

ou de noyaux disséminés ; d'autres fois il occupe une certaine longueur de l'intestin qu'il transforme en un tube dur, rigide, incapable de toute contraction. Le plus souvent il devient *ulcéreux* en même temps qu'il diminue considérablement la lumière de l'intestin ; au-dessus de lui l'intestin est dilaté et rempli de matières fécales. Il n'est pas rare de voir survenir des perforations par rupture ou par ulcération et des communications anormales avec les viscères voisins du néoplasme.

Le cancer de l'intestin est souvent *secondaire* ; lorsqu'il est *primaire*, il offre une grande tendance à la généralisation.

Le cancer de l'intestin reste quelquefois complètement latent et ne se révèle qu'à l'autopsie. En général, après une période plus ou moins longue où l'on n'observe que des alternatives de constipation et de diarrhée, des coliques, un affaiblissement graduel, on voit survenir certains symptômes plus caractéristiques ; aux signes d'un rétrécissement vient se joindre une diarrhée abondante, puriforme, très souvent mélangée de sang. La constipation s'observe quelquefois et, dans ce cas, si le rétrécissement cancéreux n'est pas situé trop haut, les fèces sont rubanées et comme passées à la filière, signe qui n'a de valeur qu'autant qu'il n'y a pas de temps à autre d'évacuations normales. En même temps la palpation de l'abdomen fera découvrir une tumeur dure et bosselée, plus ou moins bien limitée et adhérente, douloureuse, mate à la percussion, parfois rythmiquement soulevée par les battements aortiques. L'apparition de la cachexie cancéreuse avec ses symptômes caractéristiques viendra souvent dissiper tous les doutes.

Le pronostic est toujours fatal, et la mort survient au bout de quelques mois, soit par suite des progrès de la cachexie, soit plutôt par une complication (obstruction intestinale, péritonite, perforation).

Dans ces conditions le traitement ne peut être que palliatif. On cherchera à soutenir le malade et à lutter contre la déperdition des forces. Le régime lacté devra être employé tant qu'il sera supporté, mais en même temps il faudra prévenir la constipation par l'emploi répété des purgatifs salins (sels de soude et de magnésie, eau de Carlsbad, Pullna, Hunyadi János) ou de l'huile de ricin. Les douleurs seront calmées par l'opium à haute dose et les injections de morphine. Le traitement chirurgical (colotomie, anus artificiel) n'a donné que des résultats négatifs.

CANCER DU RECTUM. — Bien que nous ayons plusieurs fois signalé ses rapports avec les grandes maladies diathésiques, le diabète

plus particulièrement, le cancer du rectum appartient plutôt au domaine de la chirurgie qu'à celui de la médecine. Le cancer colloïde est plus fréquent dans le rectum que dans l'intestin, et l'épithéliome à cellules pavimenteuses s'observe à sa partie inférieure. Les tumeurs cancéreuses du rectum sont ordinairement appréciables au toucher ; elles donnent lieu à des douleurs très vives s'irradiant vers le sacrum et les lombes, à des épreintes, à du ténésme. La propagation du cancer au vagin et à l'utérus ou à la vessie est fréquente. Nous renvoyons aux traités de chirurgie pour l'étude détaillée du cancer du rectum, et surtout pour le traitement.

ROKITANSKY, LEBERT, WUNDERLICH, GRISOLLE, LANCEREAUX, JACCOUD, etc. — A. LAVERRAN. Arch. de physiologie, 1876. — LEICHTENSTERN. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, vol. VII, Krankheiten des chylopoetischen Apparates. — STEPHEN MACKENZIE. Annular stricture of the Intestine : its diagnosis and treatment (Brit. med. Journ., May 1879). — JOURNET. Étude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle, th., Paris, 1883. — POLLOSSON. Société de méd. de Lyon, 1885. — BOINET. Parentés morbides, th. concours, Paris, 1886. — RIND-FLEISCH. Histologie pathologique, trad. par F. Gross et Schmitt. Paris, 1888. — RECLUS. Clinique de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1888.

OCCLUSION INTESTINALE

Synonymie : *Iléus, volvulus, étranglement interne, passion iliaque* (Sydenham), *colique de misérère*.

Sous le terme général d'*occlusion intestinale* on désigne tous les cas dans lesquels les matières fécales sont arrêtées dans leur trajet intestinal.

ÉTILOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue des causes qui lui donnent naissance on peut distinguer : l'occlusion par *rétrécissement*, par *étranglement*, par *volvulus*, par *invagination*, par *obstruction*.

Occlusion par rétrécissement. — Le rétrécissement peut être spasmodique, pariétal, cicatriciel, ou dépendre d'une compression exercée par une tumeur voisine.

