

souris, qu'on rencontre les trichines. Lorsque l'homme a ingéré de la viande de porc trichinée, le suc gastrique dissout la capsule du kyste; la trichine, mise en liberté, acquiert rapidement des organes génitaux et donne naissance à une quantité innombrable de petites trichines rectilignes qui perforent le tube digestif et vont se loger dans les muscles, à commencer par le diaphragme et les intercostaux, où elles s'enkystent à leur tour.

Les symptômes de la trichinose sont d'abord ceux d'une fièvre gastro-intestinale; puis on observe de la dyspnée, des douleurs musculaires, de l'anasarque, et enfin des troubles adynamiques au milieu desquels la mort peut survenir dès le cinquième jour (Zenker).

La guérison n'est pas rare; elle a lieu par l'enkystement des trichines et leur dégénérescence calcaire ou grasseuse.

Quand la trichine est encore dans le tube digestif, on doit chercher à l'expulser par les purgatifs et les vermifuges; malheureusement il n'en est aucun dont l'action soit efficace. La thérapeutique est impuissante lorsque les trichines ont atteint les muscles, et ne doit viser qu'à soutenir les forces du malade jusqu'à l'enkystement.

LALLEMAND. Des pertes séminales involontaires, 1842. — LUTON. Art. *Entozoaires*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1870. — DAVAINÉ et GRENET. Arch. de méd. nav., 1870. — DAVAINÉ. Traité des entozoaires, 1860, 2^e édit., 1877. — Art. *Entozoaires*, in Dict. encycl. des sc. méd., 1873. — LABOULBÈNE. Soc. méd. des hôp., 1876. — BROCA. Soc. de chirurgie, 1876. — NORMAND. Mémoire sur la diarrhée de Cochinchine (Arch. de méd. navale, 1877, avec planche). — Du même. Du rôle étiologique de l'anguillule dans la diarrhée de Cochinchine (Arch. de méd. navale, 1878). — A. LAVERAN. Note sur le nématode de la dysenterie chronique de Cochinchine (Gaz. hebdom., 1877). — MÉGNIN. Revue d'hygiène et de police sanitaire, mars-avril 1879.

plus souvent la disposition d'agglomérats radiés visibles à l'œil nu, et caractérisés par le développement de grains jaunes, couleur safran, ou rougeâtres, du volume d'un grain de millet ou de lycopode. Ces grains sont entourés d'une sorte d'atmosphère mucoïde, d'où il est difficile de les détacher. Chez le bœuf, l'actinomycosis constitue des tumeurs volumineuses siégeant le plus souvent au niveau du maxillaire inférieur; chez le porc, elle atteint le tissu musculaire; chez l'homme, les lésions dues au parasite peuvent affecter différents aspects, et plus particulièrement ceux de la pyémie ou de la tuberculose.

Les abcès dus à l'actinomycose se distingueront par une induration très nette au niveau du foyer, leur siège d'élection dans les régions sous-maxillaire, parotidienne, cervicale et thoracique, et la multiplication des trajets fistuleux. Quant à la forme thoracique, c'est l'examen des crachats qui, en faisant reconnaître la présence de grains d'actinomycète, permettra d'en affirmer la nature.

— Le développement et les métamorphoses des ténias chez les mammifères (Journ. de l'anat. et de la phys., mai-juin 1879). — FÉRÉOL. Un cas de ladrerie chez l'homme (Soc. méd. des hôp., mai 1879). — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879. — ROCHEMURE. De l'action physiologique et thérapeutique des sels de pelletière. Paris, 1879. — PRUNAC. Distome hépatique chez l'homme (Lyon méd., 1879). — SAINT-CYR. Rapport sur l'obs. de Prunac (ibid., 1879). — PERRONCITO. Giornale della R. Acad. di Torino, 1880. — PELLÉ. Ladrerie chez l'homme, th. de Paris, 1880. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Clin. thérap., 1880. — BEUMLER, FREHLICH, SONDEREGGER. Consultez le Central-Blatt für Schweiz. Aertze, 1881. — BUGNION. An. de la Suisse romande, 1881. — G. SÉE. Diag. de la trichinose chez l'homme (Union médicale, mars 1882). — TROSSAT et ERAUD. Recherches sur le rôle étiologique de l'ankylostome duodénal dans l'anémie des mineurs de Saint-Etienne (Lyon méd., 1882). — DRASCHE. Wien. med. Presse, 1882. — FABRE. Du rôle de l'ankylostome dans la pathologie des mineurs. Paris, 1883. — GUERMONPREZ. Revue de la ladrerie de l'homme. Lille, 1883. — MÉGNIN. Sur la reproduction directe des ténias (Acad. des sciences, 1883). — HERMANN FOLL. Anguillule intestinale (Rev. méd. de la Suisse romande, 1883). — LICHTENSTEIN. Berlin. kl. Woch., 1884. — A. LAVERAN. Vingt-trois ténias expulsés le même jour (Arch. de méd. mil., 1885). — ISRAËL. Beitrag zur Pathogenese der Lungenactinomycose Centralblatt, 1886. — MATHIEU. Rev. gén. sur l'actinomycose (Revue des sc. méd. d'Hayem, 1886). — R. BLANCHARD. Zoologie médicale. Paris, 1888.

GASTRORRHAGIE. — ENTÉRORRHAGIE

La *gastrorrhagie* s'accompagne de vomissement de sang ou *hématemèse*; l'*entérorrhagie* s'accompagne du rejet du sang dans les selles ou *mélæna*. Il n'est pas rare d'observer le *mélæna* en même temps que l'*hématemèse*.

