

Les ulcérations s'accompagnent aussi souvent de constipation que de diarrhée.

Par la palpation, on peut reconnaître une inflammation du côlon, surtout de nature ulcéreuse, par une douleur très nette le long du gros intestin, surtout sur le trajet du côlon ascendant ou descendant.

III

Indications thérapeutiques.

De l'ensemble de ces données peuvent se déduire les médications à employer, non pas contre l'entérite, mais le plus souvent contre ses symptômes :

- A. — La médication contre les troubles de motricité;
- B. — La médication contre les troubles de sécrétion;
- C. — La médication contre l'intoxication ou médication évacuante, aidée du régime diététique;
- D. — La médication contre l'infection ou antisepsie intestinale.
- E. — Puis on a à étudier la médication contre les suites de l'entérite, anémie, dépression, déshydratation.

A. — MÉDICATION CONTRE LES TROUBLES DE MOTRICITÉ

1° Hypermotricité.

Renvoyant pour plus amples détails au chapitre consacré au traitement de la diarrhée, je rappelle seulement ici que le médicament antipéristaltique de choix est l'*opium* et ses dérivés, et surtout la *morphine*, qui ont en outre l'avantage de calmer l'élément douleur (colique); puis les succédanés de l'*opium*, tels que le *lactucarium*, le *chanvre indien*; que l'*hydrothérapie*, dans les conditions étudiées par Buxbaum, a donné de bons résultats.

Contre la douleur, les coliques résultant de l'hypermo-

tricité, on pourra recourir utilement aux *fomentations chaudes*, par exemple application sur l'abdomen d'une alèze imbibée d'eau chaude, ou, ce qui sera plus facilement accepté par le malade, d'une infusion chaude de *camomille*, recouverte d'une flanelle, puis d'une lame de gutta-percha la débordant largement, ou des applications d'une pommade à la vaseline et lanoline avec *gäiacol* à 1 p. 5 ou *acide salicylique* à 1 p. 10.

2° Hypomotricité.

Si les éléments constitutifs de la paroi intestinale ne sont pas trop profondément altérés, on peut par une bonne *hygiène*, soit alimentaire soit corporelle, dans les détails de laquelle je n'ai pas à entrer ici, et surtout par la volonté, par une volonté patiente et régulièrement appliquée, triompher le plus souvent de l'atonie intestinale. Notamment le *massage abdominal* par la boule de Sahli donnera souvent d'excellents résultats.

Mais si l'on se trouve en présence d'altérations organiques plus profondes, de l'atrophie partielle des parois intestinales, comme chez le vieillard par exemple, on ne pourra évidemment rappeler à l'existence les fibres musculaires détruites et l'on sera réduit à provoquer une évacuation lorsqu'elle sera nécessaire.

Si l'on veut agir exclusivement sur l'élément moteur, on s'adressera aux purgatifs nervo-moteurs de Clément: *nicotine*, *atropine*, *hyoscyamine*, *muscarine*, *digitaline*. Mais la toxicité de ces alcaloïdes en fera le plus souvent rejeter l'emploi. Les purgatifs drastiques, dont le type peut être l'*eau-de-vie allemande*, agissent également énergiquement sur l'élément musculaire intestinal.

B. — MÉDICATION CONTRE LES TROUBLES DE SÉCRÉTION

On peut intervenir par des poudres inertes qui agissent mécaniquement en tapissant la surface muqueuse sécrétante, et en retardant l'évacuation par leur agglutinement.

Ce sont le *talc de Venise*, le *sous-nitrate de bismuth*, la *craie préparée*.

Les astringents, dont le type est le *tannin* et toutes les substances qui en renferment, composés chimiques (*tannigène*, *tannalbin*) ou plantes; puis les astringents minéraux. (Voy. TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE : *azotate d'argent*, *acétate de plomb*, *perchlorure de fer*, etc.)

C. — MÉDICATION CONTRE L'INTOXICATION

Lorsqu'il existe dans le tube intestinal des substances toxiques, minérales, végétales ou animales, alimentaires (botulisme), produits de fermentation anormale, de putréfaction, toxines microbiennes, etc., on doit déterminer leur élimination.

1° Méthodes exclusivement mécaniques.

Les méthodes exclusivement mécaniques peuvent donner des résultats très satisfaisants. L'intestin est accessible par l'orifice anal, et le lavage du gros intestin a été très anciennement tenté par le *lavement*. Les méthodes actuelles permettent une intervention bien plus active.

L'*entéroclyse*, inventée par Cantani, préconisée en France par Dujardin-Beaumetz et Bourcy, a rendu des services; mais son manuel opératoire a été très perfectionné par Lesage et Dauriac, et de Genersich.

