne font que passer : c'est un chemin avec un départ et une arrivée : si les matières fécales progressent simplement avec plus de lenteur qu'à l'état normal, on a la constipation : mais s'il survient un arrêt absolu dans la marche des matières, on a la rétention qui peut être complète ou incomplète. Incomplète, elle se confond avec ce que j'ai appelé la constipation quantitative.

Où se fait habituellement la rétention fécale? Nous savons que la rétention a deux sièges principaux et nous le devons à cette circonstance qu'il nous est possible de les explorer tous deux. On croit que la rétention se fait de préférence dans le rectum parce qu'on peut l'y rencontrer avec le doigt et dans le cœcum parce qu'on peut la palper à travers la paroi abdominale. Il y a donc deux variétés connues à cet égard : la rétention rectale et la rétention cœcale, cette dernière étant habituellement l'origine de la typhlite.

Pour ce qui regarde la rétention dans le côlon, on a avancé qu'il était possible de sentir des boules fécales dans cette fraction du gros intestin ; mais je garde la conviction qu'elle est bien difficile à reconnaître, si toutefois le côlon peut être le siège de l'accumulation des matières fécales arrêtées dans leur marche.

La rétention fécale passe trop souvent inaperçue pour que je ne donne pas quelques conseils pratiques qui serviront à ne pas la méconnaître.

Un individu, le plus ordinairement un vieillard, fait depuis longtemps d'énormes efforts d'expulsion et n'aboutit qu'à évacuer une très petite quantité de matières dures et sèches : c'est un constipé habituel. Peu à peu les coliques et le tympanisme auxquels il est en proie d'ordinaire s'exagèrent, et à ces signes s'ajoutent des nausées, de la perte d'appétit et même des vomissements : on doit alors soupçonner un arrêt définitif des matières

et leur accumulation, soit dans le rectum, soit dans le cœcum.

On pratiquera le toucher rectal malgré toute la répugnance que l'on peut avoir pour une pareille exploration, et si on ne rencontre pas dans l'ampoule des matières dures et sèches, on fera la palpation du cœcum. A ce propos, je ne crains pas de me répéter en rappelant les règles de la palpation abdominale : le sujet doit être couché ; il est totalement impossible de faire cet examen debout : il faut pétrir le ventre pour obtenir le relâchement des muscles de la paroi abdominale qui s'opposent par leur contraction à l'exploration des organes sous-jacents. Les muscles droits constituent l'obstacle le plus sérieux, et, en outre, ils sont, par le fait de leurs intersections fibreuses, la source de nombreuses erreurs contre lesquelles l'attention doit être constamment en éveil.

La difficulté qu'il y a à diagnostiquer la rétention fécale est prouvée par l'histoire suivante que je raconterai pour couper l'aridité du sujet.

A l'époque où j'étais chef de clinique de Trousseau, celui-ci donnait ses soins à un personnage célèbre surtout par les caricatures journalières qui en étaient faites. C'était un chef de bureau porteur d'un ventre colossal. Un beau jour, il tomba malade et ce ventre si extraordinairement volumineux augmenta encore ; il souffrait beaucoup : mais il n'existait ni diarrhée, ni constipation, pas de vomissements, à peine quelques nausées. Les médecins en vogue à cette époque furent successivement appelés et chacun portait un diagnostic plus ou moins fantaisiste ; lorsqu'une nuit, huit ou dix mois après le début de ses souffrances, notre homme est soudain réveillé par un besoin tellement pressant qu'il n'a que le temps de sonner son domestique pour qu'on lui apporte un vase de nuit en toute hâte... L'intestin ne fut satisfait qu'après la dix-septième évacuation. Après cet orage, le malade éprouve un tel bien-être qu'il se déclare lui-même guéri. Sa maladie avait donc consisté en une rétention fécale de dix-sept vases de nuit. Personne n'avait eu garde de s'en douter, d'abord par la difficulté d'explorer

un pareil abdomen, ensuite par la régularité de son fonctionnement intestinal, telle que, comme l'employé de bureau modèle, il consultait chaque jour sa montre pour ne pas oublier l'heure réglementaire où il se présentait à la selle.

