

importance particulière. Comme il a été dit, on est souvent réduit à enlever une partie au moins des excréments à l'aide des doigts ou d'un instrument (pince à polype, cuiller). En second lieu, on aura recours à des douches ascendantes d'eau pure ou d'eau savonnée, à renouveler quatre à cinq fois par jour jusqu'à effet. Elles s'appliquent le mieux au moyen d'un entonnoir et d'une sonde œsophagienne (tube intestinal) introduit aussi haut que possible dans l'intestin. Comme moyen adjuvant, on emploiera les purgatifs à l'intérieur, surtout l'huile de ricin et la rhubarbe.

Dans les *rétrécissements du rectum* par cicatrices et néoplasmes, le traitement chirurgical local est également parfois applicable (dilatation, curettage, etc.). Dans ces conditions le traitement de l'accumulation stercorale joue aussi un rôle important. Enfin les cas d'*invagination iléo-cæcale*, dans lesquels l'extrémité de l'iléon invaginé parvient jusqu'au rectum, peuvent encore être soumis à un traitement local. A l'aide d'un « cathéter à éponge » (sonde œsophagienne élastique munie d'une éponge à l'une de ses extrémités) on cherchera à réduire successivement l'intestin. D'autre part, les *insufflations d'air* (soufflerie) ont été recommandées dans ce but par les anciens médecins. En général on emploie dans ce cas des injections abondantes d'eau chaude, qui paraissent quelquefois exercer une action mécanique favorable.

Très souvent il n'y a pas moyen au lit du malade de préciser la cause anatomique et le siège de l'occlusion intestinale. Dans ces cas graves, il ne reste au médecin qu'à faire la *médecine des symptômes*. D'ordinaire on commence, en présence d'une constipation, par faire un essai avec les purgatifs, les plus faibles d'abord, puis de plus forts, et à la fin comme « dernier remède » avec du *mercure coulant* (mercure dépuré, à doses répétées, jusqu'à ce qu'on ait atteint 150 à 300 grm.) qui par sa pesanteur, à ce qu'on prétend, peut même dans des « cas désespérés » exercer un effet mécanique. Néanmoins dans ces derniers temps on incline à croire, abstraction faite de quelques partisans quand même du vif argent, que les purgatifs n'ont le plus souvent aucune utilité et qu'au contraire, en renforçant l'obstacle, ils ont une influence directement nuisible. C'est ce qui fait que de nos jours on s'est adressé de préférence aux *fortes doses d'opium* pour traiter les invaginations graves. L'opium agit surtout en calmant les douleurs, il apaise les vomissements et, en condamnant l'intestin au repos, il empêche le rétrécissement de s'accroître et prévient la déchirure intestinale. En effet le traitement opiacé possède quelques bons résultats à son actif. On a même vu pendant l'administration de l'opium se produire la première garde-robe.

Comme l'emploi interne des purgatifs soulève tant d'objections, il faut recourir aux *lavements à grande eau*, même dans les cas où l'on ne sait pas positivement si le siège du rétrécissement est dans le gros intestin. Ils

doivent être administrés prudemment, avec persévérance et fréquemment répétés ; ils parviennent même dans des cas graves à conduire quelquefois à la guérison. — En outre, dans des cas nombreux de vomissements fécaloïdes, les *lavages méthodiques de l'estomac* (KUSSMAUL, CAHN, etc.) exercent une influence très avantageuse. La sonde débarrasse l'estomac d'une masse de liquide excrémentiel et on comprend en effet que le dégorgeement du ventriculé puisse favoriser le rétablissement du péristaltisme intestinal. Ces lavages ont même une action palliative très appréciable quand la nature du rétrécissement ne permet pas d'espérer une guérison finale.

Il est inutile d'entrer dans des détails concernant le *traitement général*. Il va sans dire que l'on doit, autant que possible, soutenir les forces du malade, et que dans les collapsus graves il faut recourir à tous les excitants possibles (fort café noir, camphre, éther). *Les applications locales sur l'abdomen* ne sont pas bien supportées à cause de la sensibilité du ventre. On peut essayer la glace ou les draps mouillés de PRIESSNITZ. Contre les *vomissements* et les *douleurs*, l'opium est le meilleur remède, assisté au besoin par des *injections sous-cutanées de morphine*. Dans le *météorisme* poussé à un haut degré on peut ponctionner les anses intestinales proéminentes avec la seringue de PRAVAZ et évacuer en partie les gaz, procédé qui est parfois d'un excellent effet.

