

RÉGIME DIÉTÉTIQUE. — Il faut interdire les aliments d'une digestion difficile et ceux qui augmentent la fermentation intestinale, comme le gibier et les fromages. Le *lait* est l'aliment de choix dans toutes les affections chroniques de l'appareil digestif. Il est d'une digestion facile, donne peu de résidu et peut être stérilisé lorsque son origine est suspecte. Cependant l'état des malades n'exige pas toujours le régime lacté absolu, et, tout en conservant le lait comme boisson, on peut introduire dans l'alimentation des substances solides, telles que la viande crue, la poudre de viande et les légumes.

Dujardin-Beaumetz a été jusqu'à préconiser le régime végétarien (lait, laitage, œufs et purées de légumes), qui offre cependant le grand inconvénient de nécessiter l'absorption d'une énorme masse alimentaire qui favorise la stase et par conséquent la fermentation et la formation de toxines.

Le régime alimentaire doit se modifier peu à peu, à mesure que l'entérite s'améliore. Cette affection chronique laissant ordinairement l'organisme profondément anémié, il est bon de faire prendre au convalescent une nourriture substantielle et de digestion facile (pulpe de viande, puis viandes rôties et grillées, etc.). En même temps l'exercice modéré au grand air, l'hydrothérapie, le massage hâteront son rétablissement.

#### Traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Ce que nous venons de dire du traitement des entérites chroniques s'applique d'une façon générale à celui de l'entérite muco-membraneuse. Cependant cette forme est remarquable par la constipation qui l'accompagne presque toujours, par le siège de la lésion qui se localise sur le côlon, par la nature même de cette lésion, et par les poussées aiguës qui surviennent généralement au cours d'une évolution chronique. Chacune de ces particularités entraîne une indication thérapeutique spéciale.

Il faut combattre la constipation avec des purgatifs doux, tels que l'huile de ricin à la dose d'une cuillerée à café (Mathieu) ou des lavements d'huile (Fleiner, Collignon) et un régime où dominent les fruits et les légumes, et d'où sont exclus les mets épicés, les conserves, le vin, le café, les liqueurs. On aura ainsi facilement raison des formes légères.

Dans les formes graves, il est nécessaire d'agir plus directement et d'une façon plus active sur la muqueuse du gros intestin. On pourra employer l'entéroclyse, mais il faudra s'adresser de préférence aux grands lavements tièdes, qui agissent à la fois d'une façon

mécanique et comme application émolliente destinée à calmer la douleur causée par les contractions spasmodiques de l'intestin.

Il est quelquefois nécessaire, dans les poussées aiguës, d'avoir recours aux injections modificatrices, comme dans le traitement de la dysentérie : la teinture d'iode et le nitrate d'argent ont donné dans ces cas de bons résultats.

Combattre le symptôme douloureux est une indication qui se pose souvent de la façon la plus impérieuse dans l'entérite muco-membraneuse. Il faut éviter, autant que possible, l'emploi des opiacés qui provoquent la constipation et s'en tenir aux moyens externes : applications chaudes, lavements d'huile, grands bains chauds. Si la douleur ne cède pas, M. Mathieu conseille d'avoir recours à la codéine, qu'il administre de la façon suivante :

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Codéine.....             | 0 <sup>gr</sup> ,20                         |
| Alcool.....              | q. s. pour dissoudre.                       |
| Eau distillée.....       | } aa q. s. pour faire 10 centimètres cubes. |
| — de laurier-cerise..... |   |

Dix gouttes de cette solution correspondent à 1 centigramme de codéine.

A prendre par cinq gouttes sans dépasser 6 centigrammes de codéine par vingt-quatre heures.

Ces malades sont souvent atteints de néphroptose ou d'entéroptose. Le port d'une ceinture destinée à maintenir l'organe déplacé suffit souvent pour assurer une modification heureuse.

Après leur guérison, les individus qui ont été atteints d'entérite muco-membraneuse doivent être soumis à un régime et à une hygiène sévères. Ce sont en général des névropathes dont on essayera de modifier l'état général par de l'hydrothérapie, du massage, des cures aux eaux thermales calmantes (Néris, Plombières, Luxeuil, Évian).

