

On a vu les gorets nés de truie ladre affectés de la maladie. Kuchenmeister croit que la maladie vient de l'entrée des embryons du cysticerque dans le corps du jeune cochonnet, pendant qu'il est dans la matrice.— Ils

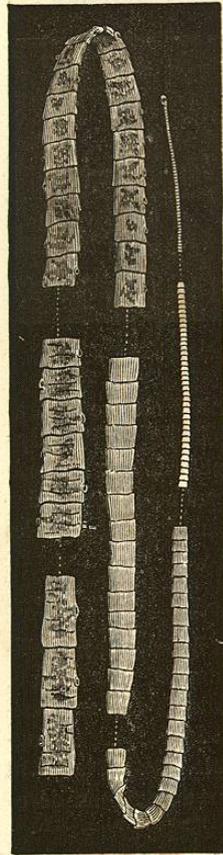


Fig. 77. — Ténia (*).

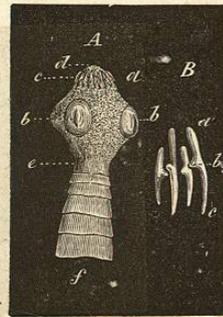


Fig. 78. — Tête du ténia (**).



Fig. 79. — Article isolé du ténia ou zoonite (***)

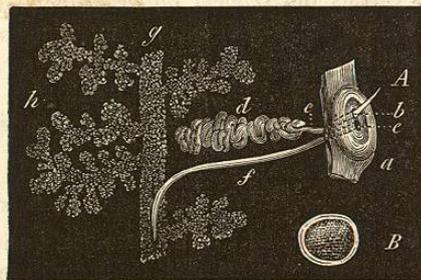


Fig. 80. — Double appareil de chaque zoonite, ou article du ténia (****).

ne peuvent entrer dans les ovules, car ceux-ci ont 1/20 millimètres et les embryons en ont 2/20.

En Abyssinie, la population musulmane a rarement le ténia, car elle mange rarement de viande de bœuf et de cochon cru, ce qui est contraire à la loi religieuse, tandis

que la population chrétienne qui en mange beaucoup en a plus souvent.

Les exemples de ténias, observés chez les enfants, sont relatifs à des sujets de huit mois (Wolphius); de dix mois (Deroche et Legendre); de deux ans (Buisson, Moussous); de trois ans (Buisson, Wawruch, de Vienne); de quatre ans (Laforêt). J'en ai vu un exemple en 1862 chez un sujet de quatorze mois que l'on commençait à nourrir depuis trois mois, et en 1857 j'en ai vu deux exemples à l'hôpital Sainte-Eugénie, sur deux petits garçons de quatre et six ans. Depuis lors j'en ai vu un grand nombre chez des sujets de tout âge. Il y en a eu un sur un enfant de huit mois qui l'a rendu tout entier sous l'influence du calomel, un autre sur un enfant de neuf mois, et le reste sur des enfants de cinq à douze ans. Si je réunis, aux 27 cas

(*) La tête est filiforme et le corps composé d'articles juxtaposés, plus larges à mesure qu'on arrive au milieu du corps.

(**) A, tête du ténia: a, partie antérieure un peu atténuée; b, b, oscules; c, double couronne de crochets; d, prothoïde; e, commencement du cou; f, premières articulations. — B, crochets: a, manche; b, garde; c, griffe.

(***) a, orifices génitaux; d, canal déférent et testicule; f, oviducte; g, h, ovaires. (Moquin-Tandon).

(****) A, double appareil sexuel: a, cupule génitale; b, spicule; c, orifice féminin; d, testicule; e, canal déférent; f, oviducte; g, axe des ovaires; h, grappes ovariennes. — B, œuf. (Moquin-Tandon).

publiés par M. Legendre (1), les observations que j'ai faites au nombre de 45, on verra que sur 75 ténias constatés chez l'enfant, il y en a :

6 mois.....	1 cas.	4 ans.....	4 cas.	11 ans.....	9 cas.
8 —.....	1 —	5 —.....	9 —	12 —.....	3 —
13 —.....	1 —	6 —.....	6 —	14 —.....	3 —
14 —.....	3 —	7 —.....	9 —		
15 —.....	3 —	8 —.....	6 —		
2 ans.....	2 —	9 —.....	7 —		
3 —.....	3 —	10 —.....	5 —		
					75 cas.

