

Le mécanisme de l'intussusception n'est pas toujours le même. Dans le cas de polypes, le poids de la tumeur suffit pour entraîner mécaniquement l'intestin : le plus souvent l'invagination est due aux inégalités et aux irrégularités des contractions péristaltiques. C'est ainsi, par exemple, que l'on doit expliquer les invaginations agonales que l'on rencontre si fréquemment aux autopsies.

Les portions invaginées présentent des rapports invariables qui ont été bien définis par Cruveilhier (*Anatomie pathologique*). La portion invaginée se compose de trois cylindres emboîtés les uns dans les autres : au centre, la lumière est circonscrite par la muqueuse du cylindre supérieur invaginé ; au milieu, il y a accollement des séreuses de la partie supérieure et de la partie moyenne ; à l'extérieur, la muqueuse du cylindre inférieur invaginant s'oppose à la muqueuse de la partie moyenne. Le mésentère se trouve compris entre les deux séreuses accolées, et comme il est fixé en arrière, il exerce sur l'intestin une traction plus ou moins énergique qui efface sa lumière et la réduit à une simple fente (Jaccoud).

Les surfaces en contact deviennent rapidement le siège d'une inflammation intense qui parfois détermine des hémorragies à la surface intestinale. Les deux séreuses s'accrochent l'une à l'autre ; l'exsudat intermédiaire comprime les vaisseaux mésentériques et amène la nécrose du cylindre invaginé ; puis celui-ci est expulsé et la guérison a lieu (Thompson ; 65 faits, Duchaussoy). D'autres fois on observe des ruptures, des péritonites généralisées. C'est à un accident de ce genre que succomba l'illustre tragédien Talma.

Occlusion par obstruction. — Les corps susceptibles d'obstruer l'intestin sont, en première ligne, les matières stercorales condensées et durcies qui peuvent siéger dans tous les points de l'intestin, mais dont le cæcum est le lieu de prédilection. D'autres fois ce sont des calculs biliaires, des entérolithes (1) ou des corps étrangers quelconques qui ont pénétré dans les voies digestives par la bouche ou le rectum : noyaux de fruits, épingles, pièces de monnaie, fourchette, dentiers, limes, etc. Les vers intestinaux peuvent parfois se pelotonner et obstruer le tube digestif (Requin, Jaccoud). Tout récemment Friedländer a attiré l'attention sur certains cas d'obstruc-

(1) On doit rapprocher des entérolithes le *sable intestinal* décrit par Laboulbène (*Arch. gén. de méd.*, 1873, et *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*. Paris, 1879, p. 231 et fig. 40).

tion intestinale causée par l'absorption du vernis à laquer. Ces faits ont été observés chez des ouvriers de Berlin et de Postdam : en pareil cas l'alcool du vernis étant absorbé directement dans l'estomac, la laque s'était déposée en grosse masse noire dans tout le trajet de l'intestin grêle.

La constipation habituelle par parésie des muscles de l'intestin est une cause prédisposante très puissante. Tout récemment, F. Gordan a signalé comme cause d'obstruction la dégénérescence graisseuse de l'intestin et la perte absolue de sa contractilité chez les personnes obèses ou prédisposées aux dégénérescences graisseuses viscérales. Ces faits doivent être rapprochés des pseudo-étranglements par paralysie transitoire de l'intestin, sur lesquels Henrot avait déjà depuis longtemps attiré l'attention.

Quelle que soit la lésion qui cause l'obstruction, on observe des altérations secondaires identiques : l'intestin, très dilaté et rempli de matières fécales au-dessus de l'obstacle, est au contraire rétréci et vide au-dessous ; il offre dans une étendue variable les lésions de l'entérite catarrhale. Dans les points où l'intestin n'est pas recouvert par le péritoine, on voit survenir des phlegmons (pérityphlite, périrectite) ; dans les autres il se développe une péritonite susceptible de se généraliser ; enfin on peut observer des ruptures, des fistules stercorales, etc.

DESCRIPTION. — L'occlusion intestinale confirmée présente un ensemble de symptômes caractéristiques qui sont : la douleur, la constipation, le ballonnement du ventre, les vomissements et un état général grave spécial.

La *douleur* peut survenir brusquement après une course, un effort, un repas copieux et offrir immédiatement une grande acuité, ou au contraire s'installer plus lentement et rester sourde et peu intense. Limitée d'abord au niveau de la lésion, elle s'irradie bientôt dans tout l'abdomen. Elle se présente avec des exacerbations paroxystiques et des reprises qui coïncident avec les contractions de l'intestin se révoltant contre l'obstacle.