Voici comment ils procèdent :

« Le malade est placé horizontalement sur le lit, la hanche gauche légèrement relevée par un coussin, de façon à mettre le cæcum dans une situation déclive.

« Cette position spéciale a pour but de permettre au liquide de chasser du cæcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance. Ceci fait, on pousse un tube de caoutchouc, ou une sonde de Debove, jusqu'au milieu du côlon transverse. On peut sentir par la palpation à cet endroit l'extrémité

mobile de la sonde qui vient butter contre la paroi abdominale. L'autre extrémité de l'instrument, en dehors de l'anus, est réunie par un tube de caoutchouc de 1 mètre, muni d'un robinet, à un bock rempli de 8 à 10 litres de liquide chauffé à 40° environ. Ce réservoir est élevé à peine au-dessus du plan horizontal du malade (de 20 à 30 centimètres environ); on laisse couler le liquide qui, doucement et sous une très faible pression, vient remplir le cæcum, ainsi que le côlon transverse. Il est évident que pour éviter la sortie du liquide par l'anus, on devra obturer complètement cet orifice à l'aide d'un tampon de coton ou d'un appareil approprié.

« Lorsque 3 litres se sont écoulés, l'aide qui tient le bock (placé à 20 ou 30 centimètres de hauteur), regarde le niveau d'eau. Si le niveau continue à baisser, il maintient cette situation; si, au contraire, le niveau reste stationnaire, il élèvera doucement le bock, et d'une faible hauteur, pour augmenter un peu la pression, et ainsi de suite jusqu'à l'écoulement du liquide. Il faut, en effet, suivre attentivement, à l'aide du niveau de l'eau, les variations de l'hydrostatique intestinale. La pénétration du liquide dans l'intestin ne se fait pas aussi facilement qu'on pourrait l'imaginer; il faut tenir grand compte de la présence des gaz. Dans chaque anse intestinale, le liquide vient occuper la partie déclive, et les gaz la partie culminante. En suivant les indications données par le niveau d'eau, on atteint la répartition spontanée du liquide dans tout l'intestin grêle. Dès que celui-ci s'emplit, on voit apparaître la matité sur le côté droit et au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre. Au contraire, autour de l'ombilic, l'abdomen proémine légèrement, et devient sonore. Ceci est dû au refoulement des gaz, qui viennent former un coussinet aérien péri-ombilical. Par suite de la situation horizontale du malade, le liquide s'étale dans tout l'intestin grêle, et cela sans le distendre, si bien qu'à partir du sixième litre le liquide pénètre dans l'estomac immédiatement; le malade a des nausées ou des vomissements qui consistent en le rejet du liquide injecté, souillé plus ou moins de matières fécales.

« En introduisant un tube œsophagien par la bouche, cette fois, on peut l'amorcer, et le liquide parvenu dans l'estomac est ainsi évacué d'une façon continue; la circulation du liquide est complète de l'anus à la bouche, le lavage de l'intestin peut être ainsi réalisé dans toute son étendue. »

Expérimentalement, sur le cadavre, les auteurs ont constaté que le liquide pénètre progressivement dans le cæcum, l'intestin grêle, puis l'estomac; la tension, par suite, est peu considérable, à condition de procéder très lentement, avec une très faible pression; le liquide s'étale alors très doucement.

A partir de 2 litres, le liquide pénètre dans l'intestin grêle; à partir de 4 litres, il parvient dans l'estomac.

Certes, l'entérolyse ano-buccale ne paraît pas exempte d'inconvénients, et son utilité peut être problématique dans la grande majorité des cas; mais le lavage complet du gros intestin et, parfois, de l'intestin grêle, peut rendre des services.

L'entérolyse peut être pratiquée simplement avec l'eau bouillie, pure ou additionnée de *tannin* à 2 p. 1 000, d'*azotate d'argent* à 0^{sr},10 jusqu'à 1 p. 1 000, ou bien encore d'antiseptiques que nous retrouverons plus loin.

La *douche ascendante* pratiquée à *Plombières, Aix-les-Bains*, prise dans la position assise, peut également laver une partie du gros intestin, mais d'une façon moins complète que l'entérolyse; peut-être stimule-t-elle plus énergiquement les contractions intestinales.

Les *purgations* amènent aussi l'élimination des produits toxiques intestinaux, et on a pu constater, dit-on, la diminution des acides sulfo-conjugués dans les urines après l'administration des purgatifs.

Ceux qui réussissent le mieux sont les purgatifs salins, surtout les *sels sodiques* qui sont les moins toxiques: *sulfate, nitrate*, etc.