Remarquons pour finir qu'on est autorisé, dans les cas graves, à proposer la *laparotomie*. Parfois en ouvrant le ventre on peut découvrir et lever l'obstacle. Pour les détails, voir les traités de chirurgie.

## CHAPITRE DOUZIÈME.

### PARASITES INTESTINAUX.

(Helminthiase.)

#### 1. Vers rubanés.

**Histoire naturelle des vers rubanés.** Parmi les vers rubanés (cestoïdes) qui se présentent dans l'intestin, il y en a trois qui ont une valeur clinique, le *ténia solium*, le *ténia médiocanellata* et le *bothriocéphale large*.

1. Le *ténia solium* à l'état de complet développement a une longueur de deux à trois mètres. La tête (fig. 37 et 38) a à peu près la grosseur d'une tête d'épingle, porte quatre *ventouses* fortement saillantes et sur le devant une *couronne* de vingt-quatre crochets environ. Le sommet de la tête (proboscide) est en général fortement pigmenté. A la tête fait suite un fin col

d'un pouce environ de longueur, et puis viennent successivement les « anneaux » (*proglottis*) dont les plus jeunes, situés du côté de la tête, sont encore très étroits et très courts. Peu à peu ils croissent en largeur et en longueur, de manière qu'à un mètre environ de la tête, ils ont une forme presque quadrangulaire. Les anneaux plus âgés, plus éloignés

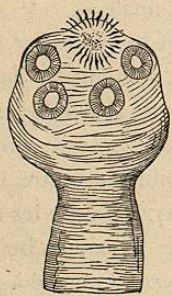


Fig. 37. (D'après HELLER). Tête de ténia solium.

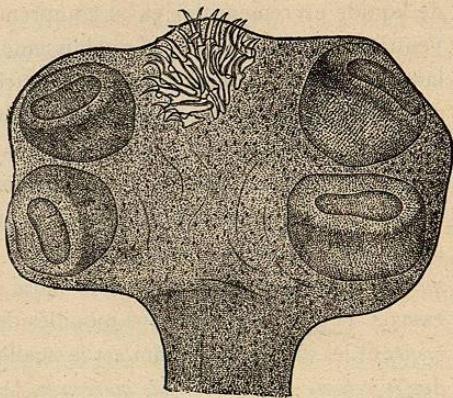


Fig. 38. (D'après HELLER). Tête de cysticerque cérébral.

du scolex et qui sont déjà sexués, ont la forme de graines de courge et une longueur de 9 à 10 mm. sur 6 à 7 mm. de large. Le centre des proglottis arrivés à maturité (fig. 39) est parcouru par le *tube ovigère* (uterus) d'où partent de côté et d'autre sept à dix branches latérales dendritiques. Latéra-

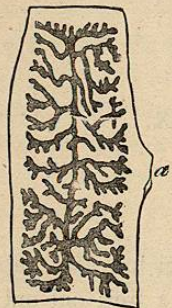


Fig. 39. (D'après HELLER). Ténia solium. Anneau mûr.

lement et un peu au-dessous du milieu, se trouve l'orifice génital (fig. 39 a). Les organes sexuels mâles consistent en une série de petites vésicules claires occupant la partie céphalique des anneaux. Dans l'utérus se développent les œufs à écaille épaisse (fig. 40, 3) qui renferment un embryon à six crochets.

Le ténia solium habite l'intestin grêle de l'homme. La tête tient si solidement à la muqueuse (d'ordinaire dans le tiers supérieur de l'intestin grêle) que le cou se rompt souvent quand on cherche à détacher le ver de la paroi intestinale. Le restant

du ver, en partie contourné en nombreux replis, plonge jusqu'à l'extrémité inférieure de l'iléon, exceptionnellement jusqu'au cœcum. De l'extrémité caudale se détachent de longs chaînons et des fragments d'anneaux mûrs qui se mêlent au contenu intestinal et sont évacués avec les selles, de même que quelques œufs déjà sortis du tube ovigère.

