

eaux de mauvaise qualité, des conditions hygiéniques défectueuses, comme cela s'observe dans les armées en campagne, dans les villes assiégées, etc. « Mais, dit Trousseau, ce ne sont là que des causes occasionnelles : indépendamment d'elles, il faut quelque chose de plus, et ce quelque chose, que nous ne connaissons que par ses effets, est ce que nous appelons la constitution épidémique. » La découverte des micro-organismes de la dysenterie a confirmé les vues pénétrantes de Trousseau.

La dysenterie est *contagieuse*; le fait est bien prouvé<sup>1</sup> et la contagion est probablement due aux déjections dysentériques. L'eau paraît jouer un rôle considérable dans la dissémination de la fièvre typhoïde; ce rôle de l'eau a été nettement démontré par les médecins de nos troupes de Cochinchine.

**Anatomie pathologique.** — Anatomiquement, la dysenterie se traduit comme lésion principale, par une inflammation ulcéreuse du gros intestin. Les lésions de la dysenterie ont pour siège de prédilection le rectum et l'S iliaque, et dans les cas intenses les lésions envahissent tout le gros intestin. Ces lésions offrent des degrés divers suivant que la dysenterie est légère (sporadique de nos climats) ou suivant qu'elle est grave (endémique des pays tropicaux et épidémique), mais au fond elles ont une complète analogie et nous allons les étudier successivement dans les formes légères et graves de la dysenterie aiguë et de la dysenterie chronique. Mais d'abord rappelons en quelques mots la *structure* normale du gros intestin.

Le gros intestin est composé de plusieurs tuniques qui sont, de dehors en dedans : une tunique séreuse péritonéale, formée de cellules plates et de tissu conjonctif, puis deux couches de muscles lisses, l'une à faisceaux longitudinaux, l'autre à faisceaux annulaires, puis une tunique interne ou muqueuse. Ces deux dernières tuniques, la celluleuse et la muqueuse, présentent les particularités sui-

1. Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds.*

vantes : dans la partie voisine de sa surface, la muqueuse est composée de glandes en tube, analogues aux glandes de Lieberkühn de l'intestin grêle, mais un peu plus longues; ces glandes sont réunies par une trame fibro-vasculaire très fine, et leur épithélium cylindrique se continue avec l'épithélium de la muqueuse. Au-dessus de cette couche glanduleuse, on trouve des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif (tunique celluleuse) qui, par sa structure, est plus analogue au tissu conjonctif ordinaire qu'au tissu réticulé de l'intestin grêle. Les follicules clos, follicules isolés contenus dans cette tunique celluleuse, sont moins nombreux mais plus volumineux que ceux de l'intestin grêle. La tunique celluleuse est traversée par des branches vasculaires volumineuses qui forment au niveau de la limite interne de la celluleuse un plexus serré (membrane vasculaire de Doellinger) d'où partent des rameaux perpendiculaires qui vont ramper entre les glandes en tube. Les lymphatiques sont beaucoup moins abondants que dans l'intestin grêle.

Ces notions anatomiques étant posées, étudions maintenant les lésions de la dysenterie.

**A. Dysenterie bénigne.** — Les lésions atteignent le rectum et l'S iliaque. Dès le début, la muqueuse est rouge, épaissie, ecchymosée, et comme bourgeonnante; elle est couverte d'une exsudation muqueuse jaunâtre, puriforme, striée de sang, analogue aux déjections qui caractérisent à cette période les selles des dysentériques; elle présente des reliefs formés par les follicules lymphatiques hypertrophiés. Après peu de jours, on trouve sur la muqueuse des *ulcérations* arrondies, taillées comme à l'emporte-pièce, et d'autres ulcérations plus larges et plus irrégulières. A l'examen microscopique, les vaisseaux de la couche glandulaire apparaissent turgides et entourés d'un tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires; les glandes en tube sont comprimées et allongées. Le réseau vasculaire sous-jacent est également entouré d'un exsudat fibrineux et d'un tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires, les follicules clos, tuméfiés, infiltrés eux aussi de cellules lymphatiques, font



saillie à la surface de la muqueuse. Les *ulcérations* arrondies<sup>1</sup>, folliculaires, sont dues au ramollissement central et à la suppuration des follicules; les ulcérations plus étendues viennent de la gangrène de la muqueuse qui n'est plus suffisamment nourrie par le réseau vasculaire que des éléments nouveaux infiltrent et compriment. Une fois formées, les ulcérations s'étendent et suppurent; mais, dans les cas légers, le processus aboutit assez rapidement à la guérison.