A un autre point de vue, on a employé le pouvoir absorbant du *charbon végétal* à la dose journalière de 400 grammes

dans la glycérine, et obtenu la désodorisation totale des matières fécales dans la *fièvre typhoïde*.

2^o Régime diététique.

Le régime diététique dirigé contre les troubles d'intoxication intestinale doit tendre essentiellement à diminuer les fermentations intestinales anormales; on supprime donc tout aliment pouvant apporter avec lui des toxines déjà formées ou des germes capables d'en provoquer la formation, c'est-à-dire toutes les viandes faisandées, les conserves, les fromages forts. Au contraire, on conseillera une alimentation laissant fort peu de résidus dans l'intestin, tels que le lait, les œufs; je n'insiste pas, renvoyant à ce que j'aurai l'occasion d'indiquer en étudiant la diarrhée.

D. — MÉDICATION CONTRE L'INFECTION

ANTISEPSIE INTESTINALE

1^o Antiseptie mécanique.

Le plus grand rôle dans la genèse des accidents d'intoxication intestinale revient aux toxines d'origine microbienne, et les moyens mécaniques indiqués pour débarrasser l'intestin des toxines serviront également à le débarrasser des microbes qui les engendrent. Cependant, si l'on cherche à obtenir ce résultat, il est bon de pratiquer le lavage intestinal avec de l'eau additionnée d'antiseptiques: *naphtol* à 0^{sr},25 p. 1 000, *azotate d'argent* à 0^{sr},10 p. 1 000, *permanganate de potasse* et de *chaux* en solutions faibles, eau saturée de *sulfure de carbone*, etc.

De même, dans ce but, le choix des purgatifs sera un peu modifié. Si, pour l'élimination pure et simple des toxines, on peut recommander l'usage du *sulfate de soude*, qui n'est nullement toxique, on emploie préférablement, comme purgatif antiseptique, le *sulfate de magnésie*, dont la toxicité est

légèrement plus grande, mais dont le pouvoir microbicide est supérieur. Le magnésium, en effet, fait partie d'une série de métaux comprenant le plomb, le fer, le cuivre, etc., dont les sulfates sont des antiseptiques puissants, mais trop toxiques pour être employés ici. Par exception, la toxicité du sulfate de magnésie est faible.

Pour une raison analogue, on s'adressera au *calomel*, purgatif et sel de mercure qui donne naissance dans le tube digestif à une petite quantité de bichlorure et de sulfure antiseptiques. D'après Bartoschewitsch, les composés sulfo-conjugués diminueraient dans l'urine quand il y a purgation par le calomel, en beaucoup plus grande proportion qu'après purgation par l'huile de ricin. Un autre de ses avantages est la commodité de son emploi, chez l'enfant notamment.

Le *salicylate de magnésie*, se dédoublant en acide salicylique et en sel magnésien, antiseptiques, est encore dans les mêmes conditions.

La preuve du rôle mécanique joué par les purgatifs dans l'élimination microbienne a été fournie par Gilbert et Domini; ces auteurs ont calculé que la quantité d'éléments microbiens éliminés par jour dans les selles est de 12 milliards; après l'administration d'un purgatif salin, elle arrive à 400 milliards, pour tomber le lendemain à un demi-milliard.

2° Antisepsie médicamenteuse.

L'antisepsie intestinale médicamenteuse est-elle possible, et donne-t-elle des résultats appréciables? La chose a été niée; on a déclaré impossible d'arriver à stériliser complètement le tube digestif sans employer des doses très toxiques, et tout récemment cette méthode était battue en brèche à la Société de thérapeutique. Mais la question n'est pas de stériliser l'intestin, de tuer tous les microbes qui l'habitent, mais seulement de les placer dans un milieu défavorable, d'atténuer leur vitalité, et surtout leur fonction sécrétante. Or, après l'emploi des médicaments que nous allons étudier,

Dr. A. Carrillo

Calle del Roble 49.

MONTERREY, N. L. MEX.

on a vu disparaître l'odeur des matières fécales, s'abaisser le pouvoir toxique des urines (Bouchard, Gilbert), diminuer leur richesse en produits d'origine putride, notamment les acides sulfo-conjugués et l'acide kynurique (van Haagen). — Il est vrai, comme le fait remarquer Stern, que ces modifications portent surtout sur les phénomènes putréfactifs qui ne sont pas tout dans la pathologie toxique et infectieuse de l'intestin; mais elles traduisent le mode d'action de l'intervention thérapeutique.