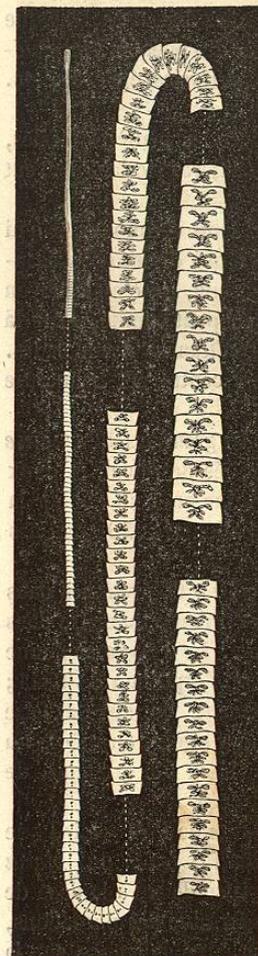


Fig. 81. — Bothriocéphale (*).



Fig. 82. — Tête du bothriocéphale (**).

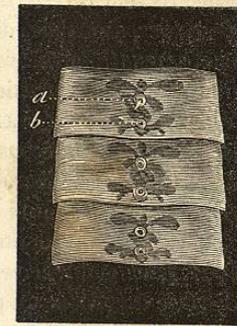


Fig. 84. — Articles isolés du bothriocéphale ou zoonites (****).

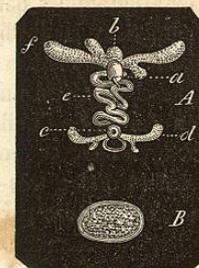


Fig. 83. — Appareil sexuel et œuf du bothriocéphale (***).

Dans le premier âge, la conformation des ténias est absolument semblable à celle des entozoaires observés chez l'adulte. Il y en a trois espèces : 1° le *ténia* proprement dit; 2° le *bothriocéphale*; et 3° le *ténia medio-canellata*, ver rubané qui n'a point d'anneaux et qui est comme un long ruban d'un demi-centimètre de large, cannelé sur le milieu. J'en ai vu un exemple.

Le *ténia* est un ver rubané, long de plusieurs mètres, et dont la tête est armée de crochets, ce qui le distingue du bothriocéphale. Le corps est formé de 1000 à 2000 articles juxtaposés, très-petits à la tête et au cou, et plus larges au milieu et à la fin de l'animal.

Les figures 77 à 80, empruntées à Moquin-Tandon (2), en feront voir les différences.

(1) Livois, thèse, 1843.

(2) Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale, contenant la description des animaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles*, 2^e édition. Paris, 1862, in-18, p. 373 et suiv.

(*) Sa tête est mince, son cou étroit et le corps formé d'articles isolés plus larges et moins longs que ceux du ténia.

(**) E. le est large de 2^m.50, ellipsoïde, obtuse: aa, fossettes latérales ou orifices buccaux; b, cou.

(***) A, double appareil sexuel: a, orifice masculin avec son spicule; b, testicule; c, orifice féminin; d, matrice avec ses cornes; e, oviducte entortillé; f, ovaire. — B, œuf.

(****) a, orifice mâle avec son spicule; b, orifice femelle.

Le *bothriocéphale* diffère notablement du ténia. Bien que ce soit un ver rubané, composé d'articles juxtaposés, très-nombreux, étroits vers la tête, plus larges au milieu du corps, il se distingue parce que son corps est plus jaune et plus large, sa tête garnie de deux fossettes et dépourvue de crochets (fig. 81 à 84) et que l'ouverture des organes génitaux se trouve sur le plat des anneaux au lieu d'être sur le bord (fig. 84).

Symptômes. — On peut avoir le ténia sans s'en douter et sans ressentir aucun malaise. — Quand il y a des accidents ce sont les mêmes pour le ténia et le bothriocéphale. Ils sont caractérisés par des troubles *locaux* des voies digestives, tels que vomiturations, gastralgie, diarrhée, hématurie, etc., ou par des phénomènes *généraux* et *sympathiques*, tels que contractures, convulsions, paralysies, épilepsie, etc. En tout cas, le diagnostic de ces accidents est fort difficile.

L'expulsion des fragments de l'helminthe par l'anus avec les matières fécales, l'existence des œufs découverts par le microscope avec les matières fécales, peuvent seules mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

Traitement. — Parmi ceux qui nient la réalité des accidents vermineux et qui se moquent de la crédulité de ceux qui y croient, il y en a qui disent en plaisantant que, pour guérir le ver solitaire, il faut en avaler un second, car c'est le moyen de détruire la solitude du premier. — Cela est joli à dire en petit comité, mais la science qui se respecte tient un compte plus sérieux des souffrances des malades. En effet, une fois l'existence du ténia révélée, on emploie contre cet helminthe les mêmes agents que chez l'adulte.

