l'homme est infecté lorsqu'il boit les eaux des rivières qui contiennent de ces embryons. Beaucoup d'auteurs sont plus disposés à incriminer certains poissons (Jaccoud), plus spécialement le ferra du lac de Genève, et Bertholus croit même avoir trouvé dans la *Ligula nodosa* du saumon le ver vésiculaire du bothriocéphale. Le Bothriocéphale existe à l'état autochtone dans la région lyonnaise (Drivon).

La symptomatologie des tæniadés est la même que celle des ascaridés, à cela près pourtant que le tænia se développant surtout chez les adultes, c'est-à-dire à un âge où l'excitabilité réflexe est moindre, les phénomènes convulsifs s'observent plus rarement ; les accidents nerveux d'ordre sympathique sont loin cependant d'être exceptionnels : on a observé plusieurs fois de véritables accès de *morbus comitialis*. B. Teissier a publié un cas de sciatique rebelle qui a guéri après le rejet du tænia. Tout récemment encore, l'un de nous avait l'occasion d'observer, avec le docteur Chiron, des accidents de myélite transverse (paraplégie complète, troubles vaso-moteurs, hématurie, trépidation épileptoïde) qui disparurent à la suite de l'expulsion d'un tænia. Là aussi l'expulsion d'un fragment du cestoïde est un signe pathognomonique.

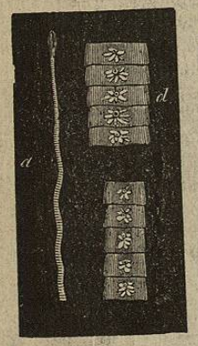

FIG. 64. — Bothriocéphale large. — *a*, tête et cou ; *e*, *d*, anneaux élargis et sexués (Davaine).

Pour amener l'expulsion du tænia, on administrera d'abord le tænifuge, 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 kousso (*Brayera anthelminthica*), le tænifuge par excellence, à la dose de vingt grammes, infusés dans 250 grammes d'eau ; la macération d'écorce de racine de grenadier à la dose de 60 grammes, ou son alcaloïde le sulfate de pelletiérine (Beaumetz, Bucquoy, Féréol) (de 4 à 8 décigramm., selon les cas) ; l'émulsion de graines de citrouille (de 30 à 60 grammes) ; la poudre et l'huile éthérée de fougère mâle. On emploie aussi la térébenthine, l'écorce de musenna, le kamala, la saoria, etc. Précaution pratique qui a bien son importance, on recommandera au malade de rendre son ver dans son vase plein d'eau, afin d'en éviter la déchirure et d'en faciliter l'expulsion complète.

TRICHINOSE. — La trichine (*Trichina spiralis*) est un nématoïde 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 [1], 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

1. La trichinose n'est pas la seule maladie du porc qui soit transmissible à l'homme. James Israël a démontré, depuis 1878, que l'*actinomycosis*, affection parasitaire décrite chez le bœuf, dès 1868, par Rivolta, et signalée en Allemagne par Bollinger, en 1875, était susceptible de se développer dans des poumons humains, et d'y déterminer des accidents ressemblant aux lésions de la phthisie vulgaire.

L'actinomycosis est due à la production d'un champignon affectant le 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 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.

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. — DAVAINE et GRENET Arch. de méd. nav., 1879. — DAVAINE. Traité des entozoaires, 1860, 2e 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 nématoïde de la dysenterie chronique de Cochinchine (Gaz. hebdom., 1877). — MÉGNIN. Revue d'hygiène et de police sanitaire, mars-avril 1879. — Le développement et les métamorphoses des tænias 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 physiol. et thérap des sels de pelletiérine. 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. — PELLOT. Ladrerie chez l'homme, th. 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. Diagn. 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 tænias (Acad. des sciences, 1883). — HERMANN FOL. Anguillule intestinale (Rev. méd. de la Suisse romande, 1883). — LICHTENSTEIN. Berlin. kl. Woch., 1884. — A. LAVERAN. Vingt-trois tænias expulsés le même jour (Arch. de méd. mil., 1885). — ISRAEL. Beitrag zur. Pathogenese der Lungenactinomycose Centralblat, 1886. — MATHIEU. Rev. gén. sur l'actinomycose (Revue des sc. méd. d'Hayem, 1886). — R. BLANCHARD. Zoologie médicale. Paris, 1888. — J. DRIVON. Les parasites animaux de l'espèce humaine, dans la région lyonnaise en particulier. Lyon-méd. et tirage à part, Lyon., 1891.

DES HÉMORROÏDES.

On désigne sous le nom d'*hémorroïdes* 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 hémorroïdes 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 hémorroïdales supérieures se rendant à la veine-porte, les hémorroïdales 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 hémorroïdales 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 hémorroïdales supérieures ne peut suivre la *voie portale;* il se dirige alors vers les hémorroïdales 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 hémorroïdales 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 hémorroïdaires.

Les hémorroïdes sont *internes* ou *externes*, suivant que l'ampoule veineuse siège au-dessus ou au-dessous du sphincter externe: les hémorroïdes 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 hémorroïdes 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 hémorroïdaires 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. Pathogénie. — 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 plaçait 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

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*.

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 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 hémorragique ! 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'hémorragie.

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 sedentaire 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, turgescente, violacée, 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'hémorragie 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 reparaître périodiquement le flux hémorroïdal sans que la constipation semble en rien l'avoir préparé. Chez de tels malades le flux hémorragique 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 hémorragique fait succéder un véritable bien-être.

Parfois les hémorrhoïdes 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 de scybales ; enfin des phénomènes de dyspepsie, *pseudo-dyspepsie* des hémorrhoïdaires 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 diarrhéique, 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 hémorragies 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 hémorroïdales, 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 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

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).

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 hémorroïdaires.

Les hémorragies, 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 hémorragique. 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 hémorroïdaire donnant lieu à des hémorragies 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 hémorroïdes explique suffisamment les avantages de ce procédé.

VERNEUIL. Bull. Soc. anat., 1855. — DEMARQUAY. Mémoire sur le traitement des hémorroïdes (Gaz. méd. de Paris, 1860). — AUDOUIN. Liaison clinique des hémorroïdes et de la goutte, th. de Paris, 1864. — GOSSELIN. Leçons sur les hémorroïdes. Paris, 1866. — LANNELONGUE. Art. *Hémorroïdes*, in Nouv. Dict. de méd. et chirurg., 1873. — B. TEISSIER. Clin. de l'Hôtel-Dieu de Lyon (inédit). — MONOCHIN. De la dilatation forcée dans le traitement des hémorroïdes. Paris, 1877. — FONTAN. Traitement des hém. par la dilat. forcée. Paris, J.-B. Baillière, 1877. — B. TEISSIER. Traitement des flux hémorroïdaux trop abondants par l'usage de la millefeuille (Bull. thérap., p. 176, t. IV). — DURET. Arch. gén. de méd., 1879-1880; et Bull. de la Soc. anat. — BOUCHARD. Cours de pathol. générale, 1879-1880. — DAMASCHINO.

Malad. des voies digestives, 1880. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 1880. — G. SÉE. Dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Des nouvelles médications gastro-intestinales. Paris, 1886. — W. ALLINGHAM. Encyclop. internation. de chirurgie. Paris, 1886, t. VI, art. *Hémorroïdes*. — BAUMEL. Maladies de l'appareil digestif. Montpellier, 1888. MATHIEU. Art. *Hémorroïdes* in Nouv. Traité de médecine, 1892.

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 chaleur. Enfin la bile, la bile jaune et la bile noire, était le résidu de ces opérations. Aussi Gallien 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 Gallien, 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 chilifères (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