

grave ? Cette conclusion serait prématurée. Il est, du reste, infiniment moins abondant que l'anguillule stercorale.

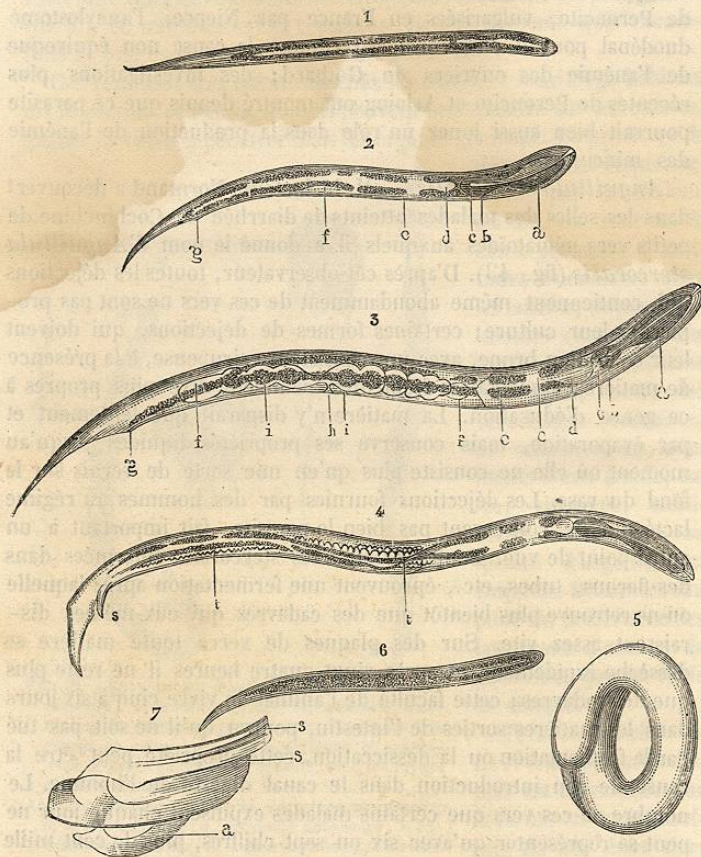


FIG. 43. — Anguillule stercorale, d'après les dessins du D<sup>r</sup> Bayay. — 1, premier âge ; 2, âge moyen ; 3, âge adulte (femelle) ; âge adulte (mâle) ; 5, œuf ; 6, embryon ; 7, spicules. (Arch. de méd. nav., 1877, t. XXVII, p. 39.)

CESTOÏDES. — *Tænia* (1). — Les tænia que l'on rencontre

(1) Consultez les traités d'histoire naturelle médicale : Moquin-Tandon, Cauvet, 2<sup>e</sup> édit., 1877, t. I, p. 358.

habituellement chez l'homme sont le *Tænia solium* et le *T. medio-canellata* ou *inermis* ; les autres espèces, beaucoup plus rares,

