

tuberculose sera traitée de la même manière; celle qui dépend de la scrofulose sera combattue par l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, les bains toniques, et avant tout par une bonne alimentation et le séjour à la campagne.

## CHAPITRE VII.

## CANCER.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Beaucoup plus rare que celui de l'estomac, le cancer de l'intestin (1) est *primitif*, c'est-à-dire qu'il affecte d'emblée les tuniques intestinales, ou *secondaire*, c'est-à-dire consécutif à l'altération des organes voisins (glandes lymphatiques, péritoine, foie, utérus, etc.); cette forme est la moins fréquente. L'étiologie n'est pas mieux élucidée que celle du cancer gastrique.

(1) Les Dictionnaires, le Compendium de médecine. — NAUMANN, COPLAND, *loc. cit.*

CHANUT, *Du cancer de l'intestin*, thèse de Paris, 1842. — ROKITANSKY, *Æster. Jahrb.*, XVIII. — DITTRICH, *Ueber Krebsablagerungen (Prager Viertelj.)*, XIX. — LEBERT, *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — KÖHLER, *Die Krebs und Scheinkrebskrankheiten*. Stuttgart, 1853. — WUNDERLICH, *loc. cit.* — FÖRSTER, *Virchow's Archiv*, XV. — BAMBERGER, *loc. cit.* — PISTOR, *Carcinoma ventriculi medullare mit Ablagerung fester rundlicher Geschwülste in das Unterhautbindegewebe und gleichzeitiger colloïder Degeneration der Leber und Nieren (Virchow's Archiv)*, 1864. — ROKITANSKY, *Beiträge zu den Erkrankungen des Wurmfortsatzes (Wien. med. Presse)*, 1866. — STILL, *American Journ. of Med. Sc.*, 1866. — HAYDEN, *Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1866. — FÖRSTER, COOPER, *A case of colloid cancer of the colon (Med. Times and Gaz.)*, 1867. — SAYNE, *Cancerous disease of the sigmoid flexure (New-York Med. Record)*, 1867. — CAYLEY, *Cancerous stricture of transverse colon (Transact. of the Path. Soc.)*, 1867, XVII. — CURLING, *Colloid disease of the lower end of the colon (Eodem loco)*. — EISENSTEIN, *Wiener allg. med. Zeitschr.*, 1868. — TUCKWELL, *Remarks on villous tumour of the rectum (British Med. Journ.)*, 1868.

BIRKETT, *Cancer of the sigmoid flexure of colon causing obstruction of the bowels; cancer in the liver (Trans. path. Soc.)*, 1869. — WILLIAMS, *Cancer of the rectum and liver, etc. (Americ. Journ. of med. Sc.)*, 1869. — SIMMS, *Obstruction of the bowels owing to scirrhus of colon (The Lancet)*, 1869. — HAYDEN, *Scirrhus-contracted colon (Reports of the Dublin path. Soc.)*, 1869. — FÖRSTER, *Two cases of colloid cancer of the large intestine (Guy's Hosp. Rep.)*, 1869.

WAGSTAFFE, *Specimen of ossifying cancer of the rectum (Trans. path. Soc.)*, 1870. — LEGEDANK, *Cancer colloïde du rectum (Presse méd. belge)*, 1871.

PETER, *Rétrécissement de la partie inf. de l'intestin (Mouvement méd.)*, 1873. — Mo-

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'ENCÉPHALOÏDE et le SQUIRRHE sont les variétés les plus communes; cependant on peut observer le cancer aréolaire, le cancer vilieux, et, dans la région anale, l'épithélioma. — La dégénérescence peut occuper un point quelconque du canal; mais elle est beaucoup plus commune dans le gros intestin, où elle affecte principalement le cæcum, l'S iliaque et le rectum. Dans l'intestin grêle, le duodénum est plus souvent atteint que le jéjunum et l'iléum; mais le cancer n'y est jamais isolé, il coïncide avec celui de l'estomac. Le cancer de l'intestin est rarement solitaire; d'autres organes sont altérés, ou bien la dégénérescence occupe plusieurs segments distincts du tube intestinal; dans le cancer généralisé, on observe parfois une infiltration cancéreuse des plaques de Peyer (Rokitansky).