La *constipation* est souvent le phénomène initial, comme dans les cas de stase stercorale (*coprostase*), de constriction exercée par les brides péritonéales ou les tumeurs abdominales. Au début on peut observer encore quelques évacuations jusqu'à ce que le segment inférieur de l'intestin se voit vidé ; plus tard la constipation devient absolue et persiste pendant toute la durée de la maladie ; les gaz eux-mêmes ne peuvent être rendus par l'anus.

Il arrive quelquefois pourtant qu'on observe des selles dysentériques : ceci se voit principalement chez les enfants, en cas d'invagination du gros intestin, qui détermine toujours de l'inflammation du côlon descendant ; il est bon de savoir la possibilité de ces flux séreux qui peuvent faire croire, dans certains cas, au rétablissement du cours des matières.

L'abdomen est d'abord souple et non tendu, mais bientôt on voit survenir le *ballonnement* du ventre. Généralisé à tout l'abdomen, dans le plus grand nombre des cas, laissant les flancs très affaissés si le rétrécissement siège sur l'intestin grêle (Laugier, Bucquoy), le ballonnement devient bientôt considérable. A la percussion on obtient un son tympanique et souvent hydroaérique : il y a du gargouillement, des borborygmes ; les coliques, plus ou moins vives, sont pour ainsi dire appréciables à la vue, les anses intestinales venant se dessiner sous la paroi abdominale. Cette pneumatose refoule le diaphragme dont elle gêne les mouvements ; aussi voit-on survenir rapidement du hoquet et de la dyspnée.

Les *vomissements* sont constants : d'abord alimentaires, puis séreux et bilieux, ils deviennent d'autant plus rapidement fécaloïdes que l'obstacle est plus loin du rectum. Ces vomissements stercoraux sont composés de matières liquides, jaunâtres, grumeleuses ; leur odeur est caractéristique, ils laissent une horrible saveur dans la gorge du malade ; ils se produisent à intervalles plus ou moins éloignés et amènent chaque fois une détente d'une certaine durée ; d'autres fois ils sont presque automatiques et surviennent sans aucun effort.

L'état général est en rapport avec la gravité de ces symptômes. Le malade est plongé dans la torpeur ; sa peau est froide, ridée, visqueuse ; le facies est hippocratique, l'amaigrissement considérable. La respiration est très faible, la voix cassée et éteinte, le hoquet persistant. Les battements du cœur sont affaiblis, le pouls est petit et filiforme, la température s'abaisse. L'urine est parfois supprimée. A cette période ultime les douleurs et les vomissements disparaissent et le malade s'éteint dans le collapsus avec sa raison intacte ou à peine troublée. Dans quelques cas la terminaison funeste est encore précipitée par une rupture, une péritonite ou quelque autre complication, une pneumonie par exemple.

Cette marche régulièrement progressive de la maladie est constante. La durée totale est très variable et peut osciller de trois ou quatre jours à trois, quatre et même cinq semaines (Trousseau,

Bultaud, Rafinesque). La durée moyenne est de six à huit jours. Quand elle se prolonge pendant plusieurs semaines, la marche des accidents est interrompue par une série de rémissions qu'il faut se garder de prendre pour une guérison assurée (Trousseau). La guérison est du reste possible et se produit soit par une débâcle amenant une détente soudaine, soit par le rejet du boudin invaginé (un mètre dans le cas de Debrou cité par Damaschino), soit par la création d'un anus artificiel. Le pronostic n'en est pas moins toujours fort grave.

Le *pronostic* varie naturellement suivant la nature de la lésion. Il est toujours sérieux, fatal quand on a affaire à un cancer de l'intestin par exemple, il est moins sombre quand on est en face d'un volvulus ou d'une invagination.

DIAGNOSTIC. — Il comporte trois éléments principaux : 1° le diagnostic de l'étranglement ; 2° celui de son siège ; 3° celui de sa cause. La solution de ces trois questions commande le pronostic et le traitement.

Le premier soin à prendre en présence des signes ci-dessus mentionnés, c'est d'examiner avec soin tous les orifices péritonéaux afin d'écarter l'hypothèse de la hernie étranglée. Cela fait, on ne confondra pas l'occlusion intestinale avec la constipation simple (dans ce cas les gaz sont encore rejetés par l'anus), avec la péritonite primitive, laquelle ne s'accompagne pas de constipation absolue et se présente toujours avec de la fièvre. Il ne peut y avoir de difficulté sérieuse que lorsque les deux affections coexistent.