V. DELAMARE.

#### CANCER DE L'INTESTIN

Le traitement du *cancer de l'intestin* est chirurgical ou médical. Jusqu'ici, le traitement chirurgical seul a pu donner, dans certains cas favorables, sinon des guérisons définitives, toujours incertaines

quand il s'agit d'une affection cancéreuse, du moins des survies de plusieurs années.

A. — Le **traitement chirurgical**, dont nous ne ferons que mentionner les indications, peut avoir un but curatif ou simplement palliatif, suivant le siège, l'origine et surtout le degré d'extension de la tumeur ; aussi le diagnostic doit-il être fait avec le plus grand soin et le plus tôt possible.

La cure radicale ne peut être tentée que sur les cancers primitifs de l'intestin qui n'ont pas encore envahi les ganglions mésentériques ou les organes voisins ; elle consiste dans la résection totale du segment malade (*entérectomie*) après laparotomie. Quand le néoplasme siège sur l'extrémité inférieure du rectum, l'amputation du segment malade est une opération plus facile, n'intéressant généralement pas le péritoine et qui donne de bons résultats quand elle est pratiquée à temps.

Malheureusement, le diagnostic est rarement fait en temps utile, et, lorsqu'on se décide à faire la laparotomie, on trouve soit des adhérences de la partie malade avec les anses intestinales voisines, soit des ganglions mésentériques envahis par la carcinose. Le traitement chirurgical devient alors palliatif. Il permet, dans les cas d'occlusion, de rétablir le cours des matières en pratiquant l'*entéro-anastomose* ; cette opération, simplifiée grâce aux travaux de M. Chaput<sup>1</sup>, est appelée à rendre de grands services dans le traitement du cancer intestinal. Si l'état du malade ne permet pas cette opération, on peut tenter la création d'un *anus artificiel* (entérotomie de Nélaton<sup>2</sup>).

B. — Le **traitement médical** est encore actuellement palliatif, comme le traitement des autres localisations du cancer ; il a néanmoins une grande importance, car il permet de soulager le malade, de calmer ses souffrances, et souvent il prolonge son existence. On peut cependant espérer, d'après les recherches de MM. Richet et Héricourt, voir un jour la sérothérapie ou la toxithérapie devenir des méthodes réellement curatives du cancer.

Le médecin doit se proposer, en premier lieu, d'alimenter le malade avec des substances liquides ou molles, d'une digestion facile, laissant peu de détritiques, et susceptibles néanmoins de soutenir l'état général. Le régime alimentaire est la partie la plus importante du traitement. Il a pour complément indispensable l'administration de laxatifs ou de purgatifs doux, destinés à entretenir le libre cours des matières, et d'antiseptiques destinés à empêcher les fermentations et les auto-intoxications dues à la stase.

1. CHAPUT, De l'entéro-anastomose ou opération de Maisonneuve. Procédés opératoires. Indication. Résultats (*Arch. gén. de méd.*, avril 1891, p. 583-687).  
2. NÉLATON, *Éléments de path. chir.*, t. IV, p. 479.

En second lieu, le médecin doit combattre la douleur et les complications, telles que les hémorragies et les hémorroïdes ; il doit chercher à prévenir la péritonite par perforation.

Le lait constitue la base de l'alimentation, comme dans la plupart des maladies du tube digestif. Il a le double avantage d'être un aliment complet et de ne laisser qu'un faible résidu. Avec le lait, on peut faire prendre au malade des œufs, des purées de légumes, des peptones, des poudres alimentaires et même des viandes blanches finement divisées ; les fruits cuits, débarrassés de leurs noyaux ou pépins, seront également permis au malade. Cependant, les aliments végétaux ne sont nutritifs que sous un volume assez considérable et laissent un résidu beaucoup plus abondant que les aliments azotés ; cette considération doit faire restreindre leur emploi et le supprimer même à mesure des progrès de la sténose intestinale.

Il est nécessaire de surveiller l'intestin ; ces malades ont une tendance naturelle à la constipation, tendance qui est encore accrue par le régime auquel on les soumet. On leur conseillera l'emploi quotidien de laxatifs amenant régulièrement une selle molle, plutôt que l'usage intermittent de purgatifs qui procèdent par débâcles.