L'hémorrhagie gastro-intestinale est *idiopathique* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, on l'observe à la suite d'un traumatisme extérieur, de l'ingestion d'un corps anguleux ou d'un liquide corrosif. Elle peut reconnaître encore pour cause une congestion vaso-motrice intense, comme celles qui s'observent dans le cours du tabès dorsal ou de la maladie de Graves, ou se montrer à la suite de la suppression d'un flux habituel (ménstruation ou écoulements hémorrhéoidaires): elle est alors *supplémentaire*. Elle est beaucoup plus souvent symptomatique; elle s'observe dans les maladies ulcéreuses du tube digestif: ulcère simple de Cruveilhier, cancer, entérite aiguë, dysenterie, fièvre typhoïde. L'hémorrhagie est un symptôme commun des polypes et des tumeurs érectiles de l'intestin (Laboulbène). Des anévrysmes (qu'il s'agisse d'anévrysmes miliaires de la muqueuse gastrique ou de grosses ectasies vasculaires) se sont ouverts dans le tube digestif en donnant lieu à des hémorrhagies foudroyantes. Les vers intestinaux provoquent assez rarement l'hémorrhagie; cependant nous avons vu que la chlorose des pays

chauds est peut-être due aux hémorrhagies répétées que cause l'ankylostome duodéal.

Les hémorrhagies gastro-intestinales se rencontrent fréquemment dans les maladies du cœur, des poumons et du foie, qui apportent des entraves à la circulation veineuse, et en particulier dans la cirrhose du foie. Les perturbations dans la circulation porte, la ligature prématurée du cordon ou sa compression, produisent le mélæna des nouveau-nés (Kiwisch, Bouchut). On observe encore les hémorrhagies intestinales dans des pyrexies exanthématiques à *forme hémorrhagique*; enfin, ces hémorrhagies sont un symptôme fréquent dans les maladies dyscrasiques, telles que l'ictère grave, la fièvre jaune, le scorbut, l'hémophilie.

L'hématémèse se compose d'un sang rouge et pur, ou simplement coagulé en caillots violacés, dans les ruptures anévrysmales (anévrysmes de l'aorte, de l'aorte thoracique, du tronc cœliaque), l'ulcère simple de l'estomac, les varices de l'œsophage d'origine hépatique (Fauvel, Audibert, Dussaussy), les hémorrhagies supplémentaires. L'hématémèse noire, d'une couleur rappelant la suie ou le marc de café, est presque spéciale au cancer de l'estomac; on l'observe cependant dans l'ulcère simple lorsque les vaisseaux rompus sont peu volumineux, et qu'ils donnent lieu à un écoulement lent du sang dans l'estomac.

Le mélæna, conséquence directe de l'entérorrhagie, s'observe aussi parfois dans la gastrorrhagie, lorsque tout le sang épanché n'est pas expulsé par le vomissement. Il se compose généralement d'un sang noir, très altéré par les sucs digestifs et donnant aux selles l'apparence du goudron; mais, lorsque la lésion est peu éloignée de l'anūs (colite, dysenterie, etc.), le sang peut être rouge ou seulement coagulé en partie.

DESCRIPTION. — La gastrorrhagie se produit quelquefois brusquement (ulcère simple de l'estomac, rupture d'un anévrysmes) : elle est alors abondante et peut amener la syncope ou même une mort immédiate. Le plus souvent l'hématémèse est précédée de quelques troubles gastriques : à une sensation de chaleur ou de tension au niveau de l'épigastre s'ajoute un état de lassitude et de malaise général, le refroidissement de toute la surface cutanée, la pâleur de la face; puis surviennent des nausées, une sensation de brûlure sur tout le trajet de l'œsophage et le vomissement sanglant se produit; immédiatement avant, la percussion permet de constater une matité ou une submatité d'étendue variable au niveau de l'épigastre. Le sang est noir ou rouge suivant les cas et, pour peu que le vomissement soit

abondant, on assiste à des lipothymies et à des syncopes. Souvent aussi plusieurs hématémèses se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les signes de l'entérorrhagie ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la gastrorrhagie, le mélæna étant mis à part. Là encore on voit survenir un malaise général, des éblouissements, des syncopes, etc., le ventre se ballonne et se tend, et les évacuations sanglantes se produisent après un temps variable avec une sensation de ténésme et de brûlure dans le rectum et l'anūs.

Quelquefois cependant les hémorrhagies gastro-intestinales restent à l'état latent, notamment dans la fièvre typhoïde, sans donner lieu à aucune expulsion sanglante. Dans ces cas, qu'il importe de reconnaître immédiatement, on voit la peau se décolorer et se refroidir, le ballonnement du ventre devenir considérable, le pouls faiblir et les syncopes se succéder plus ou moins rapidement, suivant la quantité du sang épanché.

DIAGNOSTIC. — L'hématémèse doit être différenciée de l'hémoptysie. Dans celle-ci il y a des douleurs dans la poitrine et dans le dos, des râles dans les poumons, des accès de toux, de la dyspnée; le sang est rouge, rutilant, spumeux, en général peu abondant et de réaction alcaline. Le diagnostic devient très difficile lorsque l'hématémèse provoque des accès de toux par action réflexe, ou lorsque le sang de l'hémoptysie pénètre dans l'estomac et est rejeté plus tard sous forme d'un liquide noirâtre analogue au marc de café.

