

pendant la seconde enfance : on les rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, chez le nègre que chez le blanc. On les observe surtout chez les individus lymphatiques ou scrofuleux, chez ceux qui sont soumis à une mauvaise alimentation. Moins communs à Paris depuis l'emploi de l'eau filtrée, ils sont de tous les pays, de toutes les latitudes. Enfin on a observé de véritables *épidémies* de lombrics.

La présence des ascarides passe souvent inaperçue; d'autres fois elle donne lieu à des symptômes spéciaux dont aucun n'est constant et dont l'ensemble seul peut présenter quelque valeur. Ce sont des coliques, des douleurs pongitives et du ballonnement du ventre, du ptyalisme, des vomissements, des selles diarrhéiques et sanguinolentes, des urines sédimenteuses; en même temps le poulx est petit et irrégulier, la face est bouffie, les paupières bleuâtres, les pupilles dilatées et inégales; les narines sont le siège de picotements et de démangeaisons. Le signe unique qui permet d'affirmer leur existence est la *présence des vers ou des œufs* dans les évacuations alvines : on reconnaît les œufs au microscope à leur forme allongée, ovoïde, à leur apparence mûriforme.

Les accidents nerveux réflexes que l'on peut encore observer sont l'insomnie, les convulsions, la chorée, les troubles intellectuels, le délire, l'amaurose, les paralysies, etc.

Nous avons signalé la possibilité de l'occlusion intestinale par des masses d'ascarides enroulés (Requin). Les accidents les plus graves qu'ils provoquent sont ceux qui dépendent de leurs migrations après la rupture des tuniques intestinales. D'après Davaine, cette rupture ne pourrait avoir lieu qu'autant que la muqueuse est primitivement ulcérée; les ascarides peuvent cependant perforer la muqueuse saine (Leuckart, Mondière). Les ascarides font alors irruption dans le péritoine ou, s'il y a des adhérences, donnent naissance à un abcès vermineux qui s'ouvrira dans le poumon, la plèvre, ou plutôt à l'extérieur, dans les points d'élection des hernies (Davaine). Les ascarides peuvent également pénétrer dans l'estomac, l'œsophage, les fosses nasales, la trompe d'Eustache, les voies aériennes, où ils provoquent la suffocation; on les a rencontrés dans les voies biliaires, le tissu du foie, les canaux pancréatiques. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les ascarides, vivant souvent plus longtemps que leur hôte, peuvent pénétrer *post mortem* dans les points où on les trouve.

Comment les ascarides arrivent-ils dans l'intestin? Ils sont intro-

duits à l'état jeune (Von Siebold), ou plutôt à l'état d'œufs renfermés dans les eaux potables non filtrées (Davaine) : le fait qu'on ne les rencontre jamais à l'état jeune dans l'intestin est un argument sérieux en faveur de l'opinion qui les regarde comme la forme adulte de différentes espèces trouvées sur des poissons ou des animaux aquatiques.

Tous les anthelminthiques peuvent expulser les lombrics : on emploiera de préférence la mousse de Corse, le semen-contra et la santoline, le camphre, l'essence de térébenthine, l'hydrofluosilicate de potasse (Luton), etc.

Oxyures vermiculaires. — L'oxyure est un ver ascaride de très-petite taille : le mâle n'atteint que 2 ou 3 millimètres et a son extrémité inférieure contournée en spirale; la femelle est plus grande (de 8 à 10 millimètres) et rectiligne. La tête présente trois mamelons et une expansion aliforme de chaque côté.

Ces vers sont très-communs chez les enfants : leur siège habituel est le rectum et l'anus, d'où ils peuvent se répandre sur les cuisses, gagner la vulve et pénétrer dans les organes génitaux. Le prurit qu'ils déterminent et qui augmente par la chaleur du lit, est souvent la cause première d'habitudes d'onanisme chez les enfants, de pertes séminales chez l'homme (Lallemand). Comme traitement, outre les vermifuges ordinaires, on emploiera les lavements d'eau froide, salée, vinaigrée, sulfureuse, savonneuse, au nitrate d'argent, etc.

Trichocéphale. — Le *Trichocephalus dispar* est caractérisé par la forme en long flabellum de ses deux tiers antérieurs, la portion postérieure étant au contraire renflée. Les œufs sont elliptiques avec des masses sphériques à leurs deux extrémités. Il vit dans le cæcum, où il est parfois très-abondant; sa présence passe ordinairement inaperçue.

Ancylostome duodénal. — C'est un ver cylindrique de 5 millimètres chez le mâle et de 13 chez la femelle. Il se fixe dans le duodénum et le jéjunum, produit des hémorrhagies répétées et, d'après Griesinger, est la cause directe de la chlorose d'Égypte.