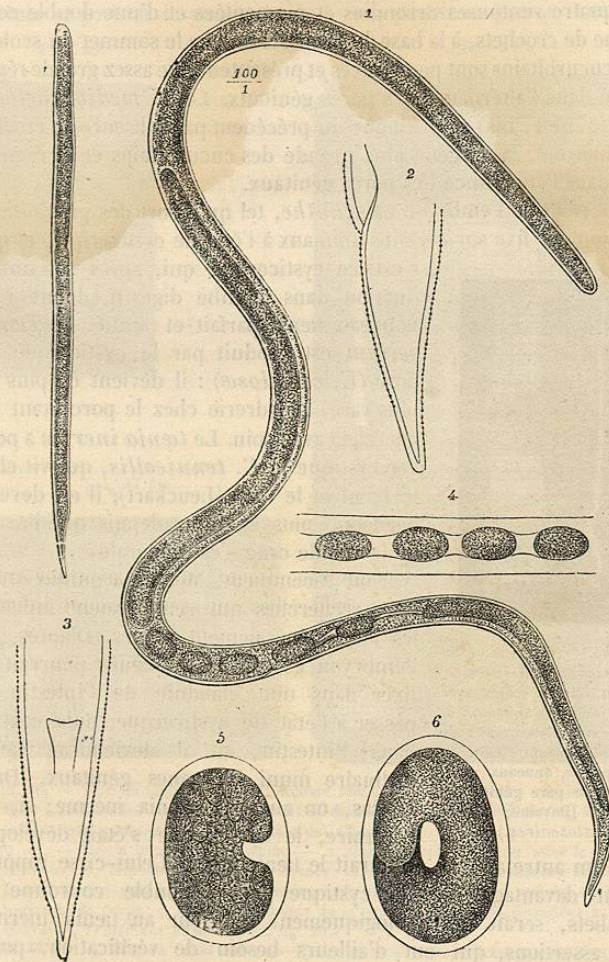


FIG. 44. — Anguillule intestinale. — 1, adulte ; 2, queue, vue de profil ; 3, *id.* par-dessous ; 4, tronçon du corps contenant des œufs ; 5, œuf contenant un embryon en voie de formation ; 6, l'embryon plus développé ; larve. (Arch. de méd. nav.)

sont le *T. nana*, le *T. elliptica*, le *T. madagascarensis*, (Davaine et Grenet), le *T. nigra* (Eaboulbène).

Le *Tænia solium* (fig. 45 et 46) est caractérisé par la présence de quatre ventouses arrondies et pigmentées et d'une double couronne de crochets, à la base du proboscide, sur le sommet du scolex. Les cucurbitains sont peu vivaces et présentent une assez grande régularité dans l'alternance des pores génitaux. Le *T. mediocanellata* (fig. 47 et 47 bis) se distingue du précédent par l'absence du crochet (*T. inerme*), la largeur plus grande des cucurbitains et l'irrégularité dans l'alternance des pores génitaux.

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

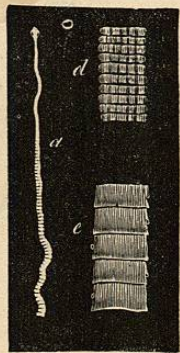


Fig. 45. — *Tænia armé* ou *Tænia solium* de l'homme. — *a*, tête ou scolex avec les premiers anneaux; *d*, anneaux transversaux de la région antérieure du corps; *e*, anneaux montrant le pore génital alterne. (Davaine, *Traité des entozoaires*.)

Tout récemment, Mégnin a publié quelques recherches qui sembleraient infirmer les idées généralement reçues. D'après lui, l'embryon *exacanthé* du tænia pourrait se fixer dans une glande de l'intestin, y passer à l'état de cysticerque, puis rentrer dans l'intestin, où il deviendrait tænia ordinaire muni d'organes génitaux. Dans ce cas, on aurait le tænia inerme; si, au contraire, le cysticerque s'était développé chez un autre animal, on aurait le tænia armé. Celui-ci se rapprochant davantage du ver cystique par sa double couronne de crochets, serait morphologiquement inférieur au tænia inerme. Ces assertions, qui ont d'ailleurs besoin de vérification, pourraient peut-être rendre compte des cas de ladrerie (Broca, Henrot, Vallin, Féréol) observés chez des personnes atteintes de tænia.

*Bothriocéphale*. — Le *bothriocéphale* (*Bothriocéphalus la-*

*tus*) est caractérisé par la présence de deux fossettes (*βόπιον*, fossette) sur les parties latérales de la tête qui est allongée, privée de ventouses et de crochets, par leurs anneaux qui sont larges et portent le pore génital à leur partie moyenne. Les frag-

Fig. 46.

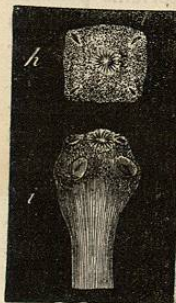


Fig. 47.

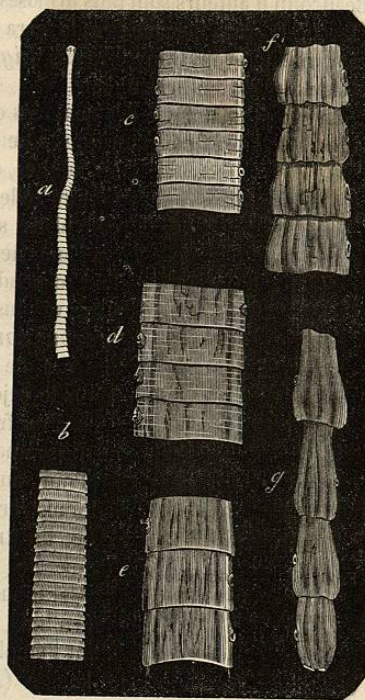


Fig. 47 bis.