Le cancer primitif débute par le *tissu sous-muqueux* et les *éléments conjonctifs* de la muqueuse; le cancer secondaire atteint d'abord la séreuse, unie par des adhérences à l'organe primitivement affecté. Les caractères de la lésion, les modifications qu'elle produit dans le *calibre* du canal, les changements qu'elle éprouve par suite de l'*ulcération*, la possibilité des *perforations* ou des *communications anormales*, tout cela est commun au cancer de l'intestin et à celui de l'estomac, et je renvoie à la description anatomique de ce dernier. Quand la mort a lieu avant que l'ulcération du produit morbide ait rétabli la perméabilité du conduit, le bout supérieur est dilaté comme dans l'occlusion intestinale, et le bout inférieur est affaissé en collapsus. Dans quelques cas, la déchirure de l'intestin au-dessus du rétrécissement est le résultat d'une véritable *rupture* par distension, et non point l'effet des progrès de l'ulcération.

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Le cancer est caractérisé, entre les autres maladies chroniques de l'intestin, par les accidents du *rétrécissement intestinal*, par des *hémorrhagies*, par la *cachexie spéciale*, par une *tumeur*. Tant que ces phénomènes manquent, la maladie ne peut être que présumée; elle donne lieu

XON, *Cancer (lympho-sarcom) of the small intestine (Trans. of the path. Soc.)*, 1873. — COPLAND, *Cancer of the duodenum (Eodem loco)*, 1873. — KENNEDY, *On one of the forms of tumours of the cæcum and their possible connection with the disease known as melena (Med. Press and Circular)*, 1874. — CHABOUD, *Obs. de tumeur carcinomateuse au niveau de la valvule iléo-cæcale (Lyon méd.)*, 1874. — COCKLE, *Cancer of the descending colon, intestinal obstruction, etc. (The Lancet)*, 1875. — SOUTHEY, *Eodem loco*, 1875.

à des douleurs plus ou moins fréquentes, avec maximum en un point limité; les gardes-robes sont tout à fait irrégulières, tantôt de fréquence et de consistance normales, tantôt diarrhéiques et catarrhales, tantôt supprimées pendant plusieurs jours; cette constipation est due à la perte de contractilité de l'intestin, laquelle précède de beaucoup toute modification notable du calibre. Cette période indécise peut durer plusieurs mois; puis le cancer commence à se caractériser par l'un des quatre symptômes distinctifs. Le plus ordinairement ce sont les signes de STÉNOSE qui apparaissent les premiers; les phases de constipation deviennent plus longues, l'arrêt des matières peut être assez complet pour provoquer des nausées et des vomissements alimentaires et bilieux; le ventre se météorise; bref, l'occlusion est constituée. Elle peut être mortelle dès cette première manifestation; mais en général elle cède à la transsudation catarrhale; d'abondantes selles solides et liquides ont lieu; les matières sont parfois rubanées et comme passées à la filière. Après cette débâcle, le météorisme tombe, et le malade éprouve une amélioration plus ou moins durable. Lorsque ces phases alternatives se sont reproduites un certain nombre de fois, une occlusion définitive peut avoir lieu, et le patient succombe sans hémorrhagie, sans cachexie, peut-être même sans tumeur, du fait seul de la sténose.