Une cuillerée à café d'*huile de ricin*, prise le matin à jeun, peut remplir ce but ; mais on a plus souvent recours aux poudres laxatives, telles que la poudre de *réglisse composée* (une cuillerée à café le soir en se couchant), la poudre de *rhubarbe* (50 centigrammes pour un cachet, à prendre avant chaque repas), la poudre de *cascara sagrada* (25 centigrammes pour un cachet, à prendre également avant chaque repas), l'*Évonymine*, ordonnée sous forme de pilules :

Évonymine..... } aa 0<sup>gr</sup>,40  
Savon médicinal..... }

Pour une pilule. — A prendre le soir en se couchant.

Les eaux purgatives naturelles de Montmirail, de Châtel-Guyon, d'Uriage, de Hunyadi-Janos, de Rubinat, de Carabana, etc., remplissent les mêmes indications.

Quand le cancer siège au niveau du rectum ou de l'extrémité terminale du côlon, on peut essayer de franchir le rétrécissement par un cathétérisme prudent ou chercher à entraîner les matières par l'entéroclolyse.

Il est utile de pratiquer l'antiseptie intestinale, mais il faut éviter d'irriter l'estomac, dont les fonctions sont souvent altérées. Au *naphtol* et au *benzo-naphtol*, il faudra préférer la *poudre de charbon* et la *magnésie calcinée*. Le lavage de l'estomac à l'eau bouillie et des lavements donnés avec une solution faible de permanganate (1 pour 1000) complètent la toilette du tube digestif.

Le traitement des accidents et des complications a une grande importance dans cette affection. La *douleur*, soulagée d'ordinaire par le régime et l'emploi des laxatifs, sera néanmoins combattue, si elle est légère, par des cataplasmes chauds laudanisés, des liniments calmants :

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| Huile d'amandes douces..... | 60 grammes. |
| Chloroforme.....            | 6 —         |

et, si elle est vive, par des injections de morphine, auxquelles aboutissent presque fatalement les cancéreux, mais dont il faudra retarder l'emploi le plus longtemps possible.

Quant aux traitements de l'hémorragie intestinale, des hémorroïdes et de la perforation, ils font l'objet d'articles spéciaux.

Il importe de mentionner, en terminant, certains médicaments qui passent pour avoir une certaine efficacité contre le cancer.

Le *chlorate de soude*, qui a donné d'assez bons résultats à M. Brissaud<sup>1</sup> dans le cancer de l'estomac à la dose de 8 à 10 grammes par jour, pourrait être administré dans le cancer de l'intestin soit par voie buccale, soit par voie rectale, suivant le siège du néoplasme.

Denissenko<sup>2</sup> a préconisé récemment l'emploi de la *grande chéli-doïne* (1 à 5 grammes d'extrait par jour), qui lui aurait donné des améliorations dans deux cas de cancer inopérable.

Quant à la *sérothérapie* (méthode de Richet), qui consiste à injecter au malade du sérum d'un animal auquel on a d'abord injecté des fragments de tumeur broyés dans l'eau distillée, elle semble, dans un certain nombre de cas, avoir amené la régression de tumeurs inopérables et l'amélioration momentanée de l'état général des malades (augmentation du poids, diminution de la douleur). Mais ces résultats, purement transitoires et dus peut-être simplement à l'action tonique exercée sur tous les cachectiques par des injections de sérum naturel ou artificiel, ne permettent pas actuellement de considérer cette méthode comme ayant une réelle valeur dans le traitement du cancer.

V. DELAMARE.

1. BRISSAUD, Association pour l'avancement des sciences (*Compte rendu du Congrès de Besançon*, 1893, vol. I, p. 310).  
2. DENISSENKO, Un traitement nouveau du cancer (*Wratsh*, 1896).

## OCCLUSION INTESTINALE

La thérapeutique de l'*occlusion intestinale* a passé depuis ces dernières années presque entièrement aux mains des chirurgiens. Peyrot considérait déjà, dès 1880, que la laparotomie était le traitement de choix. Aujourd'hui, si les médecins admettent le principe de l'intervention, ils soutiennent avec juste raison qu'une part doit encore être faite au traitement médical, dont la stricte application crée ou assure des conditions favorables à l'acte opératoire et, dans quelques cas, peut suffire à mener les malades à la guérison. De leur côté, les chirurgiens, à peu près d'accord sur le traitement des cas chroniques, sont divisés, en présence d'un cas aigu, sur le moment et la nature de l'intervention. Il convient donc d'examiner séparément l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique.