D'une façon générale, d'après Bouchard, un bon antiseptique intestinal doit être :

Très peu soluble, de façon à n'être absorbé qu'en très faible proportion et à ne pas être toxique;

En poudre impalpable, pénétrant dans tous les replis de la muqueuse et se mélangeant entièrement à la masse fécale;

Donné par doses fractionnées, se répartissant aussi également que possible sur toute la longueur du tube digestif et n'étant pas aussitôt évacué en masse par la diarrhée.

Parmi les médicaments successivement employés par Bouchard, les *sulfites*, les *hyposulfites*, l'*acide phénique*, la *créosote*, l'*acide borique* se sont montrés inefficaces.

Le *sulfure noir de mercure*, trop résorbable, la *naphthaline*, donnant des accidents vers l'appareil urinaire, doivent être éliminés comme dangereux.

Le *salicylate de bismuth*, déjà employé par Vulpian, se dédouble en acide salicylique antiseptique et oxyde de bismuth agissant comme le sous-nitrate, le gallate, etc. Il se donne à la dose de 2 à 10 gr. par prises successives de 0^{gr},50 à 1 gr.

Le *salicylate de magnésie*, se dédoublant de la même façon, donne un antiseptique et un purgatif léger; on l'administre donc surtout quand il y a constipation, à la dose de 2 à 5 grammes. Huchard le recommande particulièrement dans la fièvre typhoïde.

Le *salicylate de phénol* ou *salol* se dédouble dans l'intestin sous l'action du suc pancréatique, après avoir traversé l'estomac. Son pouvoir antiseptique est faible; de plus, les deux

décomposés, acide phénique et salicylique, sont solubles et absorbables.

Le *salicylate de naphtol* ou *bétol* serait complètement insoluble dans l'estomac; mais il abaisserait au début de son emploi le taux de l'acide chlorhydrique libre ou combiné, et retarderait le chimisme gastrique.

L'*eucalyptol* est un mélange de : acide salicylique, 6 grammes; acide phénique, essence d'eucalyptus, 1 gramme. Sa saveur est très brûlante. On peut le donner à la dose de 5 à 6 grammes par jour.

L'inconvénient commun des médicaments de cette série, c'est la formation d'acide salicylique, bon antiseptique, mais assez soluble et s'éliminant par les reins; pendant leur emploi, on doit donc attentivement surveiller les urines; de plus, ils produisent parfois des bourdonnements d'oreilles (Chaumier).

Le *naphtol-β* est l'antiseptique auquel s'est surtout arrêté Bouchard. Il n'aurait aucun des inconvénients signalés pour les médicaments précédents, tout en ayant les avantages. A la dose de 0^{sr},33 par litre de bouillon, il s'oppose à la germination de nombreuses espèces microbiennes, notamment du charbon, du streptocoque, du pneumocoque, des staphylocoques. Il détermine la désodoration des matières fécales, et, dans les maladies typhoïdes, maintient la langue humide, fait disparaître l'état fuligineux et prévient l'apparition des accidents ataxo-adiynamiques. — Il est également très peu toxique, sa toxicité étant égale à 1^{sr},60, tandis que celle de la naphthaline est de 0^{sr},60 et celle de l'iodoforme 0^{sr},10.

Malheureusement, il est très irritant pour l'estomac, exagérant d'abord la sécrétion chlorhydrique, puis, par épuisement de la muqueuse, amenant l'anachlorhydrie. — Donc absolument interdit chez les hyperchlorhydriques, il ne doit jamais être donné d'une façon prolongée.

On le prescrit par cachets de 0^{sr},50, de trois à douze par vingt-quatre heures.

Le *naphtol-α* serait moins toxique encore et plus antiseptique. Le *benzoate de naphtol* ou *benzo-naphtol*, insoluble dans

l'eau, se décompose dans l'intestin en deux corps antiseptiques, le naphtol et l'acide benzoïque, ce dernier moins irritant que l'acide salicylique (du bétol) et s'éliminant par les urines sous la forme d'acide hippurique. D'après les recherches de Gilbert, de Legendre et de Mathieu, il serait sans aucune action sur la digestion gastrique, avantage sur le naphtol-β ou sur le salicylate (bétol). Son pouvoir antiseptique est, il est vrai, inférieur de moitié à celui du naphtol; mais ce point est peu important, puisqu'on peut le donner sans inconvénient à doses élevées, au-dessus de 5 grammes par prise de 0^{sr},50. — N'ayant pas la saveur brûlante du naphtol, il peut être administré aussi bien par potions qu'en cachets. Son emploi est actuellement très répandu et tend à remplacer dans nombre de cas le naphtol.