Anquillula stercoralis. — M. le D^r Normand a découvert dans les selles des malades atteints de diarrhée de Cochinchine de petits vers nématoides auxquels il a donné le nom d'*Anquillula stercoralis*. D'après cet observateur, ces vers qui, en effet, existent souvent en très-grande quantité chez les malades atteints de diarrhée ou de dysenterie contractée en Cochinchine, joueraient un grand

rôle dans l'étiologie de ces maladies. Cette question est encore à l'étude. Les recherches du D^r Breton tendent à prouver que le parasite découvert par Normand n'est pas constant dans la diarrhée de Cochinchine, et que, par suite il ne faut lui attribuer qu'une importance secondaire. A côté de l'anguillule stercorale, il existe souvent une autre variété de plus grande taille : l'*anguillule intestinale*.

CESTOÏDES. — *Tænia* (1). — Les tænia que l'on rencontre habituellement chez l'homme sont le *Tænia solium* et le *T. mediocanellata* ou *inermis*; les autres espèces, beaucoup plus rares, sont le *T. nana*, le *T. elliptica*, le *T. madagascarensis* (Davaine et Grenet), le *T. nigra* (Laboulbène).

Le *Tænia solium* est caractérisé par la présence de quatre ventouses arrondies et pigmentées et d'une double couronne de crochets, à la base du proboscide, sur le sommet du scolex. Les cucurbitains sont peu vivaces et présentent une assez grande régularité dans l'alternance des pores génitaux. Le *T. mediocanellata* se distingue du précédent par l'absence de crochets (*T. inermis*), la largeur plus grande des cucurbitains et l'irrégularité dans l'alternance des pores génitaux.

On sait que l'embryon *exacanthé*, tel qu'il sort des proglottis et de l'œuf, se fixe sur certains animaux à l'état de cysticerque, et que c'est ce cysticerque qui, après son introduction dans le tube digestif, donnera un nouveau tænia parfait et sexué. Le tænia solium est produit par le cysticerque du porc (*C. cellulosa*): il devient de plus en plus rare, la ladrerie chez le porc étant recherchée avec soin. Le tænia inermis a pour ver cystique le *C. tenuicollis*, qui vit chez le bœuf et le veau (Leuckart); il est devenu beaucoup plus commun depuis que l'usage de la viande crue s'est généralisé.

Tout récemment, Mégnin a publié quelques recherches qui sembleraient infirmer les idées généralement reçues. D'après lui, l'embryon exacanthé du tænia pourrait se fixer dans une glandule de l'intestin, y passer à l'état de cysticerque, puis rentrer dans l'intestin, où il deviendrait tænia ordinaire muni d'organes génitaux. Dans ce cas on aurait le tænia inermis; si, au contraire, le cysticerque s'était développé chez un autre animal, on aurait le tænia armé. Celui-ci, se rapprochant davantage du ver cystique par sa

(1) Consultez les traités d'histoire naturelle médicale : Moquin-Tandoa, Cauvet, 2^e édition, 1877, t. I, p. 358.

double couronne de crochets, serait morphologiquement inférieur au tænia inermis. Ces assertions, qui ont d'ailleurs besoin de vérification, pourraient peut-être rendre compte des cas de ladrerie (Broca, Henrot, Vallin, Féréol), observés chez des personnes atteintes de tænia.

Bothriocéphale. — Le bothriocéphale (*Bothriocephalus latus*) est caractérisé par la présence de deux fossettes (βόθριον, fossette) sur les parties latérales de la tête qui est allongée, privée de ventouses et de crochets, par leurs anneaux qui sont larges et portent le pore génital à leur partie moyenne. Les fragments des bothriocéphales sont toujours plus longs que ceux des tænia et perdent leur vitalité dès qu'ils sont détachés du scolex.

L'origine du bothriocéphale est encore peu connue. On le trouve surtout dans la Suisse occidentale (Lebert), le littoral de la Baltique, la Suède, la Russie, la Pologne. Sa larve ciliée a été vue nageant librement dans l'eau par Knoch, qui croit que l'homme est infesté lorsqu'il boit les eaux des rivières qui contiennent de ces embryons. Beaucoup d'auteurs sont plus disposés à incriminer certains poissons (Jaccoud), et Bertholus croit même avoir trouvé dans la *Ligula nodosa* du saumon le ver vésiculaire du bothriocéphale.

La symptomatologie des tæniadés est la même que celle des ascariades : là encore l'expulsion d'un fragment du cestoïde est un signe pathognomonique.

Pour amener l'expulsion du tænia on administrera d'abord le tæniifuge, puis, deux ou trois heures après, un purgatif (huile de ricin, calomel). Beaucoup de préparations jadis très-employées sont aujourd'hui tombées en désuétude; celles dont l'emploi a le plus de chances de succès sont : les fleurs de Kouso (*Brayera anthelmintica*), le tæniifuge par excellence, à la dose de 20 grammes, infusées dans 250 grammes d'eau; la macération d'écorce de racine de grenadier à la dose de 60 grammes; l'émulsion de graines de citrouille (de 30 à 60 grammes); la poudre et l'huile éthérée de fougère mâle, qui n'agit guère que contre le bothriocéphale. On emploie aussi la térébenthine, l'écorce de musenna, le kamala, le saoria, etc.