L'épistaxis peut donner lieu à un écoulement de sang qui pénètre dans les voies digestives et est ensuite rejeté par hématémèse. Le diagnostic est impossible lorsqu'on ne retrouve pas quelques caillots dans les fosses nasales ou quelques stries sanglantes sur la muqueuse du pharynx.

L'entérorrhagie doit être distinguée de la gastrorrhagie qui ne s'accompagne pas de vomissement sanguin, se traduit seulement par du mélæna. Lorsque le sang sera rouge et liquide et qu'on pourra écarter les causes ordinaires d'entérorrhagie : dysenterie, fièvre typhoïde, on recherchera, par le toucher rectal, s'il existe des hémorrhoides internes, un polype, etc.

Enfin, chez les enfants, on devra toujours examiner le sein de la nourrice, les hématémèses et le mélæna provenant souvent de la glande même ou des gerçures du mamelon.

PRONOSTIC. — Le pronostic est favorable dans les hémorrhagies supplémentaires et dans quelques cas de traumatisme. Mais en général l'hémorrhagie gastro-intestinale ajoute beaucoup à la

gravité de la maladie dont elle est un symptôme. Nous nous sommes expliqués déjà sur la valeur pronostique des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. Il faut tenir compte surtout de la spoliation qu'elles déterminent et de l'état de faiblesse qu'elles laissent après elles.

TRAITEMENT. — On cherchera d'abord à provoquer une révulsion vers les parties périphériques, après avoir recommandé au malade de rester étendu dans son lit sans faire de mouvements. On appliquera de la glace sur l'abdomen et l'on en fera absorber par petits fragments. On aura recours également à l'eau acidulée, aux astringents : ratanhia, cachou, perchlorure de fer, ergotine, etc.

Si l'hémorrhagie est supplémentaire, on se contentera de chercher à ramener le flux supprimé.

BOUCHARD. Pathogénie des hémorrhagies, th. de concours, 1869. — LABOULEÈNE. Tumeur érectile de l'intestin (Bull. de l'Ac. de méd., 1872), et Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879, p. 498. — AUDIBERT. Des varices œsophagiennes dans la cirrhose, th. de Paris, 1874. — KLING. Ueber Melæna Neonatorum, 1875. — RHEIN. Embolie de l'art. mès., th., Paris, 1875. — FLAMENT. De la thrombose et de l'embolie des artères mésentériques, th., Paris, 1876. — GALLARD. Associat. franç. Clermont, 1876. — DUSSAUSAY. Même sujet, th. de Paris, 1877. — JACCOUD. Traité de pathol. int., 1879. — TOURNIÉ, th., Montp., 1884. — A. LAVERAN. Un cas d'embolie de l'artère mésentérique sup. (Arch. de méd. mil., 1887, t. IX, p. 227).

DES HÉMORRHOÏDES

On désigne sous le nom d'*hémorrhoides* les dilatations variqueuses des veines de l'extrémité inférieure du rectum. Bien que considérées en général comme ressortant surtout du domaine de la pathologie chirurgicale, les hémorrhoides intéressent aussi le médecin ; de par l'étiologie, de par leurs rapports intimes avec un grand nombre de maladies générales, elles confinent peut-être plus étroitement encore à la pathologie interne ; aussi leur consacrerons-nous un court article, nous réservant, du reste, de les envisager seulement au point de vue médical.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La partie inférieure du rectum est sillonnée par un plexus veineux d'une grande richesse. Formé par les anastomoses de trois rameaux secondaires : les hémorrhoidales supérieures se rendant à la veine porte, les hémorrhoidales moyennes et inférieures qui confluent à l'hypogastrique, ce réseau veineux se trouve dans des conditions physiques et anatomiques qui favorisent au plus haut degré sa distension.

Sans parler de la *pléthore abdominale*, qui formait une des bases de la doctrine de Stahl, et à laquelle on a fait pendant longtemps jouer un rôle des plus importants, nous signalerons surtout les dispositions spéciales que M. Duret a si bien mises en relief, et dont la plus importante est le passage, à travers les fibres musculaires du sphincter anal, des anastomoses destinées à faire communiquer les hémorrhoidales supérieures avec les inférieures ; ces dernières constituant à l'égard des premières, de véritables canaux de dérivation. Pendant les grands efforts, la glotte surtout étant fermée et le diaphragme contracté au maximum, la pression est fort élevée dans tout le système porte, et le sang qui coule dans les hémorrhoidales supérieures ne peut suivre la *voie portale* ; il se dirige alors vers les hémorrhoidales inférieures qui lui offrent une voie d'échappement, à condition toutefois que le *sphincter externe ne soit pas contracté* ; puis il pénètre dans le système de l'hypogastrique. Mais, si la voie d'échappement est fermée, comme la chose arrive pendant les tentatives infructueuses de défécation, il y aura congestion intense des hémorrhoidales supérieures, et si l'individu est prédisposé, cette congestion aboutira bientôt à la dilatation, puis à la stase, et enfin à la production de tumeurs hémorrhoidaires.

Les hémorrhoides sont *internes* ou *externes*, suivant que l'ampoule veineuse siège au-dessus ou au-dessous du sphincter externe : les hémorrhoides internes ne sont appréciables, en général, qu'à l'exploration digitale, à moins qu'un effort puissant de défécation en ait provoqué la procidence ; en ce cas elles peuvent apparaître à l'orifice anal, et même, accident plus sérieux, s'y étrangler.