L'étude attentive des antécédents et des conditions dans lesquelles se sont développés les accidents feront rejeter l'idée d'une colique de plomb, hépatique ou néphrétique, voire même celle du choléra avec lequel les symptômes de collapsus ne sont pas sans présenter une certaine analogie. On n'oubliera pas non plus de poser l'hypothèse d'un empoisonnement.

Le *siège* de l'étranglement intestinal est assez difficile à établir. Le météorisme par sa disposition spéciale peut être un bon indice (St. Laugier, 1840, voy. plus haut) ; l'apparition rapide des vomissements est en faveur d'un obstacle situé assez haut dans l'intestin ; l'anurie précoce serait un argument dans le même sens (1).

(1) Les Anglais attribuent une importance diagnostique considérable à l'apparition précoce de l'anurie ou à la persistance de la sécrétion urinaire. L'anurie précoce indiquant la non-absorption des liquides ingérés semble donc plaider en faveur d'un obstacle très haut placé dans l'intestin.

On ne peut avoir que des présomptions plus ou moins fondées sur la nature de l'occlusion. La constatation préalable d'une tumeur quelconque dans la cavité abdominale sera en faveur d'un étranglement par compression; l'existence d'une ancienne péritonite fera penser à l'occlusion par une bride fibreuse. La soudaineté des accidents éloignera la supposition d'une invagination ou d'une tumeur intestinale.

L'invagination s'annoncera au contraire par un début plus lent, par des alternatives de constipation et de diarrhée, par des selles sanglantes et noirâtres, parfois fétides. L'expulsion du cylindre invaginé gangrené lèvera les doutes.

Les accidents cessant brusquement pour reprendre de même pourront faire penser à un iléus nerveux.

En tout cas l'exploration par le vagin et par le rectum ne sera jamais négligée; elle peut fournir de précieuses indications.

Dans les cas douteux, on pourra mettre les malades sous l'influence du chloroforme pour explorer plus facilement la paroi abdominale. Mais est-on autorisé à ouvrir la cavité péritonéale et à aller chercher dans son intérieur le point sténosé? Cette question, soutenue affirmativement par un grand nombre de praticiens étrangers, notamment en Angleterre, a soulevé à l'avant-dernière réunion de la *British medical Association* une très intéressante discussion, mais elle est loin d'être résolue (1).

TRAITEMENT. — Le plus souvent c'est aux purgatifs que l'on a recours tout d'abord pour rétablir le cours des matières. Cependant cette méthode doit être rejetée dans les cas d'invagination, où elle ne peut qu'exagérer le mal (Raige-Delorme). Aussi faut-il employer de préférence les lavements laxatifs et les douches ascendantes à haute pression dans le gros intestin, avec un appareil à eau de Seltz par exemple.

Comme moyens mécaniques, il faut citer encore le curage rectal, le cathétérisme forcé, l'insufflation, etc. On se débarrassera des pelotons d'ascarides par les vermifuges.

S'il y a un élément spasmodique, on emploiera la belladone, l'opium et la morphine, le tabac à l'intérieur et en lavements, le camphre, les bains froids, etc.

La glace appliquée en permanence sur l'abdomen diminue la

(1) Voyez, à ce propos, de nombreux articles dans le *British medical Journal*, 1878, vol. II, *passim*, et 1879, numéros du 11 janvier et du 31 mai.

pneumatose, excite la contractilité des muscles intestinaux et prévient l'inflammation péritonéale. On peut employer aussi dans le même but les pulvérisations d'éther avec l'appareil de Richardson. L'ingestion continue de petits fragments de glace a également de bons effets.

L'électricité a été employée depuis longtemps par Leroy d'Étiolles (1826); elle réussit parfois, mais doit encore être rejetée dans l'invagination.

On pourra essayer de combattre le météorisme par l'entérocentèse au moyen d'un trocart fin. Enfin, en dernière ressource, on devra recourir à l'intervention chirurgicale. Suivant les circonstances, on pourra pratiquer soit la gastrotomie, soit l'entérotomie ou la colotomie lombaire, suivant la méthode de Nélaton (A. Bulteau).

Conseillée par Barbette (d'Amsterdam), dès 1676, cette opération a été pratiquée pour la première fois par Nuck en 1692. Mieux réglée par Renault, 1772, qui montra la nécessité de pratiquer en même temps l'entérotomie, elle a été exécutée souvent depuis par les chirurgiens de notre siècle et entre leurs mains elle a donné des résultats qui en justifient l'application. Maisonneuve et Nélaton surtout ont contribué à en vulgariser l'emploi.