### A. — Occlusion aiguë.

**Traitement médical.** — Si l'accord n'est pas près de se faire entre les auteurs sur la ligne de conduite à tenir, en face d'un cas aigu, c'est parce que, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic de la *cause*, du *siège* et de la *variété* de l'occlusion ne peut être sûrement établi. Il en résulte dans les indications thérapeutiques une certaine confusion, que viennent aggraver les statistiques, ensemble de faits disparates de la comparaison desquels on ne peut tirer aucune conclusion. Pour avoir quelque chance d'aboutir à des formules à peu près précises, le mieux est de soumettre à une critique attentive les observations que l'on a recueillies soi-même, ou dont on a eu la connaissance directe. Ainsi seulement il est possible de se faire une doctrine sur une question aussi controversée.

Prenons d'abord le cas d'une occlusion aiguë, dont le diagnostic étiologique demeure incertain. Quelle est la ligne de conduite qui sauve le plus de malades? C'est sous cette forme que la question doit être examinée.

Une première remarque tout d'abord s'impose. Lorsque des purgatifs violents ou répétés ont été prescrits dans le but de lever l'obstacle, qu'on a eu recours avec insistance aux lavements forcés liquides ou gazeux, l'aggravation a été pour ainsi dire la règle, l'infection péritonéale s'en est suivie, et, quand finalement on a eu

recours à l'intervention chirurgicale, les malades ont le plus souvent succombé. De là la défaveur jetée sur le traitement chirurgical, défaveur que l'on peut aisément tenter de justifier par les statistiques où précisément figurent des observations de cet ordre.

La première règle du traitement de l'occlusion aiguë sera donc de *proscrire les purgatifs et les lavements forcés*.

Au contraire, l'analyse des faits montre que les cas dans lesquels le seul traitement médical a réussi (Reclus) sont ceux où il s'est borné à modérer le péristaltisme, à combattre le spasme et le météorisme; Ashurst ajoute: à relever les forces du malade. On remplit ces multiples indications par l'opium, les larges applications de glace sur le ventre, l'immobilité au lit, la diète presque absolue, les injections de sérum artificiel.

L'opium est administré *per os* sous forme d'extrait thébaïque. On peut donner une pilule de 1 centigramme toutes les heures, jusqu'à la dose totale de 15 à 20 centigrammes en vingt-quatre heures (Moutard-Martin). Pour nous, nous préférons dans tous les cas l'injection de morphine, qui peut être répétée à la dose de 1 centigramme toutes les cinq ou six heures. Nous y associons généralement la sparteïne à la dose de 2 à 3 centigrammes par injection, dans le but de soutenir le cœur et, en maintenant la pression artérielle aux environs de la normale, de favoriser l'élimination des toxines par l'émonctoire rénal. Quelques auteurs recommandent l'atropine, surtout lorsque les vomissements sont fréquents. Nous considérons cette pratique comme fâcheuse, en raison de l'action inhibitrice de cet alcaloïde sur les sécrétions. Les Américains prescrivent la strychnine, la caféine, l'alcool en injections sous-cutanées, en même temps que la morphine.

La belladone, que l'on préférerait il y a quelques années à l'opium, sur lequel elle avait, disait-on, l'avantage de favoriser les mouvements péristaltiques tout en calmant la douleur, doit, au contraire, être résolument écartée du traitement de l'occlusion. En dehors des inconvénients que nous avons signalés à propos de l'atropine, il semble résulter d'expériences récentes que la belladone a au contraire pour action constante d'affaiblir les mouvements péristaltiques, et cela en proportion directe de la dose employée (G. Traversa).

On a objecté à la médication par l'opium de masquer les symptômes et de tenir le médecin dans une sécurité trompeuse. Cet écueil est aisément évité, si l'on s'attache à considérer, non la douleur, mais le pouls, le facies, les vomissements, l'état de l'intestin spécialement au point de vue du météorisme et de l'émission des gaz.