B. *Dysenterie grave*. — Les lésions de la dysenterie grave sont celles que je viens d'indiquer, mais avec une intensité bien supérieure. Les lésions se généralisent à tout le gros intestin, et même elles ne respectent pas toujours l'intestin grêle. Les *ulcérations*<sup>2</sup> sont étendues, profondes et réparties à tout le gros intestin. Par places, la muqueuse ressemble à un morceau de bois rongé par les vers (Kelsch); dans d'autres cas, la muqueuse est enlevée par lambeaux dans une grande étendue, et sur la tunique celluleuse, on ne trouve plus que quelques bouquets de glandes en tubes, rares témoins de la muqueuse exfoliée. Les surfaces ulcérées sont rougeâtres, bourgeonnantes et recouvertes de débris infiltrés de pus : le bord des ulcérations est taillé à pic. Le réseau vasculaire sous-jacent à la couche glandulaire (membrane vasculaire de Doellinger) est infiltré d'éléments nouveaux embryonnaires et de fibrine coagulée, les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang, leurs parois sont revenues à l'état embryonnaire, le tissu cellulaire sous-muqueux ressemble à un véritable phlegmon étendu en nappe au-dessus de la couche glandulaire<sup>3</sup>. Ces altérations vasculaires résument la lésion principale de la dysenterie; le travail morbide se concentre sur la zone vasculaire de la tunique celluleuse et sur son expansion périphérique dans la muqueuse (Kelsch); il en résulte que la muqueuse, privée

1. Voyez à ce sujet le remarquable travail de M. Kelsch. *Arch. de physiologie*, 1875.

2. Cornil. *Arch. de physiol.*, 1873.

3. Cornil et Ranvier. *Man. d'histol.*, p. 823.

de ses moyens de nutrition, se nécrose en bloc et est expulsée sous forme de lambeaux et d'eschares.

Les parties sous-jacentes à la couche glanduleuse (tunique celluleuse) sont deux ou trois fois plus épaisses qu'à l'état normal. Cette tuméfaction est due à la réplétion des vaisseaux sanguins, à l'engorgement des lymphatiques et à l'infiltration du tissu conjonctif; il en résulte des épaississements irrégulièrement disséminés qui simulent une sorte de *mamelonnement*. La *perforation* de l'intestin est fort rare; les *cicatrices* sont une des terminaisons du processus ulcéreux, elles peuvent déterminer le rétrécissement de l'intestin. L'*iléon* est souvent altéré dans les formes graves de la dysenterie, il est le siège d'une entérite catarrhale diffuse : les glandes de Lieberkuhn sont en partie remplacées par du tissu embryonnaire, les parois vasculaires sont également transformées en tissu nouveau, mais les altérations n'atteignent pas la couche celluleuse; les follicules et les glandes de Peyer sont respectés.

A la dysenterie aiguë appartiennent les adénites suppurées des *ganglions mésentériques*, le ramollissement et l'hypertrophie de la rate. L'hépatite et les abcès du foie seront étudiés plus tard (art. Foie).

C. *Dysenterie chronique*. — La dysenterie chronique et les diarrhées chroniques des pays chauds présentent des altérations analogues, les divergences entre ces deux états morbides existent surtout au point de vue symptomatique.

Dans la dysenterie chronique, la muqueuse du gros intestin est congestionnée par places; dans certains points, il y a de petites ulcérations arrondies, peu profondes, à surface brune ou ardoisée. Ces ulcérations siègent au niveau des follicules clos; elles sont l'aboutissant d'*orifices* qui conduisent dans de petites cavités. Ces cavités, ou dépressions folliculaires sont elliptiques ou arrondies; elles sont formées d'une ou plusieurs loges et contiennent un mucus gélatineux forme qu'on peut faire sortir par la pression. Il est probable



que le *diverticulum folliculaire* occupe la place du follicule clos détruit.