Le développement ultérieur des œufs du ténia solium s'opère dans un autre « hôte » et presque toujours dans le porc. Les porcs s'infectent en avalant des excréments, des déchets, etc. auxquels se sont attachés des œufs de ténia. Dans l'estomac du porc les épaisses écailles des œufs se dissolvent, les embryons devenus libres perforent la paroi gastrique et intestinale, circulent avec le courant sanguin ou s'engagent, en traversant les tissus, dans les divers organes du corps, surtout dans les muscles. Ici les embryons se développent et deviennent dans l'espace de deux à trois mois des vésicules d'une dimension un peu supérieure à celle d'un pois, à la paroi interne desquelles on voit surgir une nouvelle tête de ver solitaire, appelée *scolex* (nourrice). Ces vésicules sont désignées sous le nom de *vers vésiculaires*, *cysticerques ladriques*, *cysticerques celluloux*. Elles vivent de trois à six

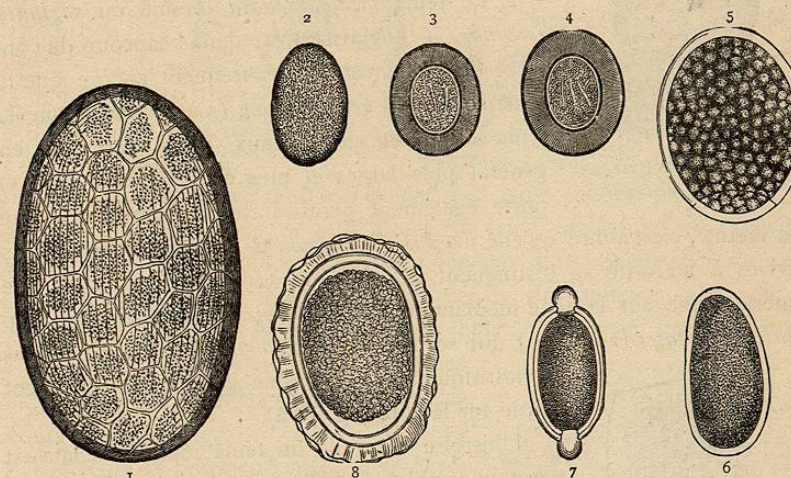


Fig. 40. Tableau comparatif des œufs de quelques-uns des principaux parasites intestinaux. Œufs du 1. Distome hépatique. 2. Distome lancéolé. 3. Ténia solium. 4. Ténia médiocan. 5. Bothriocéphale large. 6. Oxyure vermiculaire. 7. Trichocéphale dispar. 8. Ascaride lombricoïde.

ans. Puis elles meurent et s'incrument de sels calcaires. Si par l'usage de la chair de porc crue ou non suffisamment bouillie un cysticerque parvient dans l'estomac de l'homme, le scolex produit un nouveau ténia complet d'où naissent après trois à quatre mois déjà d'autres proglottis sexués.

Le plus souvent il n'y a qu'un *seul* ver rubané à la fois chez l'homme, cependant on en a déjà trouvé plusieurs exemplaires (jusqu'à 17 !) dans le même intestin. La durée de l'existence du ver solitaire n'est pas connue. Certaines personnes ont hébergé leur ver pendant dix à quinze ans.

Si, comme nous venons de le dire, le ténia solium à l'état de développement ne se rencontre que chez l'homme, le cysticerque celluloux a été ren-

contré quelquefois, abstraction faite du porc, chez les chiens, les rats, les singes, etc. Il importe de noter que le *cysticerque celluleux*, comme tel, se présente aussi chez l'homme. Si des œufs de ténia ou des proglottis mûrs pénètrent dans l'estomac d'une manière ou de l'autre (probablement par autoinfection, par les doigts, etc.) il se fait également une immigration des embryons

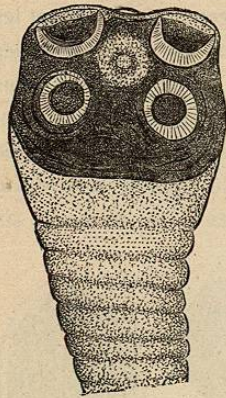


Fig. 41. (D'après HELLER).  
Tête de ténia médiocanellata.

dans les divers organes. C'est surtout dans la peau, le cerveau, les yeux, les muscles, que chez l'homme on a fréquemment observé des cysticerques isolés ou en colonies. Dans le cerveau, on a constaté une forme particulière de cysticerque, constituée par une collection de vésicules groupées en grappe, mais stériles : c'est le *cysticerque racémeux*.