Les hémorrhoides externes sont au contraire nettement appréciables à la vue ; elles sont habituellement le résultat de la production de diverticulum veineux ayant franchi le sphincter et venant faire saillie sous la peau qui confine à l'orifice anal ; là, elles peuvent affecter des dispositions variées, suivant que la dilatation veineuse porte sur des portions limitées ou sur toute la circonférence du réseau vasculaire périrectal. Quand la dilatation veineuse est limitée, on observe de petites tumeurs molles, de coloration violacée, de nombre et de volume variables, qui paraissent comme appendues au pourtour de l'orifice, qui se gonfle lui-même en se renversant, sous l'influence des efforts.

Les parois des ampoules hémorrhoidaires ne diffèrent pas, quant à leur structure, de celles des tumeurs variqueuses en général, mais, étant exposées soit à des ruptures, soit au contact

irritant des matières fécales, le tissu cellulaire qui les avoisine est plus particulièrement disposé à s'enflammer, parfois même il s'épaissit tellement que l'ampoule hémorroïdaire forme une tumeur d'une dureté pierreuse qui lui a mérité le nom de *marisque*; ailleurs cette inflammation périphérique a étranglé le pédicule vasculaire qui suspendait la dilatation variqueuse, donnant ainsi naissance à ce qu'on a appelé une *hémorroïde aveugle*.

Les hémorroïdes sont presque constamment accompagnées d'un certain nombre de lésions secondaires; parmi les plus fréquentes il faut mentionner les fissures anales, les fistules suite d'abcès développés par suppuration d'une hémorroïde ou du tissu cellulaire circonvoisin, le catarrhe de l'extrémité inférieure de l'intestin (*blennorrhée rectale*).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. PATHOGENIE. — L'effort prolongé et particulièrement l'effort de défécation semble, d'après ce que nous avons déjà eu l'occasion de dire, être la condition étiologique par excellence de la production des hémorroïdes. Pour certains pathologistes même, à la tête desquels se place le professeur Gosselin, les hémorroïdes seraient l'apanage à peu près exclusif des individus fortement constipés: en d'autres termes, la *stase veineuse*, pour la majorité de l'école chirurgicale moderne, en serait le point de départ presque constant. A elle, du reste, peuvent se rapporter les hémorroïdes de la grossesse ou des compressions par tumeurs intra-abdominales, les hémorroïdes par ralentissement du sang dans le domaine de la veine porte, comme celles qui suivent les anciennes rétentions d'urine ou la fissure à l'anus, modalités pathologiques diverses qui agissent comme la constipation opiniâtre en provoquant les contractions spasmodiques du sphincter (1). D'ailleurs, dans son récent ouvrage sur les dyspepsies, le professeur Sée a défendu la même opinion avec conviction. Mais la stase veineuse est loin de rendre compte de tous les faits. Que de gens non constipés et qui sont pourtant affectés d'hémorroïdes, que de femmes habituellement resserrées et qui n'en ont jamais eu, tandis que d'autres

(1) La gêne de la circulation dans le système porte par le fait de *cirrhose hépatique*, a été longtemps considérée comme devant engendrer souvent le développement des hémorroïdes dans le cours de cette maladie (Fleury, Monneret). Cette manière de voir, fort rationnelle du reste, n'est point aussi générale qu'on pourrait le penser: sans être aussi exceptionnelles que le dit Duret, les hémorroïdes dans la cirrhose du foie ne sont pas très fréquentes, ce qui s'explique par le développement des *veines portes accessoires*.

voient à chaque époque menstruelle les veines du rectum participer au molimen cataménial et donner du sang! Et les hommes qui ont périodiquement un mouvement fluxionnaire du côté de l'abdomen, lequel se juge, au grand profit de leur santé, par un flux hémorrhagique! Force est donc d'admettre, parmi les influences productrices des tumeurs hémorroïdaires, des *influences actives*, de véritables molimens qui entraînent la dilatation des veines rectales, dilatation qui peut aller jusqu'à l'hémorrhagie.

C'est là d'ailleurs une doctrine bien ancienne, admise déjà par l'école hippocratique, doctrine toute d'observation, et qui, soutenue par tous les vieux maîtres jusqu'à Stahl, Récamier, Moissenet, Trousseau, a été énergiquement défendue par Bazin dans son traité des diathèses.

Sans aller aussi loin que les disciples de Stahl, sans admettre une *maladie hémorroïdaire*, sorte de diathèse mal définie, ayant comme condition génératrice un état plus mal défini encore: la *pléthore abdominale*, nous soutenons l'influence incontestable des congestions actives, comme source des hémorroïdes. Ces congestions s'observent chez les gros mangeurs, chez ceux qui surmènent leur foie et leur système porte par une alimentation trop riche et trop excitante, surtout s'ils sont condamnés à une vie sédentaire et au travail de cabinet; mais on les constate surtout chez toute cette catégorie de malades, qu'on appelle d'une façon un peu vague des *arthritiques*, et chez lesquels la fluxion hémorroïdaire constitue un de ces moyens de décharge variés auxquels les exposent leurs dispositions constitutionnelles. L'arthritisme, en effet, maladie de race par excellence, représente une des modalités importantes de ces affections par *ralentissement de la nutrition* (Bouchard), qui s'opposent à la parfaite combustion des matières azotées et établissent chez le malade un état permanent d'*uricémie*, dont l'expression symptomatique variera avec les sujets, en produisant chez eux tour à tour les migraines, la dyspepsie flatulente, l'asthme, la lithiase biliaire ou rénale, l'eczéma, l'urticaire, la goutte, les hémorroïdes enfin.