Le *tissu conjonctif* sous-muqueux, le tissu conjonctif qui sépare les couches musculuses de l'intestin et le tissu sous-séreux, sont épaissis, fibreux, sclérosés, de sorte que l'intestin tend à se transformer en un canal à parois rigides. Dans les *diarrhées chroniques* des pays chauds, cette transformation atteint aussi l'*intestin grêle*.

**Bactériologie.** — Le bacille dysentérique découvert par Chantemesse et Widal<sup>1</sup> est un bâtonnet court, à peine mobile, qui ne se colore pas par le gram et qui ne liquéfie pas la gélatine. Il ne coagule pas le lait, il ne fait pas fermenter le sucre et il ne produit jamais d'indol. Il se rapproche donc du bacille typhique. Shiga a démontré la spécificité de ce bacille en obtenant l'agglutination de ses cultures exclusivement par le sérum sanguin des gens affectés de dysenterie.

D'autres auteurs, Krase en Allemagne, Flexner aux Philippines, Strong et Murgrave à Manille. Rosenthal à Moscou, Vaillard et Dœpfer, ont tous trouvé le même bacille à quelques variantes près. Ce bacille est extrêmement abondant dans les selles sanguinolentes, mais il n'y est pas à l'état de pureté.

Vaillard et Dœpfer<sup>2</sup>, par l'inoculation sous-cutanée du bacille ou de sa toxine, ont déterminé chez certaines espèces animales les symptômes et surtout les lésions caractéristiques de la dysenterie épidémique et ont apporté ainsi une nouvelle preuve de la spécificité de ce bacille.

La dysenterie amibienne, beaucoup plus rare, ne s'observe guère que dans les pays chauds. *C'est elle surtout qui se complique d'abcès du foie.* Le sang des sujets atteints de dysenterie amibienne n'agglutine pas le bacille de Chantemesse et Widal.

**Symptômes.** — La description de la dysenterie varie sui-

1. Chantemesse et Widal. Microbe de la dysenterie. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888.

2. Vaillard et Dœpfer. La dysenterie épidémique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1903, p. 403.

vant que la maladie est bénigne ou grave; elle varie également suivant les *épidémies*; aussi prendrai-je pour type un cas de moyenne intensité, me réservant d'indiquer ensuite les différentes formes de la maladie.

Au début<sup>1</sup>, les individus sont pris de *diarrhée* et de douleurs abdominales; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les garde-robes *changent de nature* et deviennent *dysentériques*; elles contiennent des mucosités glaireuses d'un blanc jaunâtre et analogues à l'albumine mal cuite; parfois, ces glaires sont transparentes, mêlées de filets de sang, ou encore elles ont l'apparence rouillée des crachats pneumoniques. Jusque-là, les ulcérations intestinales ne sont pas constituées.

Les évacuations sont précédées d'un sentiment très douloureux de tension et de constrictions à l'anus (*épreintes et ténésme*) et d'envies incessantes, que le malade ne peut satisfaire, et qui n'aboutissent qu'à lui faire rendre à la fois, tout au plus, la valeur d'une cuillerée à café de matière. Les épreintes, vives et douloureuses, se propagent parfois du rectum à la vessie (dysurie). Le ténésme, phénomène extrêmement pénible, n'est pas dû, comme on l'avait supposé, à la contracture convulsive du sphincter, car l'anus est béant et largement ouvert, il est dû à la violente inflammation du conduit.

En outre, il y a des coliques autour du nombril et sur le trajet du gros intestin. Ces douleurs sont exagérées par la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

Avec les ulcérations intestinales, les garde-robes se modifient; outre les matières glaireuses, elles contiennent du sang pur, et des membranes nommées vulgairement *raclure de boyaux*, qui sont en réalité des lambeaux de muqueuse ulcérée, ainsi que le démontre l'examen microscopique. Au milieu de ces garde-robes, il n'est pas rare de rencontrer de véritables matières fécales moulées. A cette période, les efforts de défécation se répètent plusieurs fois par heure, et

1. Trousseau. *Clin. méd.*, t. III, p. 163.



dans les cas très graves, épidémiques, les malades ont jusqu'à cinquante, cent et deux cents selles par vingt-quatre heures, et la masse totale des matières rendues peut s'élever à trois, quatre et cinq litres.