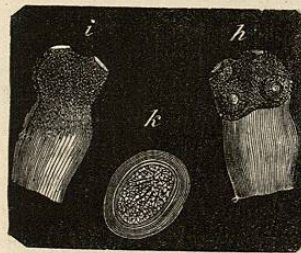


Fig. 46. — Tête du tænia armé de l'homme vue sous deux aspects. — *h*, la tête vue de face montrant les quatre ventouses et la double rangée de crochets; *i*, tête vue de trois quarts (grossissement: 12 diamètres). (Davaine.)

Fig. 47. — *Tænia inerme* de l'homme. — *a*, tête ou scolex et cou avec les premiers anneaux; *b*, anneaux n'étant pas sexués; *c*, *d*, anneaux transversaux commençant à montrer les pores génitaux latéraux; *e*, *f*, anneaux carrés et sexués de la partie moyenne du corps; *g*, anneaux allongés de la partie postérieure. Grandeur naturelle. (Davaine, *Traité des entozoaires*, fig. 20.)

Fig. 47 bis. — Tête du tænia inerme. — *i*, *h*, vue sous deux aspects, grossie cinq fois. — *k*, œuf mûr du même tænia, grossi trois cent quarante fois.

ments des *bothriocéphales* sont toujours plus longs que ceux des tænia et perdent leur vitalité dès qu'ils sont détachés du scolex.

L'origine du bothriocéphale est encore peu connue. On le trouve surtout dans la Suisse occidentale (Lebert), le littoral de la Baltique, la Suède, la Russie, la Pologne. Sa larve ciliée a été vue nageant librement dans l'eau par Knoch, qui croit que l'homme est 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 la ferra du lac de Genève, et Bertholus croit même avoir trouvé dans la *Ligula nodosa* du saumon le ver vésiculaire du bothriocéphale.

La symptomatologie des tæniadés est la même que celle des ascariades, à cela près pourtant que le tænia se développant surtout chez

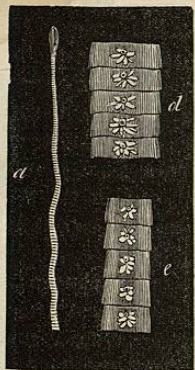


FIG. 48. — Bothriocéphale large. — a, tête et cou; c, anneaux élargis et sexués. (Davaïne.)

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*, et B. Teissier a publié un cas de sciatique rebelle qui a guéri après le rejet du tænia; là encore l'expulsion d'un fragment du cestoïde est un signe pathognomonique.

Pour amener l'expulsion du tænia on administrera d'abord le tæniifuge, puis, deux ou trois heures après, un purgatif (huile de ricin, calomel). Beaucoup de préparations jadis très employées sont aujourd'hui tombées en désuétude; celles dont l'emploi a le plus de chances de succès sont : les fleurs de kousso (*Brayera anthelminthica*), le tæniifuge par excellence, à la dose de 20 grammes, infusées dans 250 grammes d'eau; la macération d'écorce de racine de grenadier à la dose de 60 grammes, ou son alcaloïde le sulfate de pelletiérine (Beaumez, Bucquoy, Féréol) = (4 à 8 gram., 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, le 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 nématode parasite des muscles, qui n'atteint son état parfait que dans le tube digestif. La trichine siège dans le tissu musculaire strié, tout près des tendons : dans cet état elle est enroulée sur elle-même, enkystée dans une capsule ovoïde, et n'a pas d'organes génitaux. C'est dans la viande de porc, chez les rats et les souris, qu'on rencontre les trichines. Lorsque l'homme a ingéré de la viande de porc trichinée, le suc gastrique dissout la capsule du kyste; la trichine, mise en liberté, acquiert rapidement des organes génitaux et donne naissance à une quantité innombrable de petites trichines rectilignes qui perforent le tube digestif et vont se loger dans les muscles, à commencer par le diaphragme et les intercostaux, où elles s'enkystent à leur tour.

Les symptômes de la trichinose sont d'abord ceux d'une fièvre gastro-intestinale; puis on observe de la dyspnée, des douleurs musculaires, de l'anasarque, et enfin des troubles adynamiques au milieu desquels la mort peut survenir dès le cinquième jour (Zenker).

La guérison n'est pas rare; elle a lieu par l'enkystement des trichines et leur dégénérescence calcaire ou graisseuse.

Quand la trichine est encore dans le tube digestif, on doit chercher à l'expulser par les purgatifs et les vermifuges; malheureusement il n'en est aucun dont l'action soit efficace. La thérapeutique est impuissante lorsque les trichines ont atteint les muscles, et ne doit viser qu'à soutenir les forces du malade jusqu'à l'enkystement.