Je reviens à la constipation.

Elle soulève un problème qui est loin d'être facile à résoudre; c'est celui de ses rapports avec l'alimentation. Les matières fécales doivent-elles être rendues proportionnellement à la quantité et à la qualité des aliments introduits dans le tube digestif et en raison inverse des déperditions qui peuvent se faire par d'autres voies, telles que les urines, la sueur, etc.? Ces déperditions ont-elles une influence sur la qualité même de la matière et facilitent-elles leur induration?

Malgré tout mon désir de donner la solution de ce problème, je suis dans la nécessité d'avouer que nous disposons d'éléments beaucoup trop insuffisants pour le résoudre d'une manière satisfaisante, et je me contenterai d'attirer l'attention sur un cas particulier que l'on rencontre journellement dans la pratique.

Un homme est au lit depuis huit jours, pour une pleurésie, pour une bronchite, ou toute autre affection accompagnée d'une fièvre très modérée. Son régime est annulé.

Antérieurement à cet état morbide, il n'avait jamais de constipation et le voilà tout à coup qui reste sept ou huit jours sans aller à la garde-robe. Un jour le médecin constate cette absence d'évacuations alvines; il pense à une rétention fécale et est assez épouvanté; quant au malade, il ne s'étonne nullement; il y a huit jours qu'il n'a rien mangé; il n'a rien pris; il n'a rien fait; quoi de plus naturel? Ce sont des phrases de tous les jours.

Ce qui est encore de tous les jours, c'est que le médecin ne tient pas compte de ce que lui dit le malade sur le défaut d'alimentation comme cause de la constipation et il ordonne un purgatif afin de faciliter l'évacuation des matières intestinales qu'il suppose accumulées. A la suite de ce purgatif, le malade pourra remplir un vase; mais ce dernier ne sera pas plein de matières

fécales, il sera rempli par la sécrétion liquide due au purgatif sécréteur, qui n'aura de fécale que l'aspect.

Le médecin a-t-il eu tort ou raison? Question fort délicate à juger.

Il se peut en effet que le malade retire un bénéfice du purgatif par le fait de la dérivation sur l'intestin; mais au point de vue de la rétention fécale, rien n'est moins prouvé que l'opportunité du remède, car rien n'est plus mal établi que l'existence de cette rétention. Pour moi, n'ayant aucune raison pour l'admettre, je ne donne pas de purgatif dans le but de remplir cette indication; s'il m'arrive d'en administrer dans des cas pareils, c'est en vue d'une dérivation ou contre un état saburral très marqué des voies digestives.

L'étude des conditions génératrices de la constipation ne manque pas d'un certain intérêt; je m'y arrêterai d'autant plus volontiers qu'elle n'est pas inutile à la thérapeutique.

Je signale sans y insister les obstacles mécaniques qui peuvent amener la constipation et la rétention fécale. Un utérus volumineux, par le fait d'une grossesse ou d'une tumeur, les néoplasmes de l'ovaire peuvent nuire à la perméabilité de l'intestin et l'obstruer. Les brides fibreuses de l'abdomen, vestiges d'une ancienne péritonite, peuvent agir de la même façon; elles appartiennent d'ailleurs beaucoup plus à l'anatomie pathologique qu'à la clinique.

Laissant de côté les obstacles extra-intestinaux, j'aborde l'étude des causes qui résident dans l'intestin lui-même.

Dans une première catégorie, rentrent les constipations et les rétentions fécales causées par une intoxication, notamment l'intoxication saturnine, ou par l'ingestion de certains médicaments spéciaux, tels que le fer, qui amène parfois chez les jeunes filles des rétentions terribles, et l'opium, mais celui-ci cependant moins que le fer et le plomb.

Un autre groupe renferme des causes bien plus importantes d'une appréciation plus délicate; ce sont celles qui se rapportent au fonctionnement du système nerveux relativement à l'intestin.