2. Le ténia *médiocanellata* inermes ou *saginata* (*saginare* — engraisser) est dans beaucoup de contrées de l'Allemagne plus fréquent encore que le ténia solium. Il est plus long (3 à 4 mètres) que le ténia solium, et ses anneaux, pris à part, sont en général plus larges et plus épais. La tête (fig. 41) porte également quatre fortes ventouses, mais elle qu'elle n'a pas de couronne de crochets. Les proglottis arrivés à maturité se distinguent de ceux du ténia solium, en ce que l'utérus situé sur la ligne médiane émet des branches latérales beaucoup plus nombreuses (20 à 30) qui se divisent dichotomiquement (et non pas dendritiquement). L'orifice génital est également situé sur le côté (fig. 42 a).

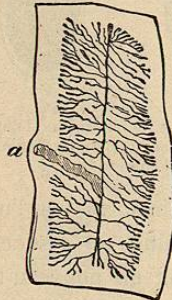


Fig. 42. (D'après HELLER).  
Ténia médiocanellata.  
Anneau mûr.

L'histoire naturelle du ténia *médiocanellata* est en tout semblable à celle du ténia solium. Beaucoup plus fréquemment encore que pour ce dernier, on voit se détacher du ténia *médiocanellata* des proglottis isolés à l'état de maturité, qu'on retrouve dans les fèces et qui sont encore animés d'un mouvement de reptation. Le cysticerque du ténia *médiocanellata* n'habite pas le porc, mais le bœuf, de façon que l'infection de l'homme par ce ver cestoiïde a lieu à la suite de l'usage du bœuf cru. Le cysticerque du ténia *médiocanellata* qui est un peu moindre que le cysticerque celluleux, n'a pas encore été observé chez l'homme.

3. Le *bothriocéphale large* (tête à fossettes) se rencontre en Hollande, en Suisse (Genève), puis dans la Poméranie, la Prusse orientale, à Hambourg et en Russie (provinces allemandes de la mer Baltique). Dans l'Allemagne

centrale on ne l'a pas encore observé. C'est le plus grand des vers cestoiïdes, il peut atteindre six à huit mètres de longueur et avoir au delà de quatre mille anneaux. La tête du *bothriocéphale* (fig. 43) consiste en un petit renflement sous forme de massue, muni de deux ventouses latérales allongées en fente. A la tête fait suite un col long, filiforme, composé des plus jeunes proglottis. Les proglottis parvenus à leur plein développement (fig. 44) sont courts, mais se distinguent par leur grande largeur. Les plus grands anneaux ont une longueur de 3 à 4 mm. et une largeur de 10 à 12 mm. Les derniers seulement deviennent plus longs et diminuent de largeur, de façon à prendre une forme presque quadrangulaire. L'utérus consiste en un canal central, à sinuosités multiples. L'orifice génital n'est pas situé latéralement, comme chez les ténias, mais au milieu de la surface ventrale, plus près du bord céphalique de l'anneau que du bord caudal. Les œufs (v. plus haut fig. 40,5) ont une forme ovale et portent à une de leurs extrémités un opercule en guise de capuchon. On les trouve presque dans chaque selle des personnes atteintes de *bothriocéphale*. Par contre, des anneaux isolés de ce ver ne sont pas évacués avec les selles, mais de temps en temps (surtout au printemps et pendant l'automne) les malades en quittent des chaînons de plusieurs pieds de long.

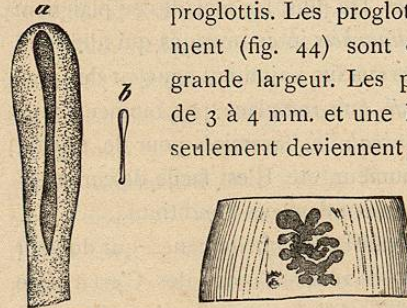


Fig. 43 et 44. (D'après HELLER.)  
Fig. 43. Tête de *bothriocéphale large*. a Grossie et vue de côté. b Grandeur naturelle.  
Fig. 44. *Bothriocéphale large*, anneau mûr.