LALLEMAND. Des pertes séminales involontaires, 1842. — ZENKER. Virchow's Arch., 1850. — LEUCKART. Die menschliche Parasiten, etc. Leipzig, 1862. — BERTHOLUS. Revue et magasin de zoologie, 1863. — KNOCH. Berl. klin. Wochenschr., 1864. — Compt. rend. de l'Acad. des sc., 1869. — LUTON. Art. Entozoaires, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1870. — DAVAINÉ et GRENET. Arch. de méd. nav., 1870. — DAVAINÉ. Traité des entozoaires, 1860, 2<sup>e</sup> 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 nématode de la dysenterie chronique de Cochinchine (Gaz. hebdom., 1877). — E. GOUBERT. Des maladies vermineuses chez les enfants, 1878. — MÉGNIN. Revue d'hygiène et de police sanitaire, mars-avril 1879. — Le développement et les métamorphoses des ténias chez les mammifères (Journ. de l'anat. et de la phys., mai-juin 1879). — BRETON. Arch. de médecine navale, 1879. — FÉREOL. Un cas de ladrerie chez l'homme (Soc. méd. des hôp., mai 1879). — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879. — ROCHEMURE. De l'action physiologique et thérapeutique des sels de pelletiérine. Paris, 1879. — PRUNAC. Distome hépatique chez l'homme (Lyon méd., 1879). — SAINT-CYR. Rapport sur l'obs. de Prunac (ib., 1879). — PERRONCITO. Giornale della R. Acad. di Torino, 1880. — MONIE. Essai sur les cysticerques, thèse de Lille, 1880. — PELLOT. Ladrerie chez l'homme, th. de Paris, 1880. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Clin. therap., 1880. Consultez le Central-Blatt für Schweiz. Aertze, 1881. — BEUMLER, FREHLICH, SONDEREGGER. — BUGNION. An. de la Suisse romande, 1881. — G. SÉE. Diagn. de la trichinose chez l'homme (Union médicale, mars 1882).

## GASTRORRHAGIE. — ENTÉRORRHAGIE.

La *gastrorrhagie* s'accompagne de vomissement de sang ou *hématémèse*; l'*entérorrhagie* s'accompagne du rejet du sang dans les selles ou *mélena*. Il n'est pas rare d'observer le *mélena* en même temps que l'*hématémèse*.

L'hémorrhagie gastro-intestinale est *idiopathique* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, on l'observe à la suite d'un traumatisme extérieur, de l'ingestion d'un corps anguleux ou d'un liquide corrosif. Elle peut reconnaître pour cause la suppression d'un flux habituel, comme, par exemple, les règles ou les écoulements hémorrhoidaires : elle est alors *supplémentaire*. Elle est beaucoup plus souvent symptomatique; elle s'observe dans les maladies ulcéreuses du tube digestif : ulcère simple de Cruveilhier, cancer, entérite aiguë, dysenterie, fièvre typhoïde. L'entérorrhagie est un symptôme commun des polypes et des tumeurs érectiles de l'intestin (Laboulbène). Des anévrysmes se sont ouverts dans le tube digestif en donnant lieu à des hémorrhagies foudroyantes. Les vers intestinaux provoquent assez rarement à l'hémorrhagie; cependant nous avons vu que la chlorose des pays chauds est peut-être due aux hémorrhagies répétées que cause l'ancylostome duodéal.

Les hémorrhagies gastro-intestinales se rencontrent fréquemment dans les maladies du cœur, des poumons et du foie, qui apportent des entraves à la circulation veineuse, et en particulier dans la cirrhose du foie. Les perturbations dans la circulation porte, la ligature prématurée du cordon ou sa compression, produisent le *mélena* des nouveau-nés (Kiwisch, Bouchut). On observe encore des hémorrhagies intestinales dans les pyrexies exanthématiques à *forme hémorrhagique*; enfin, ces hémorrhagies sont un symptôme fréquent dans les maladies dyscrasiques, telles que l'ictère grave, la fièvre jaune, le scorbut, l'hémophilie.

L'hématémèse se compose d'un sang rouge et pur, ou simplement coagulé en caillots violacés, dans les ruptures anévrysmales (anévrysmes de l'aorte, de l'aorte thoracique, du tronc coeliaque), l'ulcère simple de l'estomac, les varices de l'œsophage d'origine hépatique (Fauvel, Audibert, Dussaussy), les hémorrhagies supplémentaires. L'hématémèse noire, d'une couleur rappelant la suie ou le marc de café, est presque spéciale au cancer de l'estomac; on l'observe cependant dans l'ulcère simple lorsque les vaisseaux rompus

sont peu volumineux, et qu'ils donnent lieu à un écoulement lent du sang dans l'estomac.