La constipation nerveuse peut s'observer dans les affections centrales, et c'est dans la méningite infantile qu'elle s'étale dans toute sa splendeur; dans cette affection, la constipation est absolue: aucun médicament ne réussit contre elle, si ce n'est parfois dans les derniers moments.

La constipation de la méningite infantile rentre dans le groupe des constipations accompagnées de mal de tête extrêmement compréhensif. La fréquente coexistence de la constipation et du mal de tête avait beaucoup frappé les médecins des siècles derniers: ils étaient persuadés que la constipation engendrait la majeure partie des affections cérébrales et surtout l'apoplexie: si bien que le rôle que joue le cœur à l'époque actuelle dans la genèse de l'apoplexie, c'était le ventre qui le jouait au siècle dernier.

Quoi qu'il en soit, il est un certain nombre de constipés qui ont de la pesanteur céphalique, des bâillements, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, et on est convenu d'attribuer ces accidents à la constipation. Il y aurait lieu de se demander si, dans certains cas, la constipation n'est pas la conséquence du mal de tête, si elle n'est pas un réflexe du mal de tête. Je crois que si cette distinction peut être faite, elle ne sera pas inutile au pronostic: car, quand il s'agit d'un vieillard ou d'un enfant chez lesquels toute affection encéphalique se manifeste surtout par la constipation et le mal de tête, si on parvient à démontrer que la constipation est primitive, on peut écarter toute idée de maladie cérébrale.

Dans l'hystérie, on observe des rétentions fécales d'origine nerveuse et ce ne sont certes pas les moins remarquables.

La rétention fécale des hystériques n'est pas un léger étonnement pour le médecin: sa durée est comprise entre huit jours et six semaines. J'en ai constaté une de trois mois. J'en ai même observé une qui, au dire de la malade, aurait duré six mois. Malheureusement je n'avais aucun moyen de vérifier l'authenticité d'un pareil fait qui avait lieu dans un pensionnat de jeunes filles. Cela eût été de toute nécessité, étant donné le caractère trompeur des hystériques.

Néanmoins, j'ai observé chez des hystériques des rétentions fécales d'une durée de un mois, même de six semaines, qui se présentaient avec tous les caractères d'une parfaite authenticité.

L'indifférence avec laquelle la plupart des hystériques supportent une pareille rétention n'est pas une des moindres curiosités de son histoire. Chez beaucoup, le ventre n'est ni tendu, ni ballonné; l'appétit peut n'être nullement troublé: on ne constate aucun malaise semblant résulter directement de cet état. S'il arrive parfois qu'on observe des vomissements, on remarque que la malade ne subit aucun amaigrissement, bien que cette complication ait une durée aussi longue que la rétention elle-même.

Comment le système nerveux agit-il pour produire la rétention fécale des hystériques? Si on considère que les hystériques constipées n'éprouvent jamais le besoin de la défécation, si on remarque d'autre part que l'anesthésie est une particularité presque banale de leur histoire, et qu'elle existe à l'autre extrémité du tube digestif, c'est-à-dire à l'isthme du gosier, il est peut-être légitime d'attribuer leur rétention à l'anesthésie de la muqueuse rectale.

Contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie, l'ataxique est un constipé qui éprouve le besoin de la défécation, mais qui ne peut y satisfaire: on le voit quelquefois s'accroupir, se pelotonner, se presser sur le ventre pour provoquer une évacuation. Est-ce chez lui une paralysie ou un spasme du sphincter? Je n'en sais rien et personne n'en saurait dire plus que moi: qu'importe d'ailleurs, puisque le résultat est identique?

Je classe dans un groupe spécial les constipations d'origine stomacale.

La constipation dans les affections chroniques de l'estomac peut être établie comme une loi souffrant peu d'exceptions.

Les maladies chroniques de l'estomac amènent toutes et à des degrés divers la dilatation de l'organe avec une certaine mollesse atonique des parois: le bol alimentaire n'est donc chassé que lentement et ne se présente que peu à peu dans l'intestin grêle: d'où probablement l'origine de la constipation.

