

physique plus grande (marche forcée, ascension d'étages nombreux, station debout prolongée).

Un beau jour, de fortes douleurs abdominales éclatent, d'abord généralisées, puis limitées au trajet du côlon et enfin circonscrites au cœcum ou à l'angle typhlo-côlique. Le malade est obligé de s'aliter.

On constate dans la fosse iliaque droite un empatement assez régulièrement cylindrique, qui peut ensuite s'étendre latéralement. Il n'est pas rare qu'on puisse provoquer des gargouillements au niveau du cœcum ; on sent qu'il n'y a pas obstruction absolue ; mais les parois intestinales manquent de souplesse ; elles sont le siège d'une sorte d'infiltration mollasse.

On peut penser que le mécanisme des accidents morbides est le suivant : érosions de la muqueuse intestinale dans le point déclive où elle se trouve le plus longtemps en contact avec les matières fécales acides, irritantes, riches en acides gras, en acide acétique, en résidus des fermentations putrides : puis lymphangite et infiltration inflammatoire des parois intestinales, qui déjà sont souvent flasques, peu contractiles, par suite de la débilité habituelle, congénitale ou acquise, de toute la musculature du tube digestif chez les personnes atteintes de dilatation de l'estomac.

La typhlite des dilatés n'est en général pas très longtemps douloureuse ; mais les phénomènes d'auto-intoxication par résorption du contenu putride de l'intestin y jouent un rôle important en produisant des troubles nerveux assez accentués, céphalée, insomnie, vertiges, accablement, etc.

Elle peut se compliquer de pérityphlite, peut-être par extension d'une lymphangite et d'une adéno-lymphite, commandées par les érosions qui peuvent exister dans l'intestin.

Sa durée n'a rien de fixe, elle est subordonnée au traitement, dans lequel l'antisepsie joue un rôle capital, à l'hygiène alimentaire et au repos.

Le traitement, que M. Bouchard nous a indiqué et que l'expérience nous a montré le meilleur, comprend :

1° Calmer la douleur. Si celle-ci est très aiguë au début, l'injection de morphine peut être nécessaire ; il suffit souvent d'une couche épaisse d'onguent napolitain belladonné, recouverte d'un grand cataplasme très chaud.

2° Déterger et rendre aseptique le gros intestin par de grandes irrigations intestinales faites deux fois par jour avec un litre au moins d'eau à 38°, à laquelle on ajoutera :

Borate de soude. 5 grammes,

Et deux ou trois cuillerées à café du mélange suivant :

Teinture de benjoin.....	} àà
Alcool camphré.....	

Les irrigations doivent être faites avec beaucoup de lenteur.

3° Le repos doit être absolu.

4° On usera peu des purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée par exemple).

5° Comme régime alimentaire, le lait d'abord coupé d'eau alcaline, et en petites quantités à la fois, plus tard additionné de jaune d'œuf ; en somme, une alimentation laissant peu de résidus et donnant peu de prise aux fermentations intestinales, qu'on peut d'ailleurs réduire au minimum en instituant simultanément l'antisepsie du tube digestif par la voie gastrique.

Côlite. — Dysenterie.

Dans les diverses espèces de côlite on utilisera avec profit les irrigations intestinales antiseptiques.

Nous les employons avec succès dans les catarrhes aigus et chroniques du gros intestin, si fréquents chez les enfants vicieusement alimentés.

Quant à la dysenterie, bien que nous n'ayons qu'une faible expérience sur ce point, parce que cette affection se montre rarement dans nos pays sous ses formes les plus graves, nous pensons que les lésions de cette cõlite ulcéreuse spécifique ne peuvent qu'être favorablement influencées par les irrigations antiseptiques.

Nous rappellerons que le calomel a été employé avec certains succès dans la dysenterie par les médecins anglais dans l'Inde. Marche en 1881 a essayé le bichlorure de mercure à très faibles doses. Delieux de Savignac recommandait les lavements de poudre de charbon, de liqueur de Labarraque; M. Fernand Roux (1) préconise surtout les premiers en y ajoutant un peu de glycérine; peut-être, ajoute-t-il, pourrait-on également employer l'iodoforme. Il cite l'opinion de Dominicus qui vante l'injection dans le rectum d'huile, puis d'une solution chloralée et phéniquée.