On fait prendre chaque matin, pendant huit jours, 8 à 10 grammes de *racine de fougère mâle* en poudre dans 120 grammes d'eau distillée de tilleul, et deux heures après un purgatif d'huile de ricin. — En place de racine on peut donner la *teinture éthérée* à la dose de 6 à 10 grammes dans une potion avec 20 grammes d'eau de menthe, et ensuite on administre aussi l'huile de ricin.

L'*écorce de racine de grenadier* se donne à la dose de 40 à 60 grammes dans deux litres d'eau qu'on fait bouillir et réduire à un litre, et qu'on administre dans la matinée. Un peu plus tard, on donne de l'huile de ricin. Le *kouso* se donne également à la dose de 15 à 30 grammes, et produit aussi l'expulsion du ténia; mais ce médicament a l'inconvénient d'être très-cher. Quand on doit le faire prendre, dès la veille on prépare les malades par une diète légère, ou même un purgatif, s'il y a constipation; puis on donne à jeun 15 à 30 grammes de kouso en poudre, selon l'âge des sujets et dans de l'eau sucrée.

Il y a enfin deux nouveaux vermifuges, également produits de l'Abyssinie, que Schimper et Strohl ont fait connaître; ce sont : le *saoria*, fruit du *Mæsa picta*, et le *tatzé*, fruit du *Myrsina africana*. — Le *saoria* se donne à la dose de 15, 30 et 45 grammes en poudre dans la bouillie. Il détermine des purgations, tue et chasse les vers au dehors sans avoir une aussi fâcheuse influence sur la santé que le kouso. Il est d'une administration facile, à cause de son peu de saveur, et il colore l'urine en violet. Son action est surtout efficace dans les cas de ténia.

Le *tatzé* réduit en poudre se donne dans de l'eau à bien plus faible dose que le *saoria*, de 10 à 25 grammes. Cette dernière dose ne peut même être donnée qu'à des gens très-robustes. Sa saveur est âcre, désagréable et il a un effet purgatif très-marqué.

Hétet conseille la poudre d'écorce ou la poudre de feuilles du vernis du Japon (*Ailantus glandulosa*), à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, et 2 grammes chez l'adulte; on donne ensuite de l'huile de ricin. Trois observations ont été pu-

bliées pour établir l'efficacité de ce remède, qui, dit-on, ne fatigue pas autant que le grenadier ni le kouso. Je l'ai employé une fois sans succès.

On pourrait encore employer les *semences de citrouille* (*Cucurbita pepo*), conseillées par Hoaran, Mérat et de Lens, Farneau, etc. Rigaud (1) a même réussi, par ce moyen, à guérir un ténia qui avait résisté à l'écorce de racine sèche et fraîche, au kouso, à la fougère mâle, à l'huile de Dippel, à l'huile de térébenthine, au remède de Chabert, aux pilules de Bremser composées d'aloès et de tanaïsie, etc. Voici comment il faut s'y prendre : la veille, diète sévère et 30 grammes d'huile de ricin; le jour, 40 grammes de semences de citrouille mondées de leur pellicule, pilées dans un mortier avec suffisante quantité de sucre; sur cette pâte une tasse de lait, et deux heures après 40 grammes d'huile de ricin; ou bien on fait une *émulsion* avec 60 grammes, on l'aromatise avec de l'eau de menthe et on en fait prendre cinq à six jours de suite, en donnant une ou deux fois 15 grammes d'huile de ricin.

Quelques heures après, sans douleur ni coliques, le ténia est expulsé dans son entier.

CHAPITRE XIV

COLIQUE DE PLOMB

Chez les enfants à la mamelle, la colique de plomb est très-rare, mais j'en ai vu des exemples. J'ai vu un cas suivi de mort chez un enfant de huit jours dont la mère, ayant des gerçures au sein, se barbouillait d'une solution dite *de madame Delacour* et qui n'est autre chose qu'une solution concentrée d'acétate de plomb (2).

OBSERVATION. — Flemming (de Birmingham) a vu un enfant de six mois qui languissait, maigrissait rapidement, qui était toujours assoupi et dont les bras soulevés retombaient inertes. Cet enfant n'avait jamais eu de convulsions, mais il avait de vives coliques avec rétraction du ventre et constipation rebelle à tous les purgatifs.