L'immobilité au lit, la diète contribuent efficacement à modérer

le péristaltisme, en assurant bientôt, concurremment avec l'opium, l'immobilité de l'intestin.

La *glace*, appliquée largement sur le ventre, combat le péritonisme, retarde ou prévient l'infection de la séreuse et à ce double titre doit être employée.

Dans aucun cas on ne devra avoir recours contre le météorisme aux *ponctions capillaires*, moyen infidèle et dangereux dont l'infection péritonéale peut être le plus clair résultat.

Le café, les injections de sérum trouvent leurs indications dans l'état des malades dont il faut relever les forces.

Le *lavage de l'estomac* a été considéré comme un moyen *curatif* de l'occlusion. Bien que des faits authentiques de guérison aient été publiés (Gersung, Parisot, etc.), il est plus exact de dire que le lavage de l'estomac est à la fois un palliatif et un précieux adjuvant du traitement de l'occlusion: il a pour résultat immédiat de supprimer les vomissements et de prévenir, par l'évacuation des matières toxiques accumulées ou refluées dans l'estomac, l'empoisonnement des malades et la dépression qui en est la conséquence. Il ne peut réussir à lui seul à lever l'obstacle, et, dans les cas où il a réussi, il est vraisemblable qu'il s'agissait d'une occlusion spasmodique et peut-être d'une invagination. Il n'a qu'un inconvénient, celui de fatiguer les malades: il est donc contre-indiqué lorsqu'on a affaire à des sujets très affaiblis. Il constitue enfin un temps préliminaire particulièrement recommandable, dans les cas où l'intervention chirurgicale est décidée.

Par contre, on ne saurait trop condamner, ainsi que nous l'avons déjà dit, les lavements forcés, les siphonages à l'eau de Seltz, l'insufflation rectale à l'air ou à l'hydrogène (Senn). La rupture de l'intestin, un emphysème généralisé en peuvent être la conséquence. Quant au massage abdominal préconisé surtout en Angleterre, nous le regardons comme périlleux dans l'occlusion aiguë.

A ces moyens aveugles et dangereux, il convient d'opposer l'*électrisation* de l'intestin faite suivant les règles si précises posées par Boudet de Paris. Dans ce but on utilise des courants continus dont l'intensité peut varier entre 40 et 50 milliampères. Le pôle rectal est constitué par une grosse sonde en gomme qu'on introduit profondément par l'anus. Cette sonde a un mandrin métallique tubulaire relié par un fil conducteur à la batterie et dont l'extrémité n'affleure pas l'œil de la sonde. Celle-ci est en outre raccordée par un tube de caoutchouc à un bock d'Esmarch rempli d'eau salée tiède, au moyen duquel on envoie dans l'intestin à une faible pression (40 à 80 centimètres d'eau au plus) des quantités variables de liquide. L'action du courant se trouve portée à tous les points où s'établit le contact

entre la muqueuse et l'eau salée. Ce dispositif constitue un exciteur liquide, dont la surface très étendue écarte tout danger d'escarre électrolytique. L'autre pôle est placé sur la région lombaire ou sur l'abdomen : il consiste en une large plaque métallique recouverte de peau de chamois mouillée. Les séances durent de cinq à vingt minutes : pendant leur durée, il est favorable de faire à plusieurs reprises une série de renversements de courants.

Ainsi appliquée, l'électricité n'offre aucun danger et peut être employée sans inconvénient. Elle ne doit l'être, bien entendu, que dans les premières heures de l'occlusion. Elle est formellement contre-indiquée lorsque le cœur est faible (Boudet de Paris) et lorsqu'il y a des symptômes de péritonite. Les succès de cette méthode sont assez nombreux pour qu'elle puisse être recommandée sous ces réserves, au moins comme moyen de diagnostic (Jalaguié). Elle triomphe en effet rapidement des pseudo-étranglements et quelquefois de l'iléus paralytique. A-t-on quelques chances de réduire par ce moyen une invagination ? Le fait est plus douteux, mais il semble s'être présenté.

