

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. — MONTFALCON. Dict. des sc., méd., t. XXIII, 1818. — ROKITANSKY. (Ester. med. Jahrb., 1836. — GORHAM. Guy's Hosp. Rep., 1838. — SAINT-LAUGIER. Th. 1880. — RAIGE-DELORME. Art. Volvulus, in Dict. de méd., 1846. — DUCHAUSSEY. Mém. de l'Ac. de méd., t. XXIV. — PARISE. 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. hóp., 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. hóp., 1874). — FAUCON. Soc. de chir., 1873, et Arch. gén. de méd., 1873. — LUTON. 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. — RAPINESQUE. Étude clinique sur les invaginations intestinales chroniques, th. de Paris, 1878. — GUINAND-DEJERINE. 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° 1. — DAMASCHINO. Loc. cit. — BARIÉ et DUGASTEL. 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. — LEGORCHÉ 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

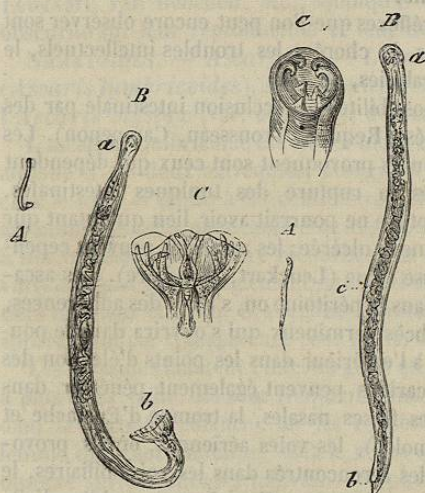


FIG. 42. — Ancylostome duodénal mâle. — A, grandeur naturelle ; B, le même grossi ; a, extrémité antérieure ; b, extrémité postérieure ; C, détails très grossis de cette extrémité postérieure et copulatrice, disposée en forme de capsule, avec les rayons qui la soutiennent.

Ancylostome duodénal femelle. — A, grandeur naturelle ; B, la même grossie ; a, extrémité antérieure ; b, extrémité postérieure ; c, orifice vulvaire ; 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 duodénal (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 duodénal 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

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

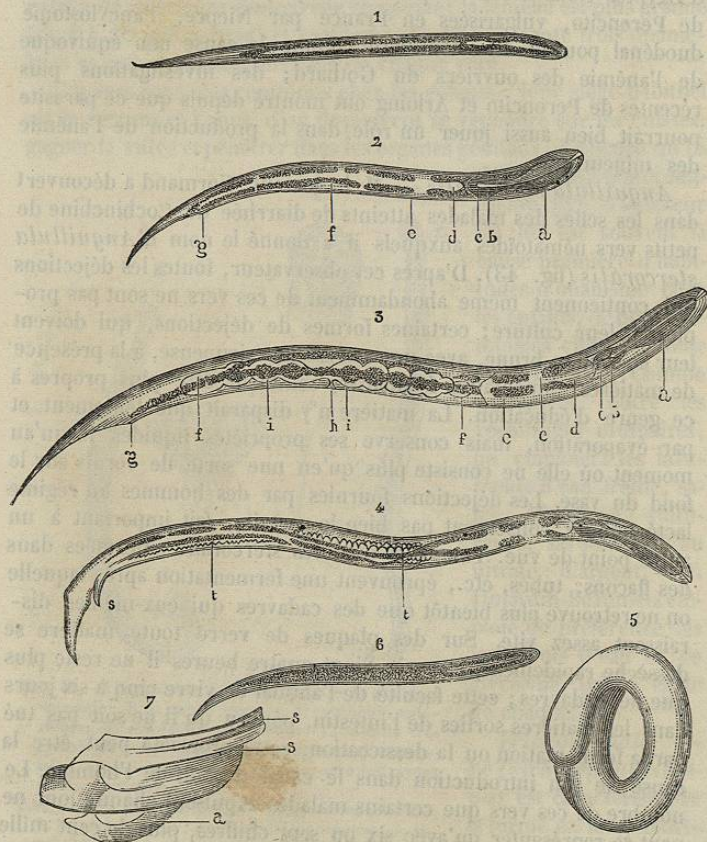


FIG. 43. — Anguillule stercorale, d'après les dessins du D^r Bavay. — 1, premier âge; 2, âge moyen; 3, âge adulte (femelle); 4, âge adulte (mâle); 5, œuf; 6, embryon; 7, spicules. (*Arch. de méd. nav.*, 1877, t. XXVII, p. 39.)

