

*brusquement* et disparaît sans qu'il y ait aucune évacuation. Chez notre malade nous n'observons pas, comme chez les hystériques, la déglutition des gaz, et leur disparition sans évacuation buccale ou rectale indique une résorption. Cette brusquerie du début suffit, à mon avis, à éliminer l'existence des fermentations intestinales.

Nous sommes donc conduits en dernière analyse à admettre un spasme de l'S iliaque, spasme que nous apprécions nettement à la palpitation en cet endroit, mais qui peut sans doute occuper d'autres parties de l'intestin, ce dont il est assurément difficile de se rendre compte. La palpitation peut, en effet, donner des renseignements sur l'S iliaque, qui repose sur un plan résistant, mais nous apprécions fort mal par ce moyen la consistance du reste de l'intestin. C'est ainsi que souvent, par exemple, on croit même à l'existence de scybales, alors qu'on se trouve en présence d'inégalités de résistance relevant de contractures partielles.

Quant à la percussion, elle nous indique bien l'existence de la dilatation, mais elle ne peut nous faire connaître la rétraction.

Pour ces raisons on peut admettre que l'intestin est le siège de contractures prolongées ou intermittentes, douloureuses, dont le siège très divers explique la mobilité du ballonnement durant la crise.

Il s'agit donc d'un spasme douloureux dont la physiologie pathologique se rapproche de celle de toutes les coliques, car toutes les coliques sont des phénomènes spasmodiques ; ce spasme peut être favorisé par l'état neuropathique héréditaire ou acquis du malade, et la répétition de ces crises douloureuses peut se répercuter à son tour sur le système nerveux.

Ces considérations ne sont certes pas indifférentes, lorsqu'on y veut trouver des indications thérapeutiques précises. Si le trouble des fonctions intestinales est le fait primitif, c'est sur lui qu'il faut tout d'abord agir : dans ce cas, les laxatifs trouvent leur emploi ; si, au contraire, nous sommes en présence d'un phénomène spasmodique cause initiale de tous les accidents, c'est lui que le traitement doit viser tout d'abord. Or, l'expérience vient ici confirmer les faits acquis par l'observation : les purgatifs, comme cela arrive le plus fréquemment, comme nous l'avons vu chez notre malade, n'ont aucun effet ou à peu près ; ils ne purgent pas, même à fortes doses. Ce qui détermine le mieux les garde-robes, c'est la belladone, quelquefois même l'opium à petites doses et cela à l'inverse de l'action habituelle de ces médicaments. Cherchevsky a rapporté à ce propos des faits très probants d'efficacité de l'opium en pareil cas.

D'autre part, pour prévenir cet état de susceptibilité fonctionnelle intestinale, l'éther, la valériane, surtout le valérianate d'am.