BONNET (de Lyon). Etrangl. de l'intestin. Paris, 1830. — MONTEFALCON. Dict. des sc., méd., t. XXIII, 1818. — ROKITANSKY. *Ges. med. Jahrb.*, 1836. — GORHAM. *Guy's Hosp. Rep.*, 1838. — SAINT-LAUGIER. Th. 1880. — RAIGE-DELORME. *Art. Volvulus*, in *Dict. de méd.*, 1846. — DUCHAUSSOY. *Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XXIV. — PARIS. *Rev. méd.-chir.*, 1851. — LABRIC. Th. Paris, 1852, n° 13. — RILLIET. *Mém. sur l'invagination chez les enfants*, 1852. — O. MASSON. *De l'occlusion intestinale*, th. de Paris, 1857. — TREITZ. *Hernia retroperitonealis*. Prague, 1857. — BUCQUOY. *Rec. des tr. de la Soc. méd. d'obs. de Paris*, 1857. — BESNIER. Th. de Paris, 1857. — Des étranglements internes. Paris, 1860. — BUTAUD. *Invagination intestinale; mort après trente-cinq jours* (*Gaz. hôp.*, 1863). — BAMBERGER. *Krankheiten der chilo-poetischen Systems*, 1864. — HENROT. Thèse Paris, 1865. — DUGUET. *De la hernie diaphragmatique congénitale*, th. de Paris, 1866. — PANAS. *Cas d'occl. int. produite par le renversement d'une anse d'intestin sur elle-même* (*Gaz. hôp.*, 1874). — FAUCON. *Soc. de chir.*, 1873, et *Arch. gén. de méd.*, 1873. — LUFON. *Nouv. Dict. de méd. et de chir.* — REQUIN. *Jaccoud. Path. int.* — A. BULTEAU. *De l'occl. intest.*, au point de vue du diagn. et du trait., th. de Paris, 1878. — RAFINESQUE. *Étude clinique sur les invaginations intestinales chroniques*, th. de Paris, 1878. — GUINAND-DÉJERINE. *Soc. anat.*, 1878. — F. JORDAN. *Fatty change of the muscular wall of the gut*, etc. (*Brit. med. Journ.*, avril 1879). — LABOULBÈNE. *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, 1879, p. 231. — FRIEDLAENDER. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880, n° 4. — DAMASCHINO. *Loc. cit.* — BARIÉ et DUCASTEL. *Diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus* (*Bullet. Soc. anat.*, 1879). — PEYROT. *Intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin*, th. conc., Paris, 1880. — LECORCHÉ et TALAMON. *Études médicales*, 1881.

VERS INTESTINAUX.

Les vers entozoaires ou helminthes que l'on rencontre dans le tube digestif appartiennent aux deux familles des *Nématoïdes* (vers cylindriques) et des *Cestoïdes* (vers plats) (1).

Ils sont connus depuis fort longtemps et ont donné lieu aux idées et aux théories les plus bizarres jusqu'au commencement de ce siècle. Leur histoire est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Rudolphi (1808), Von Siebold, Dujardin, Küchenmeister, Leuckart, Van Beneden, etc., quoiqu'il règne encore plus d'une obscurité sur leur reproduction et leur développement.

NÉMATOÏDES. — *Ascarides*. — L'ascaride lombricoïde, lombric (*Ascaris lumbricoïdes*), se rencontre fréquemment chez l'homme; l'*Ascaris mystax* (var. *alata*) est douteux.

L'ascaride lombricoïde est un ver blanc ou rougeâtre, cylindrique, atténué à ses deux extrémités, atteignant de 15 à 17 centimètres chez le mâle et de 20 à 25 centimètres chez la femelle. La bouche est munie de trois mamelons charnus. Le mâle porte deux spicules à son extrémité inférieure recourbée; la femelle présente l'orifice vulvaire dans un étranglement situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur environ. Les organes génitaux sont très développés et apparaissent par transparence sous forme de longs tubes flexueux.

Les ascarides habitent l'intestin grêle où leur nombre peut s'élever à plus d'un mille. Ils sont fréquents chez les enfants, surtout 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

(1) On peut rencontrer aussi dans l'intestin des vers de la famille des *Trématodes*; tels les faits de Andrew Wilson et de Prunac relatifs à la présence de la douve hépatique; mais ces faits sont encore trop rares et leurs symptômes trop mal définis pour prendre actuellement place dans une description dogmatique.