Le *mélena*, conséquence directe de l'entérorrhagie, s'observe aussi parfois dans la gastrorrhagie, lorsque tout le sang épanché n'est pas expulsé par le vomissement. Il se compose généralement d'un sang noir, très altéré par les sucs digestifs et donnant aux selles l'apparence du goudron; mais lorsque la lésion est peu éloignée de l'anus (colite, dysenterie, etc.), le sang peut être rouge ou seulement coagulé en partie.

DESCRIPTION. — La gastrorrhagie se produit quelquefois brusquement (ulcère simple de l'estomac, rupture d'un anévrysmes) : elle est alors abondante et peut amener la syncope ou même une mort immédiate. Le plus souvent l'hématémèse est précédée de quelques troubles gastriques : à une sensation de chaleur ou de tension au niveau de l'épigastre s'ajoute un état de lassitude et de malaise général, le refroidissement de toute la surface cutanée, la pâleur de la face; puis surviennent des nausées, une sensation de brûlure sur tout le trajet de l'œsophage et le vomissement sanglant se produit; immédiatement avant, la percussion permet de constater une matité ou une submatité d'étendue variable au niveau de l'épigastre. Le sang est noir ou rouge suivant les cas, et, pour peu que le vomissement soit abondant, on assiste à des lipothymies et à des syncopes. Souvent aussi plusieurs hématémèses se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les signes de l'entérorrhagie ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la gastrorrhagie, le *mélena* étant mis à part. Là encore on voit survenir un malaise général, des éblouissements, des syncopes, etc., le ventre se ballonne et se tend, et les évacuations sanglantes se produisent après un temps variable avec une sensation de ténésme et de brûlure dans le rectum et l'anus.

Quelquefois cependant les hémorrhagies gastro-intestinales restent à l'état latent, notamment dans la fièvre typhoïde, sans donner lieu à aucune expulsion sanglante. Dans ces cas, qu'il importe de reconnaître immédiatement, on voit la peau se décolorer et se refroidir, le ballonnement du ventre devenir considérable, le pouls faiblir et les syncopes se succéder plus ou moins rapidement, suivant la quantité du sang épanché.

DIAGNOSTIC. — L'hématémèse doit être différenciée de l'hémoptysie. Dans celle-ci il y a des douleurs dans la poitrine et dans le dos, des râles dans les poumons, des accès de toux, de la dyspnée;

le sang est rouge, rutilant, spumeux, en général peu abondant. Le diagnostic devient très difficile lorsque l'hématémèse provoque des accès de toux par action réflexe, ou lorsque le sang de l'hémoptysie pénètre dans l'estomac et est rejeté plus tard sous forme d'un liquide noirâtre analogue au marc de café.

L'épistaxis peut donner lieu à un écoulement de sang qui pénètre dans les voies digestives et est ensuite rejeté par hématémèse. Le diagnostic est impossible lorsqu'on ne retrouve pas quelques caillots dans les fosses nasales ou quelques stries sanglantes sur la muqueuse du pharynx.

L'entérorrhagie doit être distinguée de la gastrorrhagie qui se traduit seulement par du méléna. Lorsque le sang sera rouge et liquide et qu'on pourra écarter les causes ordinaires d'entérorrhagie : dysenterie, fièvre typhoïde, on recherchera, par le toucher rectal, s'il existe des hémorroïdes internes, un polype, etc.

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

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

TRAITEMENT. — On cherchera d'abord à provoquer une révulsion vers les parties périphériques, après avoir recommandé au malade de rester étendu dans son lit sans faire de mouvements. On appliquera de la glace sur l'abdomen et l'on en fera absorber par petits fragments. On aura recours en même temps à l'eau acidulée, aux astringents : ratanhia, cachou, perchlorure de fer, ergotine, etc.

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

BOUCHARD. Pathogénie des hémorragies, th. de concours, 1869. — LABOULBÈNE. Tumeur érectile de l'intestin (Bull. de l'Ac. de méd., 1872), et Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879, p. 198. — KLING. Ueber Melæna Neonatorum, 1875. — AUDIBERT. Des varices œsophagiennes dans la cirrhose, th. de Paris, 1874. — DUSSAUSAY. Même sujet, th. de Paris, 1877.

## DES HÉMORRHOÏDES.

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 au 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'am-

L. et T. — Path. et clin. méd.