S'étant aperçu que le biberon qui servait à l'allaitement avait un bout de plomb et des soudures de même métal, on attribua à ce vase l'origine des accidents. Il fut remplacé et le mal disparut au bout de quelque temps.

Inutile de dire que, l'enfant n'ayant pas de dents, on ne put constater la présence d'un liséré noir sur le bord des gencives.

La colique de plomb est plus fréquente *dans la seconde enfance*, mais alors elle ne diffère pas de celle qu'on observe chez l'adulte. J'en ai vu un grand nombre d'exemples chez des enfants occupés dans une imprimerie, chez des coloristes, ou chez d'autres enfants qui par profession et accidentellement avaient subi l'influence de l'absorption du plomb. Le traitement consiste en limonade sulfurique — purgatifs salins, — bains sulfureux et savonneux.

CHAPITRE XV

INVAGINATION DES INTESTINS

L'invagination intestinale porte aussi le nom d'*intussusception*, de *volvulus* et d'*iléus*. Elle est caractérisée par l'introduction spontanée d'une partie d'intestin dans la portion continue, adjacente et inférieure. C'est une pénétration semblable à celle qu'on produit lorsqu'on retourne un doigt de gant sur lui-même (fig. 85).

(1) Rigaud, *Gazette hebdomadaire*, 1861.

(2) Alph. Guérard, *Cosmétique contre les gerçures du sein* (*Ann. d'Hyg.*, 1870, 2^e série, t. XXXIII, p. 65).

Cette lésion s'observe très-souvent chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Hévin (1) rapporte que Louis en a vu plus de trois cents cas à la Salpêtrière sur des enfants morts pendant le travail de la dentition ou par suite d'accidents vermineux. Dans ces cas, l'invagination s'est formée pendant l'agonie, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, et elle n'a pas eu le temps d'occasionner les symptômes suffisants pour la faire reconnaître.

Dans d'autres cas, l'invagination s'établit presque subitement chez un enfant affecté de diarrhée ou d'entérite aiguë, et il y en a déjà un assez bon nombre d'observations dans la science. Je signalerai ici celles de Monro, Cayol, Billard, Gorham, Mitchell, Clarke, Cunningham, Markwick, Marage, Rilliet, etc., qui sont fort intéressantes à consulter.

L'invagination se présente au jeune âge, avec des caractères anatomiques semblables à ceux qu'on observe chez l'adulte, les symptômes seuls sont modifiés. Le diagnostic est incertain et difficile. La thérapeutique est souvent impuissante.

Il n'y a ordinairement qu'une seule invagination intestinale chez le même enfant. Quand il en existe plusieurs, comme dans les observations de Louis, elles se sont formées au moment de la mort. C'est toujours l'inférieur, le jéjunum dans l'iléon, celui-ci dans le cæcum, le côlon et le rectum, et cela dans une étendue différente qui varie de 10 à 20, 30 et 40 centimètres.

Rilliet (2) a dit que, dans la première enfance, l'invagination intestinale s'accomplissait toujours aux dépens du gros intestin, et qu'il n'y avait jamais d'invagination de l'intestin grêle. Cela n'est pas exact. J'ai vu l'intestin grêle invaginé dans la portion adjacente inférieure. Taylor en a rapporté un cas observé sur un enfant de vingt mois, qui succomba avec une péritonite aiguë. Marage en a observé un autre chez un enfant de treize mois, qui a guéri après avoir rendu le fragment invaginé, garni de ces deux diverticulums, si fréquents dans l'intestin grêle du fœtus. Un cas semblable a été publié par Pernet. — Dans le cours d'une fièvre typhoïde (3), une invagination s'est produite, la partie invaginée et mortifiée a été rejetée au dehors et l'enfant a guéri.

Fig. 85. — Invagination intestinale (Collection du musée Dupuytren) (*).

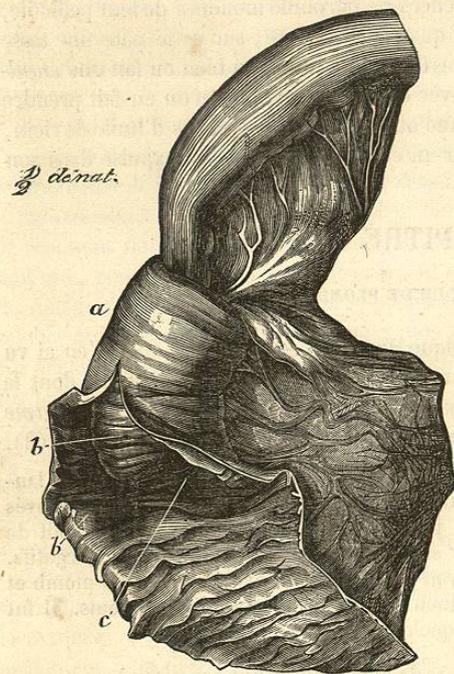
L'invagination intestinale peut donc avoir lieu dans le jéjunum et l'iléon. Elle se produit plus ordinairement du cæcum dans le côlon et le rectum, à l'intérieur, mais