Vers le huitième, dixième, quatorzième jour, les garde-robes, d'une fétidité horrible, ne contiennent presque plus de mucus, puisque les glandes muqueuses sont en partie détruites, elles sont constituées par un liquide séreux et rougeâtre au milieu duquel nagent des lambeaux de membranes. Alors aussi les garde-robes contiennent du pus en quantité notable.

Tel est l'exposé des phénomènes *locaux* de la dysenterie; leur intensité dépend de la gravité de la maladie. Je vais exposer maintenant les symptômes *généraux*, qui varient avec les épidémies, et suivant les contrées.

a. Dans les formes *bénignes* (sporadiques de nos contrées), la dysenterie est peu fébrile, la température ne dépasse pas 38 degrés et les évacuations alvines ne vont pas au delà de 12 à 15 par jour. Néanmoins l'amaigrissement du malade est rapide et sa figure s'altère vite. Ces cas-là guérissent en une huitaine de jours. Dans les formes *graves* (sporadiques des pays tropicaux et formes épidémiques), les symptômes généraux sont rapidement inquiétants; la soif est vive, la peau est sèche et le pouls variable; les évacuations sont incessantes, des douleurs intolérables épuisent le malade, les forces déclinent brusquement, l'amaigrissement est considérable; la prostration, la somnolence et le refroidissement complètent souvent ce tableau, et la mort peut survenir du quatrième au vingtième jour de la maladie.

b. La forme *inflammatoire* est caractérisée par une forte réaction fébrile, avec fréquence et dureté du pouls. La langue, au lieu d'être saburrale, est rouge, sèche et sans enduit; les garde-robes sont rares, et, quand elles deviennent plus fréquentes, la fièvre ne tarde pas à tomber.

c. Dans la forme *bilieuse*, contrairement à ce qu'on observe dans la dysenterie, il y a conjointement de la diarrhée, et

les selles dysentériques sont mélangées de matières bilieuses jaunâtres et verdâtres. Les malades se plaignent de nausées, de vomissements, la langue est couverte d'un enduit saburral, le mouvement fébrile est peu intense.

d. La forme *rhumatismale*, disait Stoll<sup>1</sup>, est remarquable par les métastases qui se produisent sur les *articulations*. Dans le langage médical actuel, nous disons : L'infection dysentérique provoque des arthropathies qui font partie de la classe des pseudo-rhumatismes. Ces arthropathies dysentériques s'observent dans les formes légères de la dysenterie plus que dans ses formes graves; elles apparaissent surtout au déclin de la maladie, aux environs de la convalescence; elles débutent habituellement par le genou et se généralisent ensuite à plusieurs jointures, au cou-de-pied, aux épaules, aux petites articulations des doigts<sup>2</sup>. L'arthropathie dysentérique survient soudainement, elle ne provoque ni fièvre ni douleur vive; dans quelques cas, son apparition coïncide avec l'arrêt du flux dysentérique: l'alternance de localisations intestinales et articulaires a été observée deux ou trois fois chez les mêmes individus<sup>3</sup>. Ces arthralgies sont tenaces, elles peuvent durer des semaines et des mois, elles ne sont accompagnées d'aucune des complications viscérales du vrai rhumatisme. Dans une épidémie observée à Montargis (Huette), les accidents rhumatismaux avaient pris la forme d'arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques.

e. La forme *intermittente* est caractérisée par des rémissions suivies d'exacerbations: il ne faut pas la confondre avec la *fièvre pernicieuse* dysentérique.

f. Les formes *adynamique* et *ataxique* sont caractérisées, la première par la prostration et un abattement qui conduisent rapidement au coma; la seconde par du délire, de