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 pouls 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, Trousseau, Campenon). 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 et perforer le tympan (Reynolds), 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 introduits 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 calomel, 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

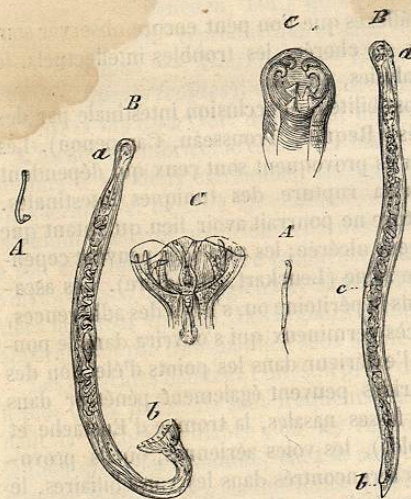


FIG. 42. — Ancylostome duodéal mâle. — A, grandeur naturelle; B, le même grossi; a, extrémité antérieure; b, extrémité postérieure; C, détails très grossis de cette extrémité postérieure et copulatrice, disposée en forme de capsule, avec les rayons qui la soutiennent.
Ancylostome duodéal femelle. — A, grandeur naturelle; B, la même grossie; a, extrémité antérieure; b, extrémité postérieure; c, orifice valvaire; C, tête très grossie, montrant la disposition de l'armature dentée buccale.

contraire renflée. Les œufs sont elliptiques avec des masses sphériques à leurs deux extrémités. Il vit dans le cæcum, où il peut se trouver en nombre abondant; sa présence passe ordinairement inaperçue.

Ancylostome duodéal (fig. 42). — C'est un ver cylindrique de 5 millimètres chez le mâle et de 13 chez la femelle. Il se fixe

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. Dujardin-Beaumetz emploie de préférence les lavements d'eau et de glycérine, partie égale de chaque.

Trichocephale. — Le *Trichocephalus dispar* est caractérisé par la forme en long flabellum de ses deux tiers antérieurs, la portion postérieure étant au

dans le duodénum et le jéjunum, produit des hémorrhagies répétées et, d'après Griesinger, est la cause directe de la chlorose d'Égypte. Nous avons vu plus haut que, grâce aux recherches de Peroncito, vulgarisées en France par Niepce, l'ancylostome duodéal pouvait être considéré comme la cause non équivoque de l'anémie des ouvriers du Gothard; des investigations plus récentes de Peroncito et Arloing ont montré depuis que ce parasite pourrait bien aussi jouer un rôle dans la production de l'anémie des mineurs.

Anguillula stercoralis. — M. le docteur Normand a découvert dans les selles des malades atteints de diarrhée de Cochinchine de petits vers nématodes auxquels il a donné le nom d'*Anguillula stercoralis* (fig. 43). D'après cet observateur, toutes les déjections qui contiennent même abondamment de ces vers ne sont pas propices à leur culture; certaines formes de déjections, qui doivent leur coloration brune, avec une consistance sirupeuse, à la présence de matières alimentaires féculentes, semblent être plus propres à ce genre d'éducation. La matière n'y disparaît que lentement et par évaporation, mais conserve ses propriétés liquides jusqu'au moment où elle ne consiste plus qu'en une sorte de vernis sur le fond du vase. Les déjections fournies par des hommes au régime lacté pur ne conservent pas bien le parasite, fait important à un autre point de vue. Toutes les matières stercorales enfermées dans des flacons, tubes, etc., éprouvent une fermentation après laquelle on ne retrouve plus bientôt que des cadavres qui eux-mêmes disparaissent assez vite. Sur des plaques de verre toute matière se dessèche rapidement, et après vingt-quatre heures il ne reste plus que des cadavres; cette faculté de l'animal de vivre cinq à six jours dans les matières sorties de l'intestin, pourvu qu'il ne soit pas tué par la fermentation ou la dessiccation, cette propriété peut être la cause de son introduction dans le canal digestif de l'homme. Le nombre de ces vers que certains malades expulsent chaque jour ne peut se représenter qu'avec six ou sept chiffres, plus de cent mille et parfois plus d'un million. Ce nombre est d'ailleurs assez variable suivant les malades et même suivant les jours chez chaque malade en particulier. (*Arch. de méd. nav.*)

A côté de l'anguillule stercorale il existe souvent une autre variété de plus grande taille : l'*anguillule intestinale* (fig. 44). Le professeur Bavay a rencontré ce ver six fois, et cinq des malades qui l'ont présenté sont morts. Faut-il tirer de là une conséquence