« Bourdon a recommandé les lavements avec l'ipéca. On fait infuser 10 gr. de poudre dans 120 gr. d'eau; on décante et on verse de nouveau la même quantité d'eau sur la poudre. La même opération est renouvelée une troisième fois. On mélange les trois infusions et on les donne en lavement en une seule fois. Les lavements d'ipéca ont été aussi vantés par Choupe. Ils peuvent être utiles chez les enfants, mais je les considère comme bien inférieurs à la méthode brésilienne » (F. Roux).

Lemoine dit dans sa thèse sur l'Antisepsie médicale: « La dysenterie, dont les récentes recherches de Prior tendent à démontrer l'origine microbienne, sera certainement modifiée avantageusement par les antiseptiques, quand on les emploiera contre elle avec méthode. L'ipéca, qui dans certains cas est aussi efficace contre elle que la quinine dans la malaria, nous paraît agir surtout comme parasiticide ».

On a donné l'acide salicylique, la créosote (une goutte

(1) *Traité pratique des maladies des pays chauds*, G. Steinheil, 1887.

toutes les deux heures dans une potion gommeuse, Elmer), la naphthaline (Novikoff, 1886).

Dans la dysenterie chronique, les médicaments antiseptiques qui ont été essayés sont le mercure (pilules de Segond), l'essence de térébenthine (Fayrer, Ralfe). On a donné des lavements au nitrate d'argent (Stephen Mackensie, D. de Savignac), des lavements iodés (10 gr. de teinture d'iode et 1 gr. d'iodure de potassium pour 250 gr. d'eau, Delieux de Savignac), des lavements à l'acide tannique, au perchlorure de fer (Gallico), à l'alun, à l'acétate de plomb, etc.

Notre ami, le Dr Fouquet (du Caire), nous a remis une note sur l'emploi des lavements boriqués tièdes ou chauds qu'il a employés avec succès contre la dysenterie aiguë et chronique à l'aide d'une sonde à double courant, communiquant avec un réservoir qui contient 3 à 4 litres d'une solution saturée d'acide borique à la température de 30 à 32 degrés centigrades. — Le malade est couché sur le bord du lit de façon à ce que le liquide puisse facilement s'écouler dans un vase placé ad hoc. « Lorsque le ténesme est très intense, je fais l'injection beaucoup plus chaude, mais je n'ai jamais dépassé 42 degrés centigr. et dans tous les cas je la pousse très doucement. Cette injection doit être répétée au moins toutes les huit heures. Toutes les fois que j'ai eu recours à ce procédé, l'amélioration de l'état des malades a été immédiate, le plus souvent le ténesme a été diminué par le premier lavement et il a disparu au bout de trois ou quatre lavements. Les garde-robes deviennent moins fréquentes, la soif et la fièvre diminuent. — La guérison a toujours dans ces cas été rapide. Dans les cas de moyenne intensité elle est survenue du 4^e au 6^e jour. »

Rectite.

« Le rectum peut devenir le siège de résorption de produits septiques.

Renaut vient de publier à ce sujet un fait des plus intéressants (1). Il s'agit d'une syphilitique atteinte d'un syphilome rectal, qui avait amené un rétrécissement considérable de ce conduit et déterminé de nombreuses ulcérations à sa surface. Celles-ci servirent d'entrée à des germes septogènes et pyogènes, et la malade présenta alors tous les symptômes d'une infection générale à manifestations multiples sur les articulations, l'endocarde, les muscles et le rein, véritable pseudo-rhumatisme infectieux avec tendance à la suppuration.

La connaissance de l'origine de la maladie dicta le traitement. Il consista à désinfecter le rectum par des injections de liqueur de Van Swieten, en lavant largement la surface absorbante. Ce traitement antiseptique eut des effets merveilleux, la température tomba, et en trois jours toute trace de la maladie infectieuse avaient disparu ».

Dans les cas de complications inflammatoires des varices hémorrhoidales, de fistules ano-rectales avec abcès, l'antiseptie du rectum devra toujours être l'objet des préoccupations du médecin.

(1) Des accidents parasymphilitiques, *Annales de Dermatologie*, 1885, in thèse de Lemoine.

ANTISEPTIE INTESTINALE DANS LES MALADIES QUI ENTRAVENT
LES FONCTIONS DU FOIE ET DES REINS ;
CONTRE LES ACCIDENTS ATAXO-ADYNAMIQUES DES FIÈVRES.