Le *naphtolate de bismuth*, ou *orphol*, récemment introduit en France par Chaumier (de Tours), est une poudre grise qui ne doit avoir aucun goût ni aucune saveur. Il contient 26,5 de naphtol et 73,5 d'oxyde de bismuth. Chez des chiens, une dose journalière de 10 grammes, prolongée pendant trois semaines, n'a produit aucun effet nuisible. Il est absolument inoffensif chez l'enfant à la dose de 5 grammes en dix cachets ou en potion :

℞ Orphol. 5 à 10 grammes.
Julep gommeux. 200 grammes.
F. s. a. Potion à prendre par cuillerées à soupe.

Malgré la règle générale établie par Bouchard, l'emploi de quelques antiseptiques solubles peut être utile dans certains cas : l'*acide lactique*, en premier lieu, indiqué par Hayem comme véritable spécifique des diarrhées vertes infectieuses des enfants et comme très efficace dans le traitement du choléra et des autres diarrhées. Sous forme de limonade, est très facile à faire accepter par les enfants.

℞ Acide lactique 10 à 15 grammes.
Sirop de coings. 200 grammes.
Eau 800 —
M. s. a.

La limonade *chlorhydrique* peut également être employée.

Le *résorcine* ou *dioxybenzine* a aussi rendu des services à la dose de 2 à 5 grammes par jour.

Il est évident que l'action de plusieurs de ces substances peut être combinée. Voici quelques-unes des formules les plus employées :

℞ Naphtol-β. 15 grammes.
Salicylate de bismuth. 7^{sr},50

M. s. a. Divisez en trente cachets; en prendre trois à douze dans les vingt-quatre heures.

℞ Salicylate de bismuth. }
Benzo-naphtol. } àâ. . . 0^{sr},50
Résorcine pure. }

Pour un cachet; trois par journée, espacés (EWALD).

℞ Benzo-naphtol. }
Charbon de peuplier pulvérisé. . . . } àâ. . . 0^{sr},25

Pour un cachet; quatre à dix par jour.

℞ Acide chlorhydrique pur. . . }
Résorcine. } àâ. . . 2 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères. . . . 20 —
Eau. 180 —

M. s. a. Une grande cuillerée à bouche toutes les deux ou quatre heures (MENCHE).

E. — MÉDICATIONS CONTRE LES SUITES DES ENTÉRITES

Le plus souvent les entérites aiguës simples permettent, après guérison, un prompt rétablissement de l'organisme; il en est parfois de même des entérites aiguës spécifiques les plus graves, et l'on sait combien est parfois rapide la convalescence du choléra.

Mais il n'en est pas ainsi des entérites chroniques, qui souvent laissent après elles une anémie profonde, une dépression générale des forces, une véritable cachexie.

Pour lutter contre ces éléments, la première condition est l'emploi d'un régime alimentaire suffisamment nourrissant tout en s'adaptant aux conditions morbides; l'un des

principaux éléments en sera la pulpe de viande préparée suivant les indications données ailleurs. (V. DIARRHÉE.)

La vie au grand air, l'*hydrothérapie*, le *massage*, les *frictions*, l'*exercice* gradué seront conseillés; fréquemment, on a obtenu les meilleurs résultats d'un séjour au bord de la *mer*.

IV

Indications dérivées de la nature et du siège de la lésion.

Dans les entérites, on traite avant tout les symptômes et on s'attaque à la cause, si on peut la déterminer: intoxication, infection, etc.

A. — De la *nature anatomo-pathologique* des lésions, on ne tirera souvent qu'une seule indication; elle est, il est vrai, capitale: lorsqu'on lutte contre une entérite ulcéreuse, dysentérique, tuberculeuse, et surtout entérite typhoïdique, on se gardera bien d'agir par excitation des mouvements intestinaux: purgatifs salins et surtout drastiques, massage, etc.

B. — Quant au *diagnostic topographique* de la lésion, il est la source d'une indication importante: lorsque l'affection siège en une région abordable par la voie rectale (rectum, côlon), comme dans la dysenterie, la colite muco-membraneuse, on tentera d'obtenir par cette voie l'antisepsie intestinale et on s'efforcera de modifier localement la région malade. Dans la colite muco-membraneuse, en particulier, où l'entérite habituellement très superficielle s'accompagne de crises douloureuses et de spasmes, l'entéroclyse pratiquée avec de l'eau bouillie portée à 38° et additionnée d'un peu de *borate de soude* agira comme antiseptique mécanique et comme véritable application émolliente, antispasmodique, à condition que l'on procède avec beaucoup de douceur, en raison de la sensibilité parfois très grande des malades; ceux-ci étant