Les œufs du *bothriocéphale* ne se développent que dans l'eau douce. Les embryons qui s'y forment après plusieurs mois et qui sont pourvus de 6 crochets et de cils vibratiles (fig. 45) sont avalés par des poissons (surtout le brochet et la barbe d'après BRAUN et le saumon d'après KUCHENMEISTER) et parsèment leurs muscles et leurs viscères de bourgeons de ladrerie. C'est par l'intermédiaire de cette sorte de poissons ladriques que le *bothriocéphale* vient infecter l'homme.

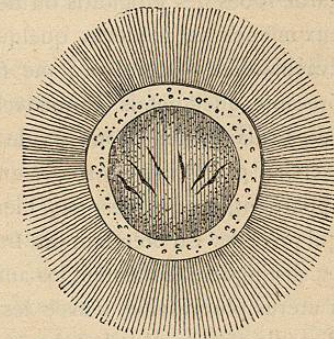


Fig. 45. Embryon de *bothriocéphale large* avec sa robe de cils vibratiles.  
(LEUCKART.)

**Symptômes morbides et diagnostic.** Très souvent des vers cestoiïdes sont logés dans l'intestin sans donner lieu à aucun symptôme. Ce n'est que la découverte accidentelle de fragments du ver dans les selles, qui trahisse la présence du parasite.

Dans d'autres circonstances, au contraire, les vers rubanés provoquent une série de troubles, souvent exagérés par les personnes craintives, hypochondriaques et nerveuses, mais qui ne doivent pas être considérés comme n'ayant aucune importance. Ces symptômes se rapportent principalement au canal intestinal. Parfois il existe des *douleurs abdominales* assez intenses, pouvant prendre le caractère de coliques. De plus, les malades se plaignent d'irrégularité dans les garde-robes, de *diarrhées* intercurrentes qui alternent avec de la constipation. Aux symptômes susdits s'ajoutent souvent des phénomènes généraux multiples : l'*anorexie* que remplace par moments une *boulimie* prononcée, un *abattement général*, de l'aversion pour le travail, l'*inquiétude de l'esprit*, l'altération de l'humeur, etc. Il est facile de comprendre que la nutrition souffre considérablement dans ces conditions.

En outre, il y a lieu de signaler une quantité de phénomènes qui doivent probablement être imputés à des influences réflexes anormales. C'est à cette catégorie de faits qu'appartiennent *la sialorrhée, le prurit nasal, la dilatation pupillaire, les battements de cœurs, les vomissements, la céphalalgie* (migraine), etc. On a même voulu rattacher à la présence de vers rubanés dans l'intestin, de graves *attaques convulsives*, des *états choréiques*, etc. Cependant, il est difficile de discerner jusqu'à quel point une corrélation semblable peut être admise comme légitime.

Bien que plusieurs des symptômes susdits fassent soupçonner l'existence d'un ver solitaire, le *diagnostic* ne se base que sur la découverte dans les garde-robes des proglottis ou des œufs. Très souvent les malades apportent eux-mêmes au médecin quelques anneaux qu'ils ont trouvés dans leurs évacuations. Cependant il ne faut jamais se prononcer à la légère, car on présente quelquefois au médecin comme étant de prétendus fragments de ver, des lambeaux de mucus, des débris d'aliments, etc. Si c'est possible, on tâchera, par l'inspection des anneaux, de déterminer à quelle classe le ver appartient, ce qui n'est pas bien difficile après la description anatomique qui précède. En étendant des fragments du ver entre deux lames porte-objet, on distinguera facilement les anneaux épais et gras du ténia médiocanellata à uterus pluriramifié d'avec les proglottis plus ténus et plus transparents du ténia solium dont le tube génital donne naissance à moins de branches latérales. Si les malades affirment qu'en dehors de la défécation ils quittent quelques segments de ver solitaire qu'ils découvrent dans leur linge et leurs vêtements, etc. on peut en conclure presque toujours à l'existence d'un ténia médiocanellata.