En dehors des maladies localisées au tube digestif ou qui ont leur point de départ en lui et dont nous avons parlé dans les pages précédentes, l'antiseptie intestinale pourra être encore employée avec avantage dans toutes les maladies où le fonctionnement imparfait des émonctoires expose l'organisme à l'auto-intoxication. Il ne s'agit pas seulement des maladies infectieuses portant leur action sur le foie ou les reins, mais de tous les cas où ces deux organes de protection cessent de fonctionner normalement, soit parce que leurs éléments présentent des altérations anatomiques, soit parce que leur fonction est simplement suspendue.

La fonction du rein est d'éliminer les poisons qui circulent dans le sang, et dont la rétention constitue un danger immédiat pour l'organisme. Parmi ces poisons il faut faire entrer en ligne de compte ceux qui, fabriqués dans l'intestin par les microbes, sont absorbés par les vaisseaux-porte. Ces poisons, d'ordinaire le foie les arrête, les détruit ou les neutralise en grande partie probablement à l'aide de sa fonction glycogénique (G.-H. Roger). Enfin ceux qui franchissent la barrière hépatique, s'éliminent par l'émonctoire rénal.

Mais, si le foie perd sa propriété d'arrêter ou de neutraliser les poisons, si le rein n'élimine plus qu'une trop petite partie des poisons charriés par le sang, il n'est pas indifférent que plus ou moins de poison soit fabriqué dans l'intestin par les microbes et pénètre dans la circulation générale.

Or le foie peut être altéré d'une façon plus ou moins durable par des lésions cellulaires primitives ou secondaires aux

lésions de la trame conjonctive et des vaisseaux; il suffit même qu'il y ait de la fièvre, de l'hyperthermie pour que la fonction glycogénique soit interrompue et corrélativement sa fonction de protection suspendue. Dans tous ces cas il est logique de diminuer autant que possible la source des poisons fabriqués dans l'intestin par les microbes.. L'antiseptie intestinale nous en donne le moyen.

Nous ferons donc l'antiseptie intestinale dans les maladies du foie, dans l'hépatite suppurée, dans les ictères et surtout l'ictère grave, dans les cirrhoses.

Nous la ferons dans les fièvres caractérisées par l'élévation considérable et durable de la température toutes les fois que pour une cause quelconque nous constaterons cet ensemble de symptômes dits ataxo-adiynamiques, cortège banal de tant d'états morbides primitivement dissemblables, depuis le phlegmon diffus jusqu'à la fièvre typhoïde en passant par la pneumonie et l'infection puerpérale. Ces accidents ataxo-adiynamiques, stupeur, sécheresse de la langue, fuliginosités, soubresauts tendineux, carphologie, à qui une thérapeutique symptomatique aussi banale qu'impuissante oppose, d'une façon incohérente et au jour le jour, alternativement les bromures, le chloral et l'opium ou l'alcool, l'éther, l'extrait de quinquina, — nous les enrayerons plus vite et plus sûrement, ou, ce qui est mieux encore, nous les préviendrons en instituant de bonne heure et en maintenant l'antiseptie intestinale.

Dans cet état morbide où le rein altéré par une néphrite primitive ou secondaire cesse d'éliminer en un temps donné une quantité de poison égale à celle que l'organisme a reçue ou fabriquée pendant le même temps, dans l'urémie, une des sources du poison est l'intestin avec ses produits toxiques engendrés par la vie microbienne. Ici encore nous utiliserons avec succès, à l'exemple de M. Bouchard, l'antiseptie intestinale.

L'antiseptie intestinale contre la furonculose.

Dans la séance du 12 janvier 1888 de la Société clinique, M. Bouchard a cité des cas où une éruption furonculaire a été arrêtée par l'antiseptie intestinale. Déjà, dans des conversations particulières, il nous avait signalé l'utilité de cette médication, et quelques semaines auparavant nous avions eu l'occasion de l'appliquer avec succès.

Un de nos amis venait nous consulter pour un furoncle très volumineux du cou, dont le bourbillon commençait à s'éliminer; deux ans auparavant, il avait eu une éruption de plus de cinquante furoncles qui avait, pendant près de trois mois, empoisonné son existence (le mot ne paraîtra pas trop fort à quiconque aura été obligé de vaquer à des occupations actives en portant sur son corps plusieurs furoncles en voie d'évolution); aussi l'apparition de ce premier furoncle, dans le voisinage duquel commençait à s'acuminer un second assez volumineux, mais encore dur, effrayait-elle beaucoup mon malade.