DESCRIPTION. DIAGNOSTIC. — La symptomatologie des hémorroïdes est habituellement simple; d'ordinaire les *phénomènes subjectifs* ouvrent la scène: on note de la tension avec un sentiment de pesanteur au niveau de l'orifice anal, parfois un peu de douleur en allant à la selle, presque toujours de la constipation, quelquefois même un léger écoulement sanguin qui, en général, soulage le malade.

Plus tard apparaîtront les *signes physiques*. Longtemps on pourra n'avoir affaire qu'à une saillie un peu plus prononcée de la muqueuse pendant l'acte de défécation. A ce moment la muqueuse est rouge, turgescence, violacée, et le patient accuse au médecin la production d'un bourrelet muqueux qui disparaît rapidement et qui doit être distingué du paquet hémorroïdaire, dont la réduction n'est jamais complète; d'autres fois il s'agit simplement d'une petite boule pédiculée, dont il est facile de reconnaître la nature et qui se gonfle aussi pendant l'effort d'expulsion pour se flétrir ensuite.

L'hémorrhagie rectale est un des symptômes les plus fréquents des hémorroïdes. Habituellement c'est l'effort même de défécation et la pression mécanique des matières au passage qui favorisent cet écoulement, dont les proportions du reste varient avec chaque sujet. L'écoulement sanguin se reproduit d'une façon indéterminée, et s'il est des gens chez lesquels chaque garde-robe entraîne quelques gouttes de sang, il en est d'autres, au contraire, qui voient reparaitre périodiquement le flux hémorroïdal sans que la constipation semble en rien l'avoir préparé. Chez de tels malades le flux hémorrhagique est précédé souvent, comme chez la femme, dans la période précataméniale, d'un véritable molimen, représenté par des troubles gastriques, de la pesanteur de tête, de l'accélération du pouls, de la tension dans les hypochondres et dans le ventre, du ténesme rectal ou vésical, état auquel l'écoulement hémorrhagique fait succéder un véritable bien-être.

Parfois les hémorroïdes internes ne sont pas procidentes, elles ne se traduisent que par des phénomènes subjectifs, et le toucher rectal seul permet d'en affirmer l'existence.

Les hémorroïdes s'accompagnent de troubles secondaires qu'il est bon de signaler; la constipation, qui a passé si longtemps pour être la cause de ces tumeurs hémorroïdaires, peut quelquefois en être la conséquence; en rétrécissant le diamètre de l'orifice anal les dilatations veineuses impriment une forme parfois spéciale aux matières fécales; elles leur donnent l'aspect de rubans ou de lanières; il y a en même temps de la dilatation du gros intestin, avec accumulation d'excréments et production des cybales; enfin des phénomènes de dyspepsie, *pseudo-dyspepsie* des hémorroïdaires bien signalée par G. Sée et qu'un examen approfondi peut seul empêcher de confondre avec une dyspepsie essentielle.

En cas d'hémorroïdes très développées ou anciennes, il s'établit presque toujours une sécrétion catarrhale de l'extrémité du

gros intestin, une véritable rectorrhée pouvant revêtir l'aspect dysentérique ou celui d'un liquide diarrhémique, dans lequel nagent les matières desséchées.

Ces liquides, qui baignent et irritent l'orifice rectal, lui donnent une apparence sanieuse qui peut en imposer à un œil peu exercé pour des végétations ou des condylomes syphilitiques; mais l'apparence lisse et la mollesse de la tumeur, sa réductibilité et, enfin, l'apparition de l'écoulement sanguin lèvent les doutes. Mais, lorsque l'irritation chronique du tissu cellulaire ambiant a amené la production des marisques, il sera parfois fort difficile de différencier ce tissu sanieux et induré d'une dégénérescence épithéliomateuse, d'autant que la transformation *in situ* des hémorroïdes n'est pas un fait très rare. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe le plus d'établir au point de vue du diagnostic, c'est le point de départ des hémorroïdes: on cherchera d'abord s'il n'existe pas de cause mécanique directe qui justifie leur présence (cirrhose du foie, tumeur intra-abdominale, grossesse); puis, cette cause éliminée, on établira les rapports qui les unissent à une maladie constitutionnelle probable: du diagnostic pathogénique porté, dépendra la thérapeutique à instituer (1).

COMPLICATION. PRONOSTIC. — Dans la grande majorité des cas, les hémorroïdes doivent être considérées comme une incommodité et non comme une affection grave; il n'en est pas moins vrai que quelquefois elles déterminent des accidents très sérieux. Au premier rang il faut compter les hémorrhagies intenses, répétées, qui jettent le malade dans une anémie profonde, pouvant même s'accompagner d'anasarque; puis viennent les inflammations, soit catarrhales, soit profondes de la muqueuse, les fissures, les abcès, la phlébite, phlébite qui a pu devenir le point de départ d'hépatites suppuratives (Borie, Leudet), la procidence du rectum, l'étranglement des tumeurs hémorroïdaires, avec ou sans phénomènes gangreneux, enfin, la dégénérescence épithéliomateuse que nous avons déjà signalée.