Ce qui se passe dans le cas particulier du cancer de l'estomac n'est pas sans intérêt : la dilatation stomacale se retrouve toujours dans le cancer, aussi la constipation y est la règle : néanmoins la diarrhée s'observe, et voici comment on peut concevoir sa production. Le bol alimentaire des cancéreux forme une purée fétide qui passe de l'estomac dans le duodénum : ce dernier l'accepte malgré tout, l'accueille sans irritabilité, probablement parce qu'elle se présente fragmentée : mais il est telle condition où cette tolérance de l'intestin peut cesser et la diarrhée survient. Le meilleur moyen de traiter cette diarrhée stomacale, c'est de fragmenter l'alimentation, de manger peu et souvent : le régime lacté remplit ces conditions à merveille. La diarrhée de l'indigestion est pareille à la précédente : vers deux heures du matin l'estomac tumultueux rejette dans l'intestin un bol alimentaire mal digéré et considérable : la diarrhée en est la conséquence.

Dans ces constipations et ces diarrhées d'origine stomacale, que les développements de la leçon m'ont amené à rapprocher, je ferai remarquer qu'une erreur thérapeutique courante consiste à ne rien faire pour l'estomac.

Je vais terminer cet examen des causes de la constipation, en signalant quelques constipations symptomatiques qu'il ne faut pas ignorer.

Les diabétiques maigres et gros mangeurs présentent pendant des années une constipation opiniâtre, interrompue de loin en loin par des évacuations diarrhéiques.

Dans la fièvre typhoïde, on observe de la constipation pendant les sept ou huit premiers jours et pendant les derniers jours. Quand, chez un typhique constipé, la palpation de la fosse iliaque droite donne du clapotement, la constipation n'est qu'apparente : en réalité il y a de la diarrhée : dans ce cas-là, il faut purger franchement le malade : cette matière liquide qui est dans la portion iléo-cœcale de l'intestin, c'est l'ennemi dans la place, le loup dans la bergerie : s'il n'y a pas de clapotement, la constipation est réelle, et alors on n'ordonnera que des purgatifs légers, anodins, car le temps ne presse pas.

Voici une femme récemment accouchée, dont les suites de couches marchent normalement : quelques jours après, elle a du malaise, elle côtoie le frisson, elle a soif et a perdu l'appétit : l'abdomen est sensible ; mais la fièvre est absente et on peut affirmer qu'il n'y a pas d'inflammation abdominale, qu'il s'agit simplement de constipation et qu'un purgatif ou un lavement fera disparaître les symptômes précédents.

J'arrive au traitement de la constipation.

Toute constipation, quelle que soit son origine plus ou moins éloignée, est la conséquence directe d'une modification des parois intestinales : les matières fécales ne sont nullement responsables ; il faut donc avant tout guérir l'intestin et ne pas opérer sur les matières ; telle est l'idée générale qui domine toute la thérapeutique de la constipation.

Ayant surtout l'intention d'étudier le lavement, je ne ferai que résumer ce qui a trait aux autres médications.

Le régime alimentaire ne me paraît pas devoir occuper une place honorable dans le traitement de la constipation : certains aliments, tels que les pruneaux cuits, le gros pain de seigle ont la réputation bien établie de provoquer les garde-robes quelque peu précipitueuses : or avec un peu d'attention, on s'assure qu'une pareille évacuation n'est obtenue qu'au moyen d'une petite indigestion, et que, si l'aliment ingéré a pu précipiter le cours des matières et rendre ainsi un service, il ne l'a fait qu'au prix d'un trouble stomacal. Ce dernier est-il toujours inoffensif ? C'est ce que je me garderai d'affirmer.

Les moyens hygiéniques présentent plus de chances de succès que le régime alimentaire : mais il faut avoir le bonheur de trouver la voie à suivre pour tel malade : cette voie diffère suivant les individus : l'hygiène de l'un n'est pas l'hygiène de l'autre. Ainsi est-il utile de marcher après avoir mangé ? Marcher après le repas est favorable aux uns, et nuisible aux autres : ce n'est que par l'étude du malade qu'on parvient à résoudre la question : et il est fort délicat de donner un conseil à cet égard.