**Traitement chirurgical.** — Tel est l'ensemble des moyens qui constituent ce qu'on appelle le traitement médical de l'occlusion. C'est le traitement qui doit être tout d'abord et toujours institué, en l'absence d'un diagnostic étiologique certain, et cela dès le début des accidents. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il ne s'agit là que d'une thérapeutique d'attente sur les résultats de laquelle il convient d'être rapidement fixé, dans l'intérêt même du malade, et qui comporte par conséquent une surveillance attentive du pouls, de l'état local et de l'état général. D'une manière générale, vingt-quatre ou trente-six heures après échec des moyens que nous avons énumérés, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Car alors, comme le dit M. A. Broca, les lésions commandant la laparotomie sont en majorité. Il va sans dire que c'est par là qu'il faut commencer dans tous les cas suraigus ou lorsqu'il y a des signes de péritonite déclarée. La dissociation du pouls et de la température est une indication impérative de l'intervention chirurgicale.

Mais ici la discussion recommence. Est-ce la laparotomie, est-ce l'anus artificiel qui constituent l'intervention de choix ? Il est difficile de poser des règles précises en face des opinions contradictoires professées sur ce point par les chirurgiens. Néanmoins, il est peut-être possible d'arriver à une solution applicable au plus grand nombre des cas.

Les partisans de l'entérostomie font valoir que l'anus artificiel est une opération d'urgence, comparable à la trachéotomie, qui a pour unique objet d'empêcher les malades de mourir, et cela, au moyen

d'une intervention simple, ne nécessitant aucune instrumentation compliquée, durant quelques minutes à peine, ne produisant pas de choc et permettant ultérieurement — à froid, pour ainsi dire — une opération radicale réglée. De leur côté, les laparotomistes font ressortir que, seule, l'ouverture du ventre peut mettre définitivement un terme aux accidents, en supprimant la cause qui les a fait naître ; que même, si l'on ne peut lever l'obstacle, l'entérostomie se fera en bonne place ; que, si la mortalité opératoire de l'anus est insignifiante, les malades n'en succombent pas moins secondairement, soit aux complications septiques, soit à la dénutrition entraînée par un anus établi sur une anse trop élevée ; qu'enfin, le pronostic de l'incision abdominale est uniquement en rapport avec la précocité de l'intervention, la plupart des laparotomies faites dans les trente premières heures du début de l'occlusion étant presque toujours suivies de guérison.

De cette discussion on est, semble-il, autorisé à conclure :

1° La laparotomie doit être préférée chez les sujets jeunes, résistants, opérés à une époque peu éloignée du début des accidents ;

2° L'entérostomie sera réservée aux malades affaiblis par l'âge, par un traitement médical prolongé ou par une opération abdominale antérieure (hystérectomie vaginale, Segond), arrivés aux phases ultimes de l'intoxication stercorale, ou chez lesquels un état cachectique fait soupçonner une lésion cancéreuse.

Toutes ces difficultés sont naturellement levées par un diagnostic étiologique précis. Il n'y a guère d'hésitation à avoir sur le choix de l'intervention dans les cas d'imperforation anale, d'étranglement herniaire, d'invagination, d'occlusion au cours d'une péritonite tuberculeuse ou venant compliquer une tumeur abdominale dont l'existence aura été préalablement constatée. L'iléus paralytique mérite cependant une mention particulière. Deux séances d'électricité seront d'abord faites à douze heures d'intervalle et, en cas d'échec, on décidera la laparotomie. La simple ouverture du ventre suffit quelquefois ; mais il ne faut pas compter sur son action fréquemment et inexplicablement curative : on fera une toute petite entérostomie, qui permettra l'évacuation du contenu intestinal, fera tomber la distension des anses et par suite disparaître les phénomènes paralytiques (Lejars).

#### B. — Occlusion chronique.

Le diagnostic est ici ordinairement posé. Les indications thérapeutiques peuvent donc être établies sur des bases précises. Elles visent la prophylaxie et le traitement palliatif ou curatif.

L'occlusion chronique peut être engendrée par la constipation. Combattre ce symptôme par des moyens rationnels, est le plus sûr moyen de prévenir l'interruption du cours des matières. On mettra donc en œuvre les divers traitements hygiénique, diététique et médicamenteux, qui ont été proposés contre la constipation. On surveillera particulièrement, à ce point de vue, les femmes et les vieillards.