TRAITEMENT. — Lorsque les hémorroïdes se bornent à provoquer une légère douleur avec un écoulement sanguin très modéré, la thérapeutique ne doit pas intervenir; il y a là comme une décharge salutaire qui met à l'abri de congestions plus sérieuses; il est même bien parfois de stimuler un peu ce mouvement

(1) On se rappellera que les hémorroïdes sont très rares chez les jeunes enfants, et que la plupart des faits considérés comme tels n'étaient autres que des cas de polypes muqueux (Damaschino).

fluxionnaire, s'il venait à s'atténuer, en administrant quelques pilules laxatives, généralement à base d'aloès (grains de santé de Franck, pilules ante-cibum, écossaises, etc.); en tout cas, il faut combattre la constipation (eaux amères de Pullna ou d'Hunyadi, sel de Sedlitz, magnésie effervescente, etc., etc.); le malade mangera peu, il prendra quelques soins hygiéniques utiles (grands bains, lavements émollients, lotions fraîches), il se servira habituellement de sièges empaillés et d'un coussin de caoutchouc dans les longs trajets en chemin de fer. En cas de douleurs pénibles, recourir à l'usage de quelques suppositoires à l'extrait de ratanhia ou de belladone. La fleur de soufre a joui pendant longtemps d'une réputation toute spéciale dans le traitement des tumeurs hémorrhoidaires.

Les hémorrhagies, même importantes, ne doivent être combattues qu'avec la plus extrême réserve, car les exemples sont nombreux où l'on a vu leur suppression brusque suivie d'accidents graves. Souvent il sera suffisant de leur opposer des lotions avec de l'eau aluminée ou avec des infusions de millefeuille (B. Teissier), qui a pour action de modérer le flux hémorrhagique. L'hamamelis virginica, qui a une action hémostatique et calmante, agirait dans le même sens (Dujardin-Beaumetz).

Ce n'est que lorsque celui-ci prendra des proportions inquiétantes, qu'il faudra songer à une intervention active et instituer un traitement chirurgical (cautérisation, écrasement ou autre), mais en songeant toujours qu'en cette matière les opérations, même d'urgence, ne sont pas innocentes, et que les interventions en apparence les mieux justifiées peuvent entraîner les plus fâcheux résultats : tel le fait rapporté par B. Teissier et concernant un pauvre malade chez lequel la cautérisation d'un énorme paquet hémorrhoidaire donnant lieu à des hémorrhagies intenses fut suivie, au bout de deux mois, de vertiges répétés et, quelque temps après, des accidents de la périencéphalite.

Enfin, quand on se décide à intervenir, le traitement le plus rationnel, celui qui semble aussi avoir donné le plus de succès, c'est la dilatation forcée. Le rôle joué par le sphincter anal dans la production des hémorrhoides explique suffisamment les avantages de ce procédé.

VERNEUIL. Bull. Soc. anat., 1855. — DEMARQUAY. Mémoire sur le traitement des hémorrhoides (Gaz. méd. de Paris, 1860). — AUDOUIN. Liaison clinique des hémorrhoides et de la goutte, th. de Paris, 1864. — GOSSELIN. Leçons sur les hémorrhoides. Paris, 1866. — LANNELONGUE. Art. *Hémorrhoides*, in Nouv. Dict. de méd. et chirurg., 1873. — B. TEISSIER. Clin. de l'Hôtel-Dieu de Lyon (inédit). — MONOCHIN. De la dila-

tation forcée dans le traitement des hémorrhoides. Paris, 1877. — FONTAN. Traitement des hém. par la dilat. forcée. Paris, J.-B. Baillière, 1877. — B. TEISSIER. Traitement des flux hémorrhoidaux trop abondants par l'usage de la millefeuille (Bull. thérap., p. 176, t. IV). — DURET. Arch. gén. de méd., 1879-1880; Bull. de la Soc. anat. — BOUGHARD. Cours de pathol. générale, 1879-1880. — DAMASCHINO. Malad. des voies digestives, 1880. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 1880. — G. SÉE. Dyspepsie gastro-intest. Paris, 1881. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Des nouvelles médications gastro-intestinales. Paris, 1886. — W. ALLINGHAM. Encyclop. internation. de chirurgie. Paris, 1886, t. VI, art. *Hémorrhoides*. — BAUMEL. Maladies de l'appareil digestif. Montpellier, 1888.

COLIQUE INTESTINALE

Bien que la colique intestinale ne constitue pas une maladie, mais seulement un symptôme, elle se rencontre si fréquemment dans les maladies de l'intestin, que nous avons cru devoir lui consacrer un chapitre à part, en raison de son importance sémiotique. On donne le nom de colique à une douleur particulière siégeant dans l'abdomen, exacerbante, constrictive ou déchirante, ayant de la tendance à l'irradiation et s'accompagnant toujours d'une sensation pressante d'expulsion. Ce besoin d'évacuations et le soulagement qui en résulte sont constants dans la colique, que, d'une façon générale, on a pu considérer comme la contraction lente et prolongée, et par suite douloureuse, des muscles lisses d'un organe creux cherchant à expulser son contenu (colique intestinale, hépatique, néphrétique, utérine, vésicale, etc.).

La colique intestinale, comme nous venons de le dire, est toujours symptomatique. Nous étudierons donc successivement sa symptomatologie, ses causes physiologiques, les lésions auxquelles elle se rattache.