1. Quinquaud. Manifest. rhum. de la dysent. *Gaz. hôp.*, 1874.

2. Arthralgie infectieuse de la dysenterie. — Deweyre. *Arch. de méd.*, juillet, août, octobre 1886.

3. Huette. *Arch. de méd.*, août 1869.



l'agitation, de la carphologie, des soubresauts de tendons. Ce sont des formes terribles qui s'associent, se succèdent et constituent la dysenterie dite *maligne*.

g. La *dysenterie chronique* s'observe fréquemment dans les pays chauds; elle fait suite habituellement à plusieurs attaques aiguës; elle est caractérisée par les symptômes de la dysenterie aiguë notablement modifiés. Ainsi les évacuations sont séreuses, puriformes, rarement sanguinolentes; l'anus est béant, et le ténésme est remplacé par une pesanteur douloureuse. Le ventre est plat, rétracté, douloureux à la pression. L'apyrexie est complète et l'appétit est conservé ou exagéré. Malgré cela, l'amaigrissement fait des progrès et le sujet arrive graduellement à la cachexie. La maladie dure des mois et des années et sa marche est quelquefois entrecoupée par des *poussées aiguës*; le guérison est possible, mais la mort est la terminaison la plus fréquente.

**Complications.** — Les complications de la dysenterie sont les suivantes : *perforation* de l'intestin, qui provoque, suivant le cas, une péritonite limitée, une péritonite généralisée, un phlegmon localisé autour du rectum ou du cæcum; les *hémorrhagies* intestinales, qui peuvent être assez abondantes pour entraîner la mort; les *parotides*, caractérisées par l'inflammation et par la suppuration des glandes parotides et du tissu cellulaire ambiant, suppuration qui peut envahir le tissu cellulaire du cou dont elle dissèque les masses musculaires; les *paralysies* partielles et passagères, qui rentrent dans la catégorie des paralysies qu'on observe à la suite des maladies aiguës graves<sup>1</sup>; les *cicatrices* de l'intestin, complication tardive qui peut déterminer un rétrécissement intestinal et les symptômes de l'occlusion intestinale.

L'*abcès du foie*, qui est la complication la plus typique de la dysenterie, sera étudié avec les maladies du foie.

**Diagnostic.** — Le *diagnostic* de la dysenterie aiguë n'offre

1. Pugibet. *Revue de médecine*, février 1888.

pas de difficulté. Du reste, la recherche du microbe dans les selles et surtout le séro-diagnostic sont autant de signes spécifiques qui dans les cas difficiles permettent actuellement d'affirmer le diagnostic de la dysenterie. La *diarrhée chronique de Cochinchine* ne doit pas être confondue avec la dysenterie chronique. Dans cette forme de diarrhée chronique, on ne trouve ni selles sanglantes ni ténésme, les déjections sont muqueuses ou même bilieuses, et la marche de la maladie n'est pas entrecoupée par des phases aiguës comme dans la dysenterie<sup>1</sup>.

Le *pronostic*, habituellement bénin dans la dysenterie sporadique, est beaucoup plus grave dans la forme endémique et devient terrible dans certaines épidémies.

**Traitement.** — Voici les préceptes formulés par Trousseau contre la dysenterie épidémique : au début, on prescrit l'ipécacuanha à la dose vomitive, 3 grammes divisés en quatre paquets à prendre à dix minutes d'intervalle jusqu'au vomissement. A partir du lendemain, on donne un sel neutre, sulfate de soude, sel de Seignette, à la dose de 15 ou 20 grammes, et l'on continue la purgation tous les jours, ou deux fois par jour, jusqu'à ce que les garde-robes soient devenues diarrhéiques. En même temps, on attaque le mal au moyen de lavements composés de 20 à 50 centigrammes de nitrate d'argent pour 250 grammes d'eau. Les malades doivent être alimentés avec des potages, des panades épaisses, des œufs battus dans du bouillon; on leur donne comme boisson l'eau de riz, l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham. Des quarts de lavement avec quelques gouttes de laudanum peuvent servir à calmer les épreintes et le ténésme.

Le traitement de la dysenterie chronique est différent : les lavements au nitrate d'argent et les purgatifs salins à petite dose (5 à 10 grammes) doivent être conseillés; à ces moyens on ajoute le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 10 à 20 grammes par jour. Le régime lacté et l'usage de la

1. Kelsch. *Arch. de physiologie*, 1873.



viande crue constituent la partie la plus essentielle du régime.