Dans d'autres cas, la constipation cesse, et elle est remplacée par une diarrhée abondante, séreuse ou muco-purulente. Les matières sont parfois sanguinolentes, et, dans l'intervalle des selles, il peut y avoir des évacuations de *sang pur*; il est rouge et liquide, si la lésion occupe le rectum ou la partie inférieure du colon; il est noir et coagulé en caillots mous, ou dissocié en poussière noirâtre, si l'altération siège plus haut dans l'intestin. Cette modalité nouvelle correspond à l'ULCÉRATION, qui fait disparaître une partie du néoplasme, ouvre les vaisseaux et rétablit la perméabilité de l'intestin. Le malade tombe dès lors dans une anémie cachectique qui résulte des pertes de sang, de la diarrhée colliquative entretenue par la surface ulcérée, et aussi de l'inanition; car l'appétit et les fonctions digestives, qui ont pu persister jusque-là avec un certain degré d'activité, sont tout à fait compromis. La mort peut être amenée par les progrès du dépérissement, sans qu'on voie survenir la teinte jaune-paille caractéristique de la dyscrasie cancéreuse; les téguments sont d'une pâleur de cire, les veines semblent vides, l'émaciation arrive au marasme, les extrémités s'infiltrant, et le patient succombe lentement à l'anéantissement de toutes les fonctions organiques; parfois il tombe dans le coma par suite d'une hydrocéphalie ou d'un œdème cérébral cachectique. J'ai vu un exemple très-net de ce complexe morbide chez un homme affecté de cancer de l'S iliaque; il mourut avec la teinte propre aux chlorotiques, sans aucune suffusion jaunâtre.

Dans une autre série de cas, le cancer peut être reconnu avant la pé-

riode d'ulcération et d'hémorrhagies, avant l'apparition d'une tumeur, parce que les symptômes intestinaux vagues de la phase initiale sont rapidement accompagnés d'un amaigrissement suspect, de la perte des forces et de la *teinte jaune-paille*.

La TUMEUR, d'autant plus facilement appréciable que l'amaigrissement est plus avancé, occupe l'une des fosses iliaques ou bien la partie moyenne de la région hypogastrique; c'est là que tombent, en effet, sous l'influence de la pesanteur, les tumeurs cancéreuses non adhérentes du colon transverse et de l'intestin grêle. Ce n'est guère que le cancer du duodénum qui reste fixé dans la région sus-ombilicale. Cette tumeur est dure, inégale, douloureuse à la pression, et plus ou moins mobile, selon sa situation et les adhérences; quand elle siège sur l'aorte ou l'une des iliaques, elle peut être soulevée par un mouvement communiqué, en masse, qu'il ne faut pas confondre avec la pulsation intrinsèque et ondulée de l'anévrysme. La sonorité est toujours diminuée au niveau de la tumeur; mais les résultats de la percussion varient beaucoup, suivant l'épaississement de la paroi intestinale et la quantité des matières fécales. — Le cancer du rectum, qui est caractérisé par des douleurs sacro-lombaires et des phénomènes dysentériques très-pénibles, est, dans bon nombre de cas, appréciable par le toucher.

A l'exception des cas où une occlusion précoce emporte le malade, le cancer de l'intestin a une MARCHÉ lente, une durée de plusieurs mois ou même d'une année. La MORT est ordinairement causée par le rétrécissement intestinal ou par le marasme, ainsi qu'il a été dit plus haut; mais elle peut aussi résulter d'une péritonite générale avec ou sans perforation. Lorsque la mort est le fait de la cachexie, on observe souvent des thromboses dans les veines crurales ou iliaques, et quand le caillot remonte jusque dans la veine cave, l'œdème peut occuper les deux membres inférieurs et le scrotum.

#### TRAITEMENT.

La médication, purement palliative, doit remplir deux indications: restreindre autant que possible la quantité des matières fécales, combattre opiniâtrement la constipation, afin de retarder ou de prévenir les phénomènes d'occlusion. Le premier résultat est obtenu au moyen de l'alimentation concentrée par la viande crue, les œufs, le lait; le second est atteint au moyen de l'usage quotidien d'un purgatif approprié. Si l'on ne considérait que l'effet immédiat, on donnerait la préférence aux sels, en raison de l'exosmose séreuse qu'ils provoquent; mais on déterminerait infailliblement une irritation qu'il importe d'éviter. L'huile de ricin n'a pas cet inconvénient, et les malades s'habituent assez facilement à en

prendre tous les jours ou tous les deux jours une cuillerée à bouche. Les hémorrhagies seront combattues par les mêmes moyens que celles de l'estomac.