L'occlusion par coprostase sera traitée par les *purgatifs*. L'huile de ricin à la dose de 25 à 30 grammes, ou mieux administrée par petites cuillerées à café, d'heure en heure, donne les meilleurs résultats. Il est favorable de prescrire préalablement, pendant quelques heures, de l'opium, sans dépasser 5 à 10 centigrammes. Cette dose suffit à vaincre le spasme et prépare l'action évacuante de l'huile de ricin. Deux heures après le purgatif, on peut en aider l'effet par de grands lavements tièdes, huileux ou glycérolés.

Les purgatifs salins et les drastiques sont généralement contre-indiqués.

Les *grands lavages du gros intestin*, de 1 litre et demi à 2 litres, à l'eau bouillie additionnée de sel marin au titre physiologique ou chargée du principe émoullit de la graine de lin, sont recommandables, à la condition d'être faits à une faible pression (entre 40 et 80 centimètres d'eau).

Mais c'est surtout dans l'occlusion chronique que les *courants continus*, appliqués suivant la technique que nous avons résumée, donnent les plus remarquables résultats. Il convient donc d'y avoir recours dans la plupart des cas de coprostase, non seulement pour mettre fin aux accidents, mais encore pour en empêcher le retour. Les séances d'électrisation devront donc être poursuivies pendant quelques jours après la débâcle et aidés des grands lavages dont nous avons parlé. L'intoxication stercorale sera ainsi efficacement combattue et la contractilité de l'intestin réveillée dans la mesure nécessaire au rétablissement de la fonction.

Le *massage* de l'abdomen, l'expression colique manuelle réussissent fréquemment. Les boissons abondantes (infusions théiformes chaudes, eau bouillie froide), contribuent, lorsqu'elles sont tolérées par l'estomac, à l'évacuation des scybales. Dans d'autres circonstances, l'expulsion en est obtenue par l'application de compresses froides ou de glace sur l'abdomen.

Mais la coprostase existe réellement en tant qu'affection idiopathique. Le plus souvent il faut en rechercher la cause, non dans la constipation habituelle, mais dans l'existence d'une altération organique des parois intestinales. Le diagnostic doit en être fait, car il est important, au point de vue thérapeutique, de reconnaître de

bonne heure l'existence d'un rétrécissement syphilitique ou cancéreux. Dans le premier cas, c'est au traitement spécifique qu'il conviendra tout d'abord de s'adresser, puis, en cas d'échec, à l'anus contre nature, toute intervention curative étant interdite par le caractère ordinairement diffus de la lésion. Dans le second, c'est, suivant les cas, à la colotomie ou à l'entérectomie qu'il faut recourir. Ici encore tout dépend des limites de la tumeur et de l'état général du malade, qui, s'il est cachectique, bénéficiera davantage de l'anus iliaque que d'une opération radicale.

G. MAURANGE.

## VERS INTESTINAUX

Les vers intestinaux appartiennent à la classe des vers plats ou *Plathelminthes* et à celle des vers ronds ou *Némathelminthes*. Les parasites appartenant à la première de ces deux classes sont les *ténias* et les *bothriocéphales*; ceux qui font partie de la seconde sont les *oxyures*, les *ascarides*, les *ankylostomes*, les *trichocéphales*, les *trichines*, les *anguillules*.

### 1° TÉNIAS ET BOTHRIOCÉPHALES.

**Prophylaxie.** — Les vers rubanés que l'on rencontre le plus souvent en Europe sont le *ténia armé* (*T. solium*), le *ténia inerme* (*T. saginata*) et le *bothriocéphale* (*Bothriocephalus latus*).

Le premier se rencontre à l'état de *cysticerque* dans le tissu musculaire du porc chez lequel il provoque la laderie; les *cysticerques* du second, qui est de beaucoup le plus fréquent, se rencontrent chez le bœuf. Quant au *bothriocéphale*, dont on ne connaît pas encore exactement l'évolution, il ne se rencontre que dans les pays où la chair de poisson entre pour une large part dans l'alimentation (Suède, Japon, région des lacs suisses et italiens); le saumon, la lotte, le brochet, la féra du lac de Genève semblent plus particulièrement devoir être incriminés.

Les mesures préventives destinées à éviter le développement du *ténia* consistent dans la surveillance des animaux de boucherie (bœufs ou porcs) qui doivent être tenus proprement et qui, avant