DESCRIPTION. — Le début de la colique est généralement brusque, parfois cependant elle s'établit lentement et comme par degrés. C'est d'abord une douleur modérée qui devient rapidement plus vive, exacerbante, qui s'accompagne d'une sensation de constriction, de torsion, de pincement, de brûlure, et revêt parfois les caractères les plus insolites.

Ces sensations douloureuses varient beaucoup d'intensité : parfois peu marquées, elles peuvent devenir atroces. Le malade s'agite dans son lit, ne sachant quelle position garder pour soulager un peu ses souffrances ; d'autres fois il reste immobile, pressant son abdomen avec ses mains, ou couché sur le ventre, ou encore pelotonné sur lui-même, les cuisses énergiquement fléchies sur le bassin par un mouvement réflexe involontaire. En

même temps le visage est pâle et décomposé, le malade pousse des cris ou exprime sa souffrance par des soupirs étouffés et des gémissements. L'anxiété est extrême : des symptômes nerveux, du délire, des convulsions chez les enfants, viennent s'ajouter à ce cortège. Le pouls reste le plus souvent normal.

Le ventre est souvent ballonné par les gaz qui, en se déplaçant, produisent des gargouillements et des borborygmes ; plus rarement il est rétracté et comme accolé à la colonne vertébrale. Les contractions des muscles lisses de l'intestin donnent lieu à de pressants besoins d'aller à la selle, et les évacuations amènent un soulagement notable de plus ou moins longue durée. Parfois cependant les efforts d'expulsion restent infructueux (*colique sèche*). Les vomissements ne sont pas très rares.

Quant au siège de la douleur, c'est généralement au pourtour de l'ombilic qu'elle est la plus marquée. De là elle s'irradie dans les flancs et à l'hypogastre, si bien qu'il est parfois impossible au malade de la localiser.

La marche et la durée sont assez variables. La colique revêt souvent une forme irrégulièrement intermittente et les accès peuvent se répéter à de très courts intervalles ou, au contraire, à plusieurs heures de distance. Pendant les périodes de rémission, le malade est calme, un peu alangui, mais il ne souffre pas, à moins d'une douleur abdominale persistante dépendant d'une lésion quelconque de l'intestin.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons indiqué déjà qu'à un point de vue général la colique résultait de la contraction des muscles lisses d'un organe creux cylindrique. Ce fait est évident pour les coliques de l'utérus pendant le fonctionnement normal et physiologique des muscles lisses de cet organe. Traube a parfaitement démontré qu'un obstacle quelconque amenait au-dessus de lui des contractions péristaltiques très énergiques et douloureuses ne cessant qu'après sa disparition, et que, par suite, les coliques étaient dues à des tensions et à des contractions musculaires. Cette théorie, admise généralement aujourd'hui, trouve son application immédiate pour la colique intestinale, effet indirect de l'obstruction intestinale, et direct de la tension gazeuse au-dessus de l'obstacle (G. Sée).

C'est ainsi que la colique se produit dans tous les cas d'occlusion que nous avons étudiés, aussi bien que dans ceux où il n'existe qu'une contraction spasmodique ou une paralysie d'une portion du tube intestinal.

Certaines maladies, l'hystérie, l'hypochondrie, les émotions

morales vives, s'accompagnent de coliques dans lesquelles l'irritation productrice semble partir directement des centres nerveux (Morache et Zuber), et notamment dans ces formes auxquelles les anciens donnaient le nom de *sympathiques* (Monneret) : la colique est un réflexe médullaire dont le grand sympathique est la voie centripète (Bamberger).

On est autorisé sans doute à rapprocher de ces coliques dites sympathiques, ces contractions intestinales réflexes dont le point de départ est dans l'irritation d'un viscère contenu dans la cavité abdominale, le rein par exemple. Nous avons observé plusieurs fois en effet des coliques persistantes liées à l'évolution de la néphrite albumineuse dont elles marquaient même souvent le début.

ETIOLOGIE. — D'une façon générale, la colique est beaucoup moins fréquente dans la vieillesse qu'à tous les autres âges de la vie ; elle est plus commune chez la femme que chez l'homme et se montre de préférence chez les individus nerveux.

Nous énumérerons rapidement les maladies dans lesquelles la colique joue le rôle de symptôme.

Un certain nombre de maladies de l'estomac s'accompagnent de coliques, ce sont : les gastrites, les indigestions, les empoisonnements par les acides, la belladone, l'opium, les champignons, etc.

Lorsque l'inflammation intestinale porte sur l'intestin grêle comme dans les entérites simple, aiguë, chronique, tuberculeuse, les coliques sont peu accusées lorsqu'elles existent et se montrent seulement au moment des évacuations ; lorsque c'est au contraire le gros intestin qui est enflammé (colite, dysenterie, purgatifs drastiques), elles sont très intenses. L'hémorragie intestinale, les hémorrhoides, les entozoaires, la pneumatose intestinale, sont fréquemment accompagnés de coliques parfois très vives. Mais c'est surtout lorsqu'il existe un obstacle au cours des matières (occlusion intestinale) que le symptôme colique devient prédominant et revêt une acuité excessive (*colique de misère*).

La perforation de l'intestin, la péritonite sont ordinairement marquées au début par des coliques excessivement intenses, qui font bientôt place à une douleur abdominale persistante.

Le rhumatisme et la goutte s'accompagnent assez souvent de coliques que l'on a considérées tantôt comme un signe de la dyspepsie concomitante, tantôt, et c'est peut-être l'explication la plus probable, comme une manifestation viscérale de la diathèse rhumatisale ou goutteuse.