Comme traitement *prophylactique*, on doit surveiller les boissons, filtrer les eaux ou les faire bouillir, éviter les brusques changements de température, supprimer autant que possible les foyers putrides, isoler les malades, éviter la contagion, désinfecter les linges souillés et les matières fécales.

### § 15. VERS INTESTINAUX

Les *vers* (helminthes) qui vivent dans l'intestin de l'homme sont les uns rubanés (*cestoïdes*, de *κεστός*, festonné), les autres cylindriques (*nématoïdes*, de *νήμα*, fil). Les vers rubanés sont les *ténias* (de *ταΐνια*, ruban); les vers cylindriques sont l'ascaride lombricoïde, l'oxyure vermiculaire et le trichocéphale.

**Ascaride lombricoïde.** — Ce ver, blanc ou rosé, cylindrique, effilé à ses deux extrémités, atteint 15 à 20 centimètres de longueur. Les ascarides habitent l'intestin grêle, où ils peuvent s'élever au nombre de plusieurs centaines; on a même cité des faits d'occlusion intestinale due à des pelotons d'ascarides. Souvent ils passent inaperçus, et leur présence n'est révélée que par l'issue d'un ver qui s'échappe par l'anus ou par la bouche; d'autres fois ils provoquent des troubles gastro-intestinaux, vomissements, ballonnement du ventre, coliques, diarrhée, et des accidents nerveux réflexes, tels que convulsions, troubles intellectuels, paralysies. Il est probable que les ascarides pénètrent dans le tube digestif à l'état d'œufs contenus dans les eaux non filtrées (Davaine). Les anthelminthiques les plus usités contre les lombrics sont : le semen-contra (50 centigrammes à 2 grammes), la santoline (5 à 25 centigrammes), la mousse de Corse (2 à 4 grammes).

**Oxyure vermiculaire.** — L'oxyure est un petit ver blanc

qui n'a que 5 à 10 millimètres de longueur. Il est très commun chez l'enfant, et son siège habituel est le rectum et l'anus, où il provoque de vives démangeaisons. Néanmoins l'oxyure peut pénétrer dans d'autres régions, il peut envahir la vulve et le vagin, le prépuce et l'urèthre, il peut remonter le long du tube digestif et être rendu par la bouche (Pomper), ainsi que j'en ai observé un cas. Le symptôme dominant des oxyures, c'est le *prurit*, qui devient parfois insupportable au moment où l'on vient de se coucher. Les lavements d'eau salée, 40 grammes de sel pour 200 grammes d'eau, ou les lavements vinaigrés, suffisent habituellement pour détruire et chasser les oxyures. Si ce traitement n'était pas efficace, on aurait recours aux lavements composés de mucilage de gomme tenant en suspension 5 à 20 centigrammes de calomel.

**Trichocéphale.** — C'est un petit ver de 3 à 5 centimètres de long, dont l'extrémité postérieure est renflée. Il siège habituellement dans le cæcum, et sa présence ne se révèle par aucun symptôme spécial. Metchnikoff a voulu lui faire jouer un rôle dans l'appendicite.

**Ténias**<sup>1</sup>. — Les *ténias* qu'on rencontre dans l'intestin de l'homme sont : le *ténia inerme* et le *ténia armé* ou *ténia solium*; j'emprunte au mémoire de M. Laboulbène les traits principaux de cette description<sup>2</sup>. Un individu vient vous trouver et vous porte dans un flacon les fragments d'un ver qu'il a rendus. À première vue on peut dire s'il s'agit d'un *ténia inerme* ou d'un *ténia solium* : si les anneaux du ver sont séparés ou isolés, s'ils sont rendus malgré la volonté du malade et à son insu, il s'agit d'un *ténia inerme*; si, au contraire, les fragments rendus se composent de cinq, six, dix anneaux, si ces fragments ne sont pas sortis à l'insu du malade, mais ont été expulsés au moment des garde-robes, il s'agit d'un *ténia solium*. Voici maintenant les caractères distinctifs.