A-t-on lieu de suspecter la présence d'un ver solitaire sans en avoir acquis la preuve par la découverte d'anneaux dans les selles, il est bon d'administrer au malade un léger purgatif (l'huile de ricin) ou une bouillie de

graines de citrouille, qui ont presque toujours pour effet, le cas échéant, de détacher quelques fragments du ténia.

**Traitement.** Les « cures ténifuges » qui sont si nombreuses que nous n'en pouvons citer que les plus importantes et les plus appropriées, ont pour but de tuer le ver ou tout au moins de l'engourdir, et puis de le chasser en entier à l'aide d'un purgatif.

On commence d'ordinaire par « la cure » dite « préparatoire ». Celle-ci a en vue de vider préalablement l'intestin et spécialement le colon, des matières stercorales qui y séjournent, à l'effet de frayer un libre passage au ver. On donne à cette fin au malade un léger laxatif ou mieux encore quelques grands lavements à l'eau froide. En outre on défend pendant deux à trois jours l'usage de légumes, de pain noir, etc., et on prescrit de préférence un régime ténu, consistant en pain blanc, un peu de viande, de lait, de café, etc. A titre préparatoire, on recommande généralement certains mets destinés à « rendre le ver malade ». Parmi ceux-ci, on cite en particulier une salade d'oignons et d'ail avec du hareng finement haché et fortement salé. On attribue la même action aux fraises, aux airelles rouges, aux myrtilles. On fait prendre par conséquent le jour de la cure et surtout le soir qui la précède, une bonne quantité de ces aliments (salade aux harengs, etc.).

Le matin même, tous les préparatifs étant faits (chaise percée), le malade reste à jeun ou ne prend qu'un peu de fort café noir et sucré. Puis il avale le ténicide proprement dit et après deux à trois heures, quand il commence à sentir du mouvement dans l'abdomen, quelques cuillers d'huile de ricin ou d'une infusion de rhubarbe.

Le nombre des *ténifuges* qu'on a préconisés est, comme nous l'avons dit, très considérable. Les plus usités de nos jours sont les suivants :

L'*écorce de racine de grenadier*, cortex radices puniceæ granati, est un remède des plus efficaces. Dans notre clinique on la prescrit d'ordinaire associée à l'*extrait éthéré de fougère mâle* d'après l'ordonnance suivante : Écorce de grenadier 120,0-150,0, faites macérer avec de l'eau commune 1000,0 pendant 24 heures, puis bouillir jusqu'à réduction à 150,0. Ajoutez l'extrait de fougère éthéré 5,0. Le breuvage se prend en entier, en trois à quatre portions se succédant aussi rapidement que possible. Pour parer au mauvais goût du remède et en activer l'énergie par son introduction en masse, on a recommandé de verser en une fois dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, toute une décoction encore plus concentrée de racine de grenadier. En général on peut s'épargner l'emploi de ce procédé. — On recommande également le *tannate de pelletiérine* préparé avec la racine de grenadier, remède qui est presque insipide et semble, à la dose de 0,5 à 1,5, être une substance très active.

Très souvent on obtient d'excellents effets avec l'*extrait de fougère* seul. Cependant on doit aller jusqu'à 8 à 10 grammes de ce remède. A raison de son mauvais goût, on peut l'administrer en capsules gélatineuses.

Un autre remède qui a été prescrit avec beaucoup de succès, ce sont les *fleurs de kouso*. Nous en faisons prendre trois à quatre poudres, chacune de 5,0 (fleurs de kouso pulvérisées) dans du vin blanc, toutes les demi-heures environ un verre de vin, dans lequel on aura remué une de ces poudres. Plus agréables à prendre et très recommandables, mais aussi plus coûteuses, sont les *tablettes de kouso* de ROSENTHAL, dont on prend dans l'espace d'une heure à peu près 20 pièces d'un gramme avec du café ou de la limonade. Pendant la durée de la cure, les malades doivent se tenir autant que possible au repos, pour éviter des vomissements. — L'expérience ne s'est pas encore suffisamment prononcée sur le mérite de la koussine (ou de la kousséine) préparée avec l'extrait alcoolique des fleurs de kouso et qu'on prétend être très active à la dose de 2 à 3 grammes.