Le rétrécissement spasmodique (*passion iliaque vraie* de Sydenham, *iléus nerveux*) n'a certainement pas l'importance que lui attachaient les anciens auteurs, mais il ne doit pas être écarté d'une façon absolue. Outre qu'on peut l'observer secondairement sous une forme légère dans une foule de processus irritatifs de l'intestin, il est un certain nombre de faits, ceux de Jaccoud et de Thibierge par exemple, où le spasme nerveux semble être la seule explication plausible des phénomènes observés.

Le rétrécissement pariétal est dû le plus souvent aux dégénérescences cancéreuses ou tuberculeuses de l'intestin, aux polypes de la muqueuse, parfois à la simple hypertrophie partielle des tuniques. Dans un cas observé par Laennec, un kyste hydatique était la cause du rétrécissement.

Le rétrécissement cicatriciel est moins fréquent et s'observe dans la dysenterie, l'entérite simple ou tuberculeuse, la syphilis (rétrécissement du rectum).

Le rétrécissement par compression extérieure est rarement absolu. La grossesse lui donne quelquefois naissance; il en est de même des kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses de l'utérus (Faucon), des hématoécèles péri-utérines, de l'hypertrophie sénile de la prostate, du cancer ou des kystes hydatiques du péritoine. Béhier a même noté les accidents de l'occlusion dans certains cas de rétroversion utérine simple. On a observé encore cette variété de rétrécissement dans les déplacements de la rate (Pétrequin), du foie, du pancréas, du rein (Bartels) et par suite aussi de compressions exercées soit par des ganglions tuberculeux ou cancéreux du mésentère ou du petit bassin (Abercrombie), soit par des abcès de la fosse iliaque. Enfin une anse intestinale distendue par les matières fécales peut comprimer une autre portion de l'intestin et en amener l'occlusion (Bamberger).

Occlusion par étranglement. — L'étranglement peut se faire sur un orifice naturel, comme les hernies du *ligament large*, la *hernie iliaque* de Rieux, la *hernie antévésicale*, etc., qui se sont étranglées dans les points qu'elles occupent (Parise), ou qui, après avoir été externes, ont été réduites en masses (Gosselin, Faucon). C'est dans le même ordre de faits qu'il faut ranger la hernie rétro-péritonéale de Treitz, qui s'étrangle sur l'hiatus de Winslow et la hernie diaphragmatique (Duguet).

L'étranglement *par brides*, beaucoup plus fréquent, se produit soit sur d'anciennes brides péritonéales très diversement disposées, soit sur des adhérences épiploïques, un diverticulum de l'iléum, l'appendice iléo-cæcal dont l'extrémité libre est venue se fixer sur la paroi abdominale ou sur un viscère (utérus, vessie, etc.).

L'étranglement porte le plus souvent sur l'intestin grêle.

Occlusion par volvulus. — Le volvulus est rare : il se produit sur des brides péritonéales par un mouvement rotatoire de la masse intestinale (*étranglement rotatoire* de Rokitansky); parfois l'anse intestinale se tord une ou plusieurs fois sur elle-même (Oulmont, Panas).

L'obstruction intestinale *par volvulus* appartient plus particu-

lièrement au gros intestin et spécialement à sa partie descendante, à l'S iliaque. Grâce à la laxité du mésocolon qui sert à la fixer, la portion supérieure de l'S subit un mouvement de rotation de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que le rectum se trouve placé en avant du colon. Ce mécanisme, qui, d'après les recherches de Léger et de Leichtenstein, est de beaucoup le plus fréquent, constitue la variété *rectum en avant* décrite par Potain, par opposition à la variété dite *rectum en arrière*, qui peut s'observer néanmoins et tient à la torsion en sens inverse de l'anse d'enroulement (torsion de haut en bas et d'arrière en avant). Ces distinctions ont une importance considérable au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Le volvulus de l'S iliaque s'observe presque exclusivement chez l'homme (10 cas, Besnier).

Occlusion par invagination. — C'est la cause la plus fréquente de l'occlusion (37 pour 100 environ). D'après la statistique de Duchaussoy, l'invagination porterait plus souvent sur l'intestin grêle que sur le gros intestin; mais Rillet, Bucquoy, Besnier sont d'un avis absolument opposé. Pour Bulteau elle serait iléo-cæcale ou iléo-colique 392 fois sur 703 cas. Affection de tous les âges, l'intussusception est assez fréquente chez les enfants (Gorham, Rilliet). Ordinairement simple, elle peut être double, quelquefois même triple (Bucquoy); le sens de sa pénétration est en général celui des matières (*invagination descendante*), et elle peut être poussée assez loin pour que le cæcum vienne apparaître à l'anus; cependant elle se fait quelquefois de bas en haut (*invagination rétrograde*).

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 agoniques 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 accolement 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 hémorrhagies 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 (1) 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, ces amas de sable intestinal décrits par Laboulbène, 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 Friedlander a attiré l'attention sur certains cas d'obstruction intestinale causée par l'absorption du vernis à laquer. Ces faits ont été observés chez des ouvriers de Berlin et de Potsdam : 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 et que Poupon, plus récemment, a bien décrits dans une monographie complète.