CESTOÏDES. — *Tenias* (1). — Les ténias que l'on rencontre

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

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

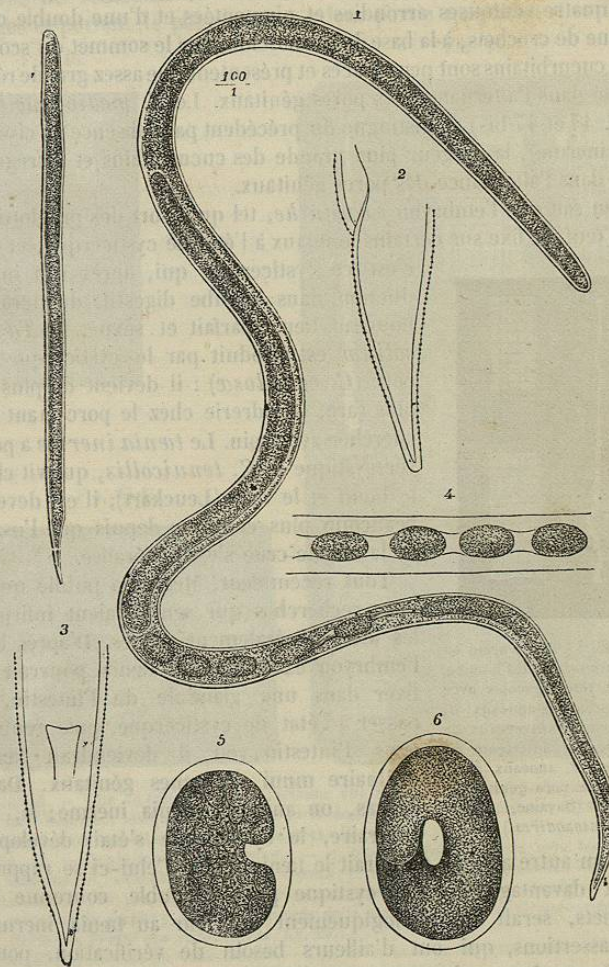


FIG. 44. — Anguillule intestinale. — 1, adulte; 2, queue, vue de profil; 3, *id.* par-dessous; 4, tronçon du corps contenant des œufs; 5, œuf contenant un embryon en voie de formation; 6, l'embryon plus développé; larve. (*Arch. de méd. nav.*)

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

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. cellulosæ*) : 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.

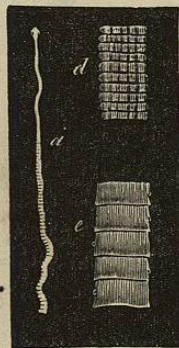


FIG. 45. — *Tænia armé* ou *Tænia solium* de l'homme. — *a*, tête ou scolex avec les premiers anneaux; *d*, anneaux transversaux de la région antérieure du corps; *e*, anneaux montrant le pore génital alterne. (Davaine, *Traité des entozoaires*.)

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 (*Bothriocephalus la-*

tus) est caractérisé par la présence de deux fossettes ($\beta\theta\theta\rho\tau\omicron\nu$, 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.

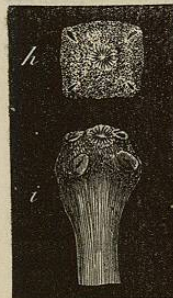


FIG. 47.

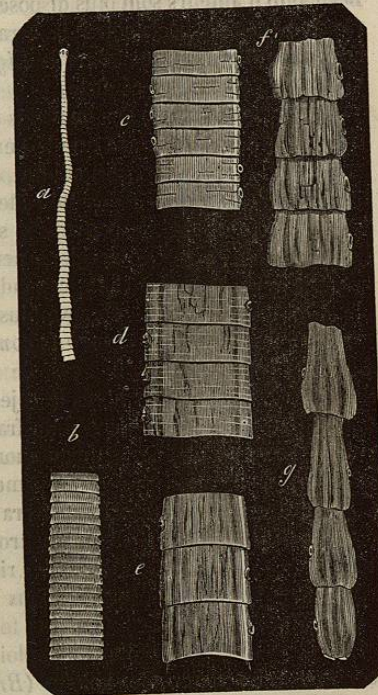


FIG. 47 bis.

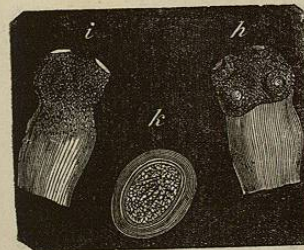


FIG. 46. — Tête du *tænia armé* de l'homme vue sous deux aspects. — *h*, la tête vue de face montrant les quatre ventouses et la double rangée de crochets; *i*, tête vue de trois quarts (grossissement: 12 diamètres). (Davaine.)

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. — *h*, œuf mûr du même *tænia*, grossi trois cent quarante fois.

ments des bothriocéphales sont toujours plus longs que ceux des *tænia*s 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 ascariides, 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*, et B. Teissier a publié un cas de sciaticque rebelle qui a guéri après le rejet du tænia ; là encore l'expulsion d'un fragment du cestoïde est un signe pathognomonique.

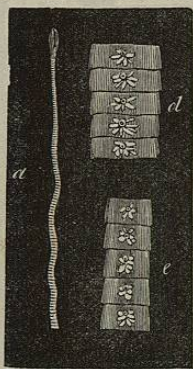


FIG. 48. — Bothriocéphale large. — a, tête et cou ; c, anneaux élargis et sexuels. (Davaïne.)

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 anthelmintica*), 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 pelletière (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 GRENÉ. Arch. de méd. nav., 1870. — DAVAINÉ. Traité des entozoaires, 1860, 2^e 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'anguille 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 physiol. et thérap. des sels de pelletière. 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. thérap., 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 *mélæna*. Il n'est pas rare d'observer le *mélæna* 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 duodénal.

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 *mélæna* 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 cœliaque), 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 *mélæna*, 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 *mélæna* 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 ;