TRICHINOSE. — La trichine (*Trichina spiralis*) est un nématode parasite des muscles, qui n'atteint son état parfait que dans le tube digestif. La trichine siège dans le tissu musculaire strié, tout près des tendons : dans cet état, elle est enroulée sur elle-même, enkystée dans une capsule ovoïde, et n'a pas d'organes génitaux. C'est dans la viande de porc, chez les rats et les 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 graisseuse.

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. — ZENKER. Virchow's Archiv, 1860. — LEUCKART. Die menschliche Parasiten, etc., Leipzig, 1862. — BERTHOLUS. Revue et magasin de zoologie, 1863. — KNOCH. Berl. klin. Wochens., 1864. — Compt. rend. de l'Acad. des sc., 1869. — 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. encyc. 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). — DU MÊME. Du rôle étiologique de Panguillule dans la diarrhée de Cochinchine (Arch. de méd. navale, 1878). — A. LAVERAN. Notes sur le nématode de la dysenterie chronique de Cochinchine (Gaz. hebdom., 1877). — E. GOUBERT. Des maladies vermineuses chez les enfants, 1878. — MÉGNIN. Revue d'hygiène et de police sanitaire, mars-avril, 1879. — Le développement et les métamorphoses des téniases chez les mammifères (Journ. de l'anat. et de la phys., mai-juin, 1879). — BRETON. Arch. de médecine navale, 1879. — FÉREOL. Un cas de ladrerie chez l'homme, (Soc. méd. des hôp., mai 1879). — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879.

GASTRORRHAGIE. — ENTÉRRHAGIE.

La *gastrorrhagie* s'accompagne de vomissement de sang ou *hématémèse*; *entérrhagie* 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'*hématémèse*.

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 pour cause la suppression d'un flux habituel, comme, par exemple, les règles ou les écoulements hémorrhoidaires: 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'entérrhagie est un symptôme commun des polypes et des tumeurs érectiles de l'intestin (Laboulbène). Des anévrysmes se sont ouverts dans le tube digestif en donnant lieu à des hémorrhagies foudroyantes. Les vers intestinaux donnent assez rarement lieu à l'hémorrhagie; cependant nous avons vu que la chlorose des pays chauds est peut-être due aux hémorrhagies répétées que cause l'ancylostome duodénal.

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 des hémorrhagies intestinales dans les 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'entérrhagie, 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'anus (colite, dysenterie, etc.), le sang peut être rouge ou seulement coagulé en partie.

DESCRIPTION. — La gastrorrhagie se produit quelquefois brus-

quement (ulcère simple de l'estomac, rupture d'un anévrysme) : 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 mélaena 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'anus.

Quelquefois cependant les hémorragies 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. 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 se traduit seulement par du mélaena. 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 hémorrhôïdes internes, un polype, etc.

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

PRONOSTIC. — Le pronostic est favorable dans les hémorragies supplémentaires et dans quelques cas de traumatisme. Mais en général l'hémorragie gastro-intestinale ajoute beaucoup à la gravité de la maladie dont elle est un symptôme. Nous nous sommes expliqué déjà sur la valeur pronostique des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. Il faut tenir compte surtout de la spoliation qu'elle détermine et de l'état de faiblesse qu'elle laisse après elle.

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 en même temps à l'eau acidulée, aux astringents : ratanhia, cachou, perchlorure de fer, ergotine, etc.

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

BOUCHARD. Pathogénie des hémorragies, th. de concours, 1869. — LABOULBÈNE. Tumeur érectile de l'intestin (Bull. de l'Ac. de méd., 1872, et Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879, p. 498. — KLING. Ueber Melæna Neonatorum, 1875. — AUDIBERT. Des varices œsophagiques dans la cirrhose, th. de Paris, 1874. — DUSSAUSAY. Même sujet, th. de Paris, 1877.

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 gé-

nérale, 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, 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-rare.

Quant au siège de la douleur, c'est généralement au pourtour de l'ombilic qu'elle est le 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).

ÉTILOGIE. — 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'hémorrhagie intestinale, les hémorrhoides, les entozoaires, la pneumatose intestinale, sont fréquemment accompagnées 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 miséréré*).

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 rhumatismale 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., 1864. — MONNERET. Traité de pathologie générale, 1861. — TRAUBE. Deutsche Klin. et Schmidt's Jahrb., 1863. — BAMBERGER. Krankheiten der chylopoetischen Systems, 1864. — G. SÉR. Lec. de pathologie expérimentale : Du sang et des anémies, 1866. — MARTINEAU. Art. Colique in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1868. — DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les

pays chauds, 2^e édit., 1873. — 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. Encyc. des sc. méd., 1876.

MALADIES DU FOIE

HISTORIQUE. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

Dès la plus haute antiquité les affections du foie attirèrent l'attention des médecins. 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 chaleur. 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 avaient 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 hémato-poïétique 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. Bonet don-