(1) Chez les enfants, la condensation du *méconium* peut constituer des masses indurées assez volumineuses pour produire l'obstruction intestinale et nécessiter la création d'un anus artificiel (Eustache).

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 (1) ; 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 soit 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

(1) Dans quatre faits récents d'occlusion intestinale, Nepveu a retrouvé des bactéries dans la sérosité péritonéale (*Cercomonas intestinalis*). Nepveu pense que ces bactéries, qui peuvent passer dans le péritoine même en l'absence de lésions de l'intestin, sont la cause de la péritonite post-opératoire encore trop fréquente. Cette notion semble donc plaider en faveur de l'intervention précoce en cas d'étranglement intestinal.

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, avec sa raison intacte ou à peine troublée, dans un collapsus profond, dont la condition génératrice réside certainement, comme l'a bien montré le professeur Bouchard, dans la résorption des poisons intestinaux.

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 attentivement tous les orifices péritonéaux afin d'écartier 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 fera 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).

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.

(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.

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 (voy. *British med. Journal*, 1878-1879), n'est point encore définitivement résolue. Tout fait espérer cependant que les progrès de l'antisepsie rendront de moins en moins redoutable cette intervention précoce qui peut fournir au diagnostic des indications de premier ordre.

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 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 (Boudet de Paris) (1), mais doit encore être rejetée dans l'invagination.

(1) Boudet de Paris règle ainsi qu'il suit le manuel opératoire : Choisir

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.

L'opération aura d'autant plus de chances de succès qu'on y aura eu recours plus tôt.

BONNET (de Lyon). Étrangl. de l'intestin. Paris, 1830. — MONTFALCON. Dict. des sc. méd., t. XXIII, 1838. — DUCHAUSSOY. Mém. de l'Acad. de méd., t. XXIV. — PARISE. Rev. méd.-chir., 1854. — 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 35 jours (Gaz. hóp., 1863). — BAMBERGER. Krankheiten der chilopoetischen Systems, 1864. — HENROT, th., Paris, 1865. — DUGUET. De la hernie diaphragmatique congénitale, th. de Paris, 1866. — 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. — RAFINESQUE. Étude clinique sur les invaginations intestinales chroniques, th. de Paris, 1878. — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879, p. 231. — BARIÉ et DUCASTEL. Diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus (Bullet. Soc. anat., 1879). — FRIEDLAENDER. Berlin. klin. Wochenschr., 1880, n° 1. — DAMASCHINO. Loc. cit. — PEYROT. Intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin, th. conc., Paris, 1880. — LECORCHÉ et TALAMON. Études médicales, 1881. — NEPVEU. Bactéries de la sérosité péritonéale à la suite d'obstruct. int. (Soc. biol., 1883). — VANDÔME. Obstr. intest., th., Paris, 1883. — THIBERGE. Contrib. à l'étude de l'obstr. intestinale sans obstr. mécanique, th., Paris, 1884. — BOUDET. Trait. de l'occlus. int. p. l'électricité (Prog. m., 1885). — LÉVÊQUE. Occlus. intest. prod. p. la rotation de l'intestin, th., Paris, 1885. — J. ASHHURST. Oblit. int. (Encycl. internat. de chirurg., Paris, 1886, t. VI). — POUPOU. Des pseudo-étranglem. int., th., Paris, 1886. — EUSTACHE. Oblit. int. chez les nouveau-nés (Jour. scien. méd., Lille, 1888).

de préférence le courant de pile et faire des séances de cinq à vingt minutes avec une intensité de courant variant de 15 à 50 milli-ampères. Le pôle positif, représenté par un fil métallique porté par une sonde, est introduit dans l'intestin préalablement rempli d'eau salée ; le pôle négatif est appliqué sur le dos (plaque métallique). Si l'intestin a perdu sa sensibilité, il sera bon d'intervertir de temps en temps le courant.

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 mode de reproduction et de développement.

NÉMATOÏDES. — *Ascarides*. — L'ascaride lombricoïde, lombric (*Ascaris lumbricoides*), 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.

(1) On peut rencontrer aussi dans l'intestin des vers de la famille des *Trématodes*; tels les faits d'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.

Ce sont des 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 mûri-forme.

Les accidents nerveux réflexes que l'on peut encore observer sont l'insomnie, les convulsions, la chorée, les troubles intellectuels, l'aphasie (Lichtenstein), le délire, l'amaurose, les paralysies, etc. Wichnevski a même observé le tétanos.

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, Dolgenkoff). Les ascarides peuvent également pénétrer dans l'estomac, l'œsophage, les fosses nasales, la trompe d'Eustache et perforer le tympan (Raynolds), les voies aériennes, où ils provoquent la suffocation; on les a rencontrés dans les voies biliaires, le tissu du foie, les canaux pancréatiques, la veine splénique (Drashe). 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