## CHAPITRE VIII.

## HELMINTHIASIS. — TRICHINOSE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Les principaux vers (*helminthes*) qui vivent en parasites dans l'intestin de l'homme sont le *tænia*, le bothriocéphale, l'ascaride lombricoïde, l'oxyure vermiculaire et le trichocéphale. Les deux premiers sont des vers rubanés, les autres sont cylindriques. — La trichine spirale habite les muscles striés, mais elle n'y arrive que par une migration à travers l'intestin, qui est pour elle le lieu de réception.

L'étude pathogénique de ces parasites est débarrassée aujourd'hui de toutes les hypothèses qui l'ont encombrée à l'époque où l'on attribuait ces vers à une formation autochthone résultant de l'altération des membranes ou des liquides de l'intestin. Le fait général est que ces animaux sont importés chez l'homme par l'alimentation, soit en l'état de *vers tout formés* (*trichines*), soit en l'état d'*œufs* dont le développement a lieu dans la cavité intestinale (*vers cylindriques*), soit en l'état de *larves* qui subissent dans l'intestin leur métamorphose dernière (*vers rubanés*).

Les vers rubanés (*vers cestoïdes*) observés chez l'homme sont de trois espèces, savoir le *tænia solium*; — le *tænia mediocanellata*; — le bothriocéphale large (1).

(1) ZEDER, *Anleitung zur Naturgeschichte der Eingeweidewürmer*. Bamberg, 1803. — RUDOLPHI, *Entozoorum hist. nat.* Amstelodami, 1808. — *Entozoorum synopsis*. Berolini, 1819. — BREMSER, *Ueber lebende Würmer im lebenden Menschen*. Wien, 1819. — DUJARDIN, *Hist. nat. des helminthes*. Paris, 1845. — VON SIEBOLD, *Parasiten*, in Wagner's *Handwörterb. der Physiol.* Braunschweig, 1846. — *Vergleichende Anatomie der wirbellosen Thiere*. Berlin, 1848. — *Ueber den Generationswechsel der Cestoden* (*Zeits. f. wissens. Zoologie*, 1850). — *Ueber die Verwandlung des Cysticercus pisiformis in Tænia serrata, sowie der Echinococcus Brut in Tænien* (*Eodem loco*, 1853). — DIESING, *Systema helminthum*. Vindob., 1850. — VAN BENEDEN, *les Vers cestoïdes ou acotyles*. Bruxelles, 1850. — KÜCHENMEISTER, *Ueber die Umwandlung der Finnen in Bandwürmer* (*Prajer Viertelj.*, 1852). — *Ueber Cestoden im Allgemeinen, etc.*, Zittau, 1853. — BILHARZ, *Ein Beitrag zur Helminthographia humana* (*Zeits. f. wissens. Zool.*, 1853). — STROHL, *Gaz. méd. Paris*, 1854. — VIRCHOW, *Parasitische Thiere in Dessen Handbuch*. Erlangen, 1854. — DAVAINE, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860. — LEUCKART, *Die menschlichen Parasiten*