1. Davaine. Article *Cestoïdes*. *Dict. des sc. méd.*, t. XIV, p. 564.

2. Laboulbène. Les *ténias*, etc. *Société méd. des hôp.*, 15 octobre 1876.



Le *tænia inermis* (*medio-canellata*), vingt fois plus fréquent que le *tænia armé*, a l'aspect d'un ruban de 4 à 5 mètres de longueur. Une de ses extrémités est très effilée et terminée par un petit renflement : c'est la tête. La tête ou *scolex* est pourvue de quatre ventouses, par lesquelles l'animal adhère à l'intestin, et le corps est formé d'anneaux, dont les derniers, plus longs que larges, et nommés *cucurbitins*, à cause de leur ressemblance avec une graine de courge, sont remplis d'œufs. Chaque anneau contient à la fois l'organe mâle et l'organe femelle de la reproduction, excepté les anneaux postérieurs ou *cucurbitins*, dans lesquels l'organe mâle est atrophié. Les pores génitaux existent sur les côtés des anneaux. Le *tænia inermis* de l'homme provient du cysticerque du bœuf ou du veau ladre.

Le *tænia solium*, ou *tænia armé*, est plus grêle que le *tænia inermis*; sa tête est munie de quatre ventouses et de *crochets* en double couronne. Chacun des anneaux qui forment le corps de l'animal contient à la fois l'organe mâle et l'organe femelle, et les pores génitaux sont le plus souvent alternes, tandis qu'ils sont placés par séries du même côté dans le *tænia inermis*. Le *tænia solium* provient du cysticerque du porc, chez lequel il constitue la *ladverie*.

Le *bothriocéphale*, ainsi nommé à cause de la présence de deux fossettes (*βοθρίον*, fossette) sur les parties latérales de la tête, est extrêmement rare, comparé aux espèces précédentes.

Les *symptômes* occasionnés par les *tænia*s sont multiples. Au nombre des troubles digestifs, je citerai la salivation, les nausées, les vomissements, les troubles dyspeptiques gastro-intestinaux. Au nombre des troubles nerveux, d'ordre réflexe, prennent place les vertiges, les spasmes laryngés, le prurit nasal, la toux spasmodique, les convulsions épileptiformes<sup>1</sup> (épilepsie vermineuse).

1. Martha. Attaques épileptiformes dues à la présence du *tænia*. *Arch. génér. de méd.*, novembre et décembre 1892.

L'éosinophilie n'a pas l'importance diagnostique qu'on lui avait attribuée<sup>1</sup>.

Les vermifuges habituellement employés sont : l'huile éthérée de fougère mâle; la racine de grenadier sauvage, à la dose de 60 grammes en décoction; le kousso, la pelle-tiérine. Avec la fougère mâle, que j'administre d'après les préceptes de Trousseau, j'obtiens des succès presque constants; voici le mode d'administration que j'ai adopté :

Le sujet atteint du *tænia* est mis au régime lacté pendant vingt-quatre heures. Le lendemain matin, il prend à jeun 12 à 15 capsules contenant chacune 30 centigrammes d'huile éthérée de fougère mâle : ces capsules sont prises une par une, toutes les trois minutes. Un quart d'heure après la dernière capsule, il prend 8 perles d'éther une à une, toutes les trois minutes. Après la dernière perle d'éther, il prend 15 grammes d'huile de ricin, et une demi-heure plus tard il prend encore 25 grammes d'huile de ricin. C'est la médication que j'avais établie à l'hôpital Necker, où je voyais tous les ans plus de cent malades atteints de *tænia*; elle réussit dans des cas où d'autres médications avaient échoué. Les doses que j'ai indiquées sont celles que je donne à un adulte, on les modifie s'il s'agit d'un enfant.

**Trichine.** — La trichine est un parasite des muscles, et ce n'est que dans le tube digestif qu'il atteint son état parfait. La trichinose est commune chez le porc; chez l'homme, la *trichine* ingérée est mise en liberté dans le tube digestif et elle donne naissance à des trichines rectilignes qui perforent l'intestin et vont se loger dans les muscles.

1. Lœper. *Arch. de parasitologie*, décembre 1902.