Je lui prescrivis à la fois une antiseptie locale rigoureuse et, comme il présentait des signes non douteux de troubles digestifs, l'antiseptie intestinale. Sur le furoncle en pleine suppuration et sur celui qui commençait à pointer, je fis appliquer en permanence une large rondelle d'emplâtre de Vigo cum mercurio, qui devait être changée deux fois par jour; à chaque fois, toute la région était lavée avec une solution chaude de sublimé à 1 p. 1000.

Simultanément, le malade a pris chaque jour 1 gr. 50 de naphтол, de salicylate de bismuth et de magnésie, le tout administré en cinq cachets médicamenteux à intervalles égaux; c'est-à-dire que, environ toutes les quatre heures, le temps du sommeil excepté, il avalait un cachet contenant :

Naphtol β	} à à 0 gr. 30 centigr.
Salicylate de bismuth.....	
Magnésie anglaise.....	

Huit jours après, mon malade revint. Le premier furoncle, naturellement, était cicatrisé; mais, à la grande surprise et à la grande joie de mon ami, qui, instruit par ses malheurs passés, avait prévu une nouvelle iliade de maux, aucun nouveau furoncle n'était apparu. En outre, ce qui me surprit, moi, davantage, le second furoncle, dont la suppuration m'avait paru inévitable, avait avorté et ne persistait plus qu'à l'état de noyau induré en voie de résolution, c'est-à-dire moins gros de moitié que huit jours auparavant.

Je fis continuer l'antisepsie intestinale et je restreignis l'antisepsie locale à des lavages deux fois par jour de tout le cou et des régions voisines avec une solution saturée d'acide borique (4 p. 100) chaude. Le traitement fut observé strictement pendant une autre semaine, puis cessé. Aucun furoncle nouveau ne s'était montré; on avait peine à retrouver, sous forme d'une insignifiante induration, la place de celui qui avait avorté.

Est-ce à l'antisepsie intestinale qu'en cette circonstance il est légitime d'attribuer l'arrêt de la poussée furonculaire, ou bien à l'antisepsie locale? Je ne saurais le dire. Dans les cas cités par M. Bouchard, l'antisepsie locale n'avait pas été négligée non plus, bien qu'elle eût été faite moins rigoureusement; la démonstration n'est donc pas péremptoire.

La conviction absolue de l'efficacité de l'antisepsie intestinale découlerait sans doute de l'observation de cas où à elle seule elle arrêterait une éruption furonculaire. Mais, si, ayant fait l'antisepsie intestinale, on voyait d'autres furoncles apparaître dans la même région que les premiers, il n'en résulterait pas la preuve de son inefficacité; car, une fois les microbes pyogènes cantonnés dans les glandes cutanées d'une région, ils peuvent, en se semant de proche

en proche par inoculation locale, engendrer de nouveaux furoncles. Si, au contraire, l'antisepsie intestinale étant faite, ainsi que l'antisepsie locale, il ne survient plus aucun furoncle dans d'autres régions éloignées, on peut être en droit d'attribuer à la première le mérite d'avoir mis fin à l'infection supposée d'origine intestinale.

Bref, la question demeure encore obscure jusqu'à plus amples études. Pour moi, je suis absolument convaincu que le traitement de la furonculose requiert d'abord, de nécessité absolue, une antisepsie locale rigoureuse, telle que je l'ai formulée plus haut (emplâtre mercuriel occlusif et protecteur des parties voisines, lotions chaudes fréquentes au sublimé d'abord, à l'acide borique ensuite); secondement, j'incline à croire à l'utilité de l'antisepsie intestinale par le naphtol et le salicylate de bismuth à petites doses fréquemment répétées, suivant la méthode de mon maître. A l'avenir de juger l'importance respective des deux méthodes.

On nous demandera peut-être comment l'antisepsie intestinale peut contribuer à arrêter la furonculose. Le microbe pathogène ne vient pas de l'intestin, mais de l'extérieur. Les microcoques, qui s'introduisent dans les glandes cutanées et provoquent la réaction inflammatoire des parties voisines, vont ensuite contagionner d'autres glandes; tel est le mécanisme de la reproduction des furoncles.

Mais la peau de tous les individus n'est pas également propice à cette pullulation des microbes furonculaires; outre la glycémie et l'uricémie, qui sont des causes prédisposantes incontestées, l'intoxication chronique d'origine intestinale en est aussi une, et, en arrêtant la production des poisons putrides dans l'intestin, il n'est pas surprenant qu'on arrête dans certains cas une poussée furonculaire, comme on y réussit chez un glycosurique en diminuant ou en supprimant sa glycémie par une hygiène appropriée et chez un goutteux en lui donnant du bicarbonate de soude.