L'empoisonnement par le plomb, l'arsenic, le cuivre, donne lieu à des coliques d'une intensité remarquable et qui étaient un des types *sympathiques* des anciens auteurs.

La colique nerveuse, colique spasmodique de Cullen, a été décrite sous une foule de noms différents: colique sèche, des vaisseaux, végétale, du Poitou, du Devonshire, de Normandie, etc. C'est une affection revêtant fréquemment une forme endémique ou épidémique, présentant absolument tous les symptômes de l'intoxication saturnine à laquelle elle se rattache sans aucun doute (Lefèvre, Dutroulau, Fonssagrives, Le Roy de Méricourt, Leudet, etc.), bien que dans certains cas cette explication offre encore plus d'une difficulté (A. Laveran).

TRAITEMENT. — Nous n'insisterons pas ici sur le traitement de la colique, qui doit être avant tout celui de la maladie dont elle est le symptôme. Cependant, pour atténuer la douleur, on aura recours à un certain nombre de moyens plus ou moins efficaces, et en particulier aux applications chaudes, à la glace sur l'abdomen, aux antispasmodiques, au chloral, à l'opium, à la belladone, etc.

DURAND-FARDEL. Art. *Coliques*, in Dict. des Dict., 1851. — BADOUR. Étude sur la colique, th. de Paris, 1859. — LEFÈVRE. Recherches sur les causes de la colique sèche, etc., 1859; Arch. de méd. nav., 1861. — MONNERET. Traité de pathologie générale, 1861. — TRAUBE. Deutsche Klin. et Schmidt's Jahrb., 1863. — BAMBERGER. Krankheiten der chylopoetischen Systems, 1864. — G. SÉE. Leç. de pathologie expérimentale: Du sang et des anémies, 1866. — MARTINEAU. Art. *Colique*, in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1868. — DUTROULEAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 2^e édit., 1872. — A. LAVERAN. Traité des maladies et épidémies des armées. — LE ROY DE MÉRICOURT. Discussion sur la colique des pays chauds (Bull. de l'Ac. de méd., 1876). — MORACHE et ZUBER. Art. *Colique*, in Dict. encycl. des sc. méd., 1876.

MALADIES DU FOIE

HISTORIQUE — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Hippocrate fait déjà mention des troubles fonctionnels de cet organe. Galien, qui attribuait au foie une importance physiologique capitale, devait nécessairement le considérer comme la source première d'une foule de maladies. Centre de l'activité végétative, point d'origine des veines, le foie recevait les produits de la digestion et les transformait en liquide sanguin: à ce rôle sanguificateur, il joignait celui d'agent producteur de la cha-

leur. Enfin la bile, la bile jaune et la bile noire, était le résidu de ces opérations. Aussi Galien faisait-il dépendre du foie les troubles de composition du sang et les maladies qui en résultent: pléthore, anémie, cachexie, hydropisie; à la bile jaune se rattachaient les maladies aiguës fébriles; à la bile noire, les maladies chroniques, les troubles intellectuels, etc.

Ces idées de Galien, acceptées par ses successeurs, et transmises intégralement par les médecins arabistes, régnèrent sans conteste jusqu'au dix-septième siècle. L'opposition de Vésale (1542) et d'Argentario (1553) aux vues physiologiques du médecin de Pergame ne les avait pas fortement ébranlées. Il n'en fut pas de même de la découverte des vaisseaux chylifères (Aselli, 1622) et du canal thoracique (Pecquet, 1647); Glisson (1659) et surtout Bartholin, malgré l'appui des découvertes de Harvey (1619-1628), malgré les efforts de Riolan et de Bils, dénièrent au foie son rôle hématopoiétique et calorificateur, ne lui laissant qu'une infime fonction, la sécrétion de la bile.

Dès lors la pathologie du foie, comme, du reste, la médecine en général, dominée par les théories des iatrochimistes et des iatrophysiciens, resta stationnaire, et cette époque stérile fut à peine marquée par les efforts de Fernel, de Baillou et de Sydenham pour faire revivre la tradition hippocratique. Les nouvelles théories émises par Boerhaave et par Stahl sur la circulation du foie ne firent que rendre la question plus obscure encore.

Cependant de nombreuses observations anatomo-pathologiques étaient recueillies par Glisson, Bartholin, Baillou; Th. Bonnet donnait, après Vésale, une excellente description de la cirrhose, et Bianchi colligeait toutes les recherches de ses devanciers. L'impulsion donnée se continua avec les recherches de Lieutaud, de Morgagni, de Senac, de Haller, etc., avec les travaux d'ensemble publiés en Angleterre par Andrée (1788) et par Saunders (1795).

Portal, puis Laennec, Andral, Cruveilhier en France, Rokitsansky en Allemagne, ont tracé à la pathologie du foie la voie scientifique et fructueuse dans laquelle elle marche encore. La physiologie s'enrichissait en même temps des recherches de Magendie, de Tiedemann et Gmelin, de Blondlot, de Cl. Bernard, de Reichert, de Lehmann, etc., etc., qui restituaient au foie les fonctions si importantes de calorification et de sanguification qui lui avaient été assignées par Galien.

Les travaux si remarquables d'Anesley, de Cambay, de Haspel, de Dutroulau, de Rouis, nous ont fait connaître l'histoire de l'hépatite et des abcès du foie dans les pays chauds, tandis que les