(1) Hévin, *Recherches historiques sur la gastrotomie ou l'ouverture du bas-ventre* (Mém. de l'Académie de chirurgie).

(2) Rilliet, *Mémoire sur l'invagination chez les enfants* (Gaz. des hôp., 1852).

(3) Voyez ce mot.

(*) a, séreuse de l'intestin; bb, surfaces muqueuses; c, membrane muqueuse de l'intestin invaginé.



dans quelques cas le côlon invaginé dans le rectum peut se montrer au dehors en faisant un prolapsus considérable. Le docteur Cabaret en a fourni la preuve dans une observation qui a été publiée dans les précédentes éditions de cet ouvrage (1).

Dans les cas ordinaires, l'invagination se fait à l'intérieur du côlon et du rectum sans prolapsus extérieur. Alors la partie invaginée adhère ordinairement à la portion invaginante; elle est comprimée, resserrée, rouge et tuméfiée au point de rétrécir, et quelquefois d'oblitérer le canal de l'intestin. La congestion sanguine peut y être fort considérable. Elle est quelquefois aussi le siège d'une inflammation vive, et même de *gangrène*, si le malade a résisté longtemps aux désordres occasionnés par cette lésion.

Ainsi le docteur Markwick a observé l'invagination du gros intestin chez un enfant de quatre mois, qui avait présenté des symptômes d'entérite aiguë, avec hémorrhagie intestinale considérable; seulement, la nature des matières changea à la fin de la maladie: le flux sanguin fut remplacé par une matière liquide noirâtre d'odeur gangréneuse, et l'on put voir sur le cadavre la gangrène de la portion d'intestin invaginée.

Le bout d'intestin qui précède la partie invaginée peut ne rien offrir de spécial. Quelquefois il est distendu par des gaz.

Le bout d'intestin qui succède à la portion invaginée conserve ses dimensions naturelles et son intérieur est quelquefois souillé de sang et de détritux membraneux.

La muqueuse de l'intestin est ordinairement le siège d'une phlegmasie très-marquée, avec de l'injection capillaire, du ramollissement et de petites ulcérations; il en est de même du péritoine, où l'on trouve des adhérences récentes, des flocons de fibrine et de la sérosité plastique plus ou moins abondante.

Symptômes. — L'invagination intestinale est caractérisée par des symptômes graves, divers et complexes, qui sont tantôt obscurs, tantôt au contraire fort significatifs. Ils sont plus ou moins prononcés, selon le degré de l'obstacle apporté au cours des matières par l'invagination. En cas d'arrêt absolu du cours des matières, les symptômes représentent bien nettement ceux que détermine l'étranglement; quand l'obstacle est incomplet, les symptômes ressemblent au contraire beaucoup à ceux de l'entérite aiguë.

L'invagination détermine toujours de violentes coliques que traduisent au dehors l'agitation, les mouvements et les cris des enfants. Aussitôt le ventre se ballonne, devient dur et douloureux, et l'on y trouve quelquefois, comme l'indique le docteur Clarke, une *tumeur allongée*, formée par la portion invaginée de l'intestin.

Les enfants sont quelquefois constipés. Plus souvent ils ont de la diarrhée, et même de la diarrhée séreuse et bilieuse très-abondante. Leurs matières sont presque toujours mêlées de stries de sang rouge, et quelquefois formées de sang pur, ce qui est plus rare. La présence de cette *hémorrhagie intestinale* est de la plus haute importance pour le diagnostic.

Les enfants vomissent; ils rejettent surtout leurs boissons ou des matières glaireuses, jaunâtres; ils ne rendent des matières stercorales que lorsque l'invagination a intercepté le cours des matières renfermées dans l'intestin.

Bientôt le visage pâlit, s'altère et se refroidit. Les traits rappellent quelquefois l'expression de la figure des cholériques. Les forces baissent rapidement, la prostration

(1) Voir 6^e édition de cet ouvrage, p. 595.