Chacun de ces vers a pour larve un *cysticercus* distinct : celui du *tænia solium* est le *cysticercus cellulosæ*, si fréquent chez le cochon (*Küchenmeister*); — celui du *tænia mediocanellata* a été découvert chez le bœuf par Leuckart, — celui du bothriocéphale n'est pas encore défini; on en a trouvé l'embryon nageant librement dans l'eau, et il est vraisemblable (mais non démontré) qu'il entre dans le corps de l'homme par l'intermédiaire des poissons ou des oiseaux d'eau. Knoch est porté à croire que dans les localités où l'on boit l'eau de rivière, les embryons sont ingérés directement avec celle-ci. — Le *cysticercus*, trouvant dans l'intestin de l'homme un milieu favorable à son développement, se fixe à la paroi et se transforme en ver rubané; plus tard les derniers anneaux (*proglottides*), contenant les œufs à l'état de maturité, sont détachés et évacués avec les matières fécales; puis ces œufs, rendus au monde exté-

und die von ihnen herrührenden Krankheiten. Leipzig und Heidelberg, 1862. — KNOCH, *Virchow's Archiv*, 1862. — POUCHET et VERRIER aîné, *Compt. rend. Acad. sc.*, 1862. — MOSLER, *Helminthologische Studien und Beob.* Berlin, 1864. — BÖTTCHER, *Ueber den Bau des Bothriocephalus latus* (*Virchow's Archiv*, 1864). — KNOCH, *Berlin. klin. Wochens.*, 1864. — STEIDA, *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1864. — RINDFLEISCH, *Die Histologie der Cestoden* (*Arch. f. mikroskop. Anatomie*, 1865). — BAMBERGER, *loc. cit.* — DESNOS, *Bullet. de therap.*, 1865. — MOLARD, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1865. — ARLIDGE, *Med. Times and Gaz.*, 1865. — DRASCHE, *Wien. med. Wochenschr.*, 1866. — MEUNIER, *Étude sur l'affection vermineuse. Thèse de Paris*, 1867. — GARRAWAY, *British Med. Journ.*, 1868.

SAUNIER, *Des principaux entozoaires de l'homme*, thèse de Paris, 1869. — SARIKADIS, *Quelques mots sur les helminthes*, thèse de Montpellier, 1868. — LEBAIL, DUBREUIL, thèses de Paris, 1869. — CURRIE, *Remarks on tænia and treatment by ethereal extract of male fern in the Abyssinian expedition* (*Edinb. Med. Journ.*, 1869). — SEMELEDER, *Kürbisskerne gegen Bandwurm* (*Wiener med. Presse*, 1869). — SZIKLASSY, *Zur Casuistik der Wurmkrankheiten* (*Eodem loco*, 1869). — COBBOLD, *Six lectures on practical helminthology* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — PIPPINGSKÖLD, *Fall af tænia mediocanellata* (*Notisblad for läkare och farm.*, 1869). — CONRADI, *Tilfælde af Tænia* (*Norsk Magaz. f. Lægevid.*, 1870). — LEIDY, *Tænia caused by the use of raw beef* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1871).

COBBOLD, *Series of lectures on practical Helminthologie*. London, 1872. — DATE, *Intestinal worms* (*The Lancet*, 1872). — LABOULBÈNE, *Obs. physiol. sur le tænia solium* (*Gaz. méd. Paris*, 1872). — MÉGUININ, *Sur le développement des cestoïdes inermes* (*Compt. rend. Acad. Sc.*, 1872). — SURMAY, *Tænia multiple* (*Gaz. hóp.*, 1872). — LABOULBÈNE, *Sur une manière simple et commode de faire rendre le tænia* (*Bullet. therap.*, 1873). — KIRN, *Sur les préparations de fougère mâle; de leur efficacité dans le traitement du tænia*. Paris, 1874. — COBBOLD, *Remarks on eighty cases of tapeworm* (*The Lancet*, 1874). — HARVEY, *Notes on a case of tænia* (*Philad. med. Times*, 1874). — DECOIN, *Gaz. hóp.*, 1874. — FRITSCH, *Zur differentiellen Diagnose von Tænia solium und Tænia mediocanellata* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1874). — VITAL, *Les entozoaires à l'hóp. milit. de Constantine* (*Gaz. méd. Paris*, 1874).