Parmi les divers remèdes signalons encore le *kamala* (la poudre, à la dose de 5 à 10 grammes dans du vin ou de l'eau), l'*huile de térébenthine* (40 à 60 grammes, en deux portions avec du lait), remède efficace, mais pas tout à fait inoffensif à cette dose, et le *picronitrate de potasse*. Le *rhizome de fougère* se prescrit en poudres de 4,0, 3 à 4 poudres à prendre dans l'espace d'une heure.

La cure ne peut être considérée comme parachevée qu'après qu'on a trouvé dans les selles la tête du ver, indépendamment du corps. La recherche de cette tête dans les fèces se fait le mieux en délayant la selle avec de l'eau, en la laissant reposer, et puis en décantant. Le ver demeure alors au fond du vase.

Tout traitement adressé au ver solitaire est une entreprise un peu brusque, il est par conséquent à conseiller, après la terminaison de la cure, de faire observer au malade pendant un certain temps un régime prudent et de lui faire éviter tout ce qui pourrait irriter l'intestin. Chez les personnes très affaiblies ou malades pour d'autres raisons, on n'entamera jamais le traitement du ver solitaire sans motif pressant. D'autre part, chez des personnes saines d'ailleurs, il importe d'expulser tout ver solitaire quelque, même quand il ne provoque pas de symptômes graves. Il n'y a en réalité que le ténia solium qui recèle en lui-même un danger sérieux, vu la possibilité d'une invasion du cerveau par le cysticerque (v. affections cérébrales). Le moment le plus propice pour instituer la cure, c'est celui auquel de nombreux anneaux ou de grands fragments du ver s'évacuent spontanément. *Jamais* on n'ordonnera le traitement sur une simple affirmation ou

présomption du malade. On devra toujours s'assurer par soi-même de la présence d'un ver solitaire dans l'intestin.

Disons pour finir que le seul moyen véritablement *préventif* contre le ver solitaire, c'est la proscription complète de la viande de bœuf et de porc crue ou à moitié cuite. Plus l'usage de la viande crue est répandu (comme par ex. dans l'Abyssinie), plus aussi le ver solitaire est fréquent chez l'homme. Il est à noter que certaines professions (cuisiniers, bouchers) sont particulièrement exposées à l'infection par la nature des travaux auxquels elles astreignent.

## 2. Lombric.

(Ascaride lombricoïde.)

**Histoire naturelle.** Les ascarides sont des vers d'un rouge pâle, cylindriques, effilés aux deux bouts, unisexués. La femelle a une longueur de 30 à 40 cm. environ et le mâle de 25 cm. seulement. A l'extrémité céphalique du ver on remarque trois lèvres garnies de fines petites dents. L'extrémité caudale est droite chez la femelle et courbée chez le mâle. Dans les organes génitaux de la femelle (v. fig. 46) peuvent se développer d'après un calcul approximatif jusqu'à soixante millions d'œufs. On les rencontre souvent dans les fèces de gens qui logent des lombrics dans leur intestin (v. fig. 40, 8). Ils résistent avec beaucoup de ténacité à toutes les influences extérieures et après quelques mois se développe dans leur intérieur un embryon vermulaire. On ne connaît pas encore exactement leur sort ultérieur ni le mode d'après lequel l'infection s'opère communément chez l'homme.

Les lombrics vivent de préférence dans l'intestin grêle. Par les grands efforts de vomissement, ils parviennent souvent dans l'estomac et sont ramenés au dehors. Dans des cas rares on en a aussi trouvé dans les canaux biliaires, dans les voies aériennes et dans la cavité péritonéale à la suite de perforations intestinales. Le nombre des lombrics existant simultanément dans l'intestin est parfois très considérable. Le plus souvent ils se rencontrent chez les enfants et les adultes parmi la classe pauvre. On a observé à plusieurs reprises que chez les enfants endormis, les lombrics voyagent jusqu'au rectum ou jusqu'à la bouche, et sortent parfois par le nez.

Ainsi que chez l'homme, le lombric se rencontre souvent chez le porc et le bœuf.

**Symptômes morbides.** Les lombrics sont généralement des parasites inoffensifs, qui peuvent se trouver en grand nombre dans l'intestin sans donner lieu au moindre inconvénient. Dans d'autres cas ils provoquent des symptômes identiques à ceux produits par le ténia : douleurs abdominales, abattement, prurit nasal, sentiment de brûlure aux yeux, etc., tous symptômes