

L'œuf du *Tænia nana*, comparé à celui du *Tænia solium*, est beaucoup plus grand, beaucoup plus développé, mais l'augmentation de volume porte surtout sur les enveloppes. L'embryon du *Tænia solium* est renfermé dans une seule enveloppe avec coque protectrice. L'embryon du *Tænia nana* avec ses six crochets est renfermé également dans une première membrane mince, mais en dehors de celle-ci se voit une coque fort développée semblant formée de deux membranes séparées l'une de l'autre par une substance anhiste. A chaque pôle se trouve un tout petit mamelon duquel part un très long filament qui s'étend au-dessus de chaque calotte de l'embryon; ce filament est pelotonné sur lui-même un grand nombre de fois et donne lieu à des images microscopiques très jolies. Autour de cette coque considérable contenant les deux filaments polaires, se trouve alors une capsule, une coque ordinaire grisâtre qui éclate souvent et laisse les autres parties de l'œuf à nu.

La signification de ces filaments est très digne d'attention. Ces filaments n'existent pas chez le *Tænia solium* ni chez le *Tænia mediocanellata* après leur sortie des proglottis. S'ils ne représentent pas chez le *Tænia nana* une forme ancestrale, ce qui est possible, ils doivent avoir la signification qu'ont les prolongements de ce genre chez l'œuf de toute une série d'espèces animales, poissons, ténias, etc. Ces filaments, qui sont en quelque sorte annexés à l'embryon, agissent, lorsque celui-ci doit se fixer pour se développer, comme de véritables amarres pour maintenir l'embryon à un endroit déterminé. Il est très possible qu'à un moment donné le *Tænia nana* se fixe dans l'intestin après digestion de la coque extérieure, que ces filaments se déroulent alors et s'entortillent autour des villosités intestinales, l'embryon pouvant ainsi se développer sur place, tandis qu'autrement il aurait peut-être été entraîné au dehors.

Dans tous les cas, ni le *Tænia solium* ni le *Tænia mediocanellata* ne possèdent ces petits appendices, ce qui indique déjà que le *Tænia nana* a une tout autre évolution que le *Tænia solium*. Rien que la structure histologique de l'œuf nous fournit déjà des raisons de croire qu'il s'agit d'un parasite à migration et à évolution très différentes, malheureusement fort mal connues encore.

2. A propos du diagnostic de la coqueluche chez l'adulte; par MM. les docteurs C. GENGOU, Correspondant de l'Académie, et A. BRUNARD, à Bruxelles.

Depuis très longtemps déjà, l'extrême contagiosité de la coqueluche est admise par tous. « Il n'est pas besoin, dit Comby (1), de contacts prolongés et immédiats entre un enfant malade et un enfant sain pour transmettre la coqueluche de celui-là à celui-ci; une rencontre de quelques minutes suffit parfois; le germe contagieux est très diffusible et très puissant. » Seulement, il est assez fréquemment impossible de déterminer l'endroit, le moment où un enfant coquelucheux a pu se contagionner, de sorte qu'« il arrive souvent — pour la coqueluche comme pour beaucoup d'autres maladies infectieuses — que l'affection paraît se développer spontanément (2) ».

Chacun sait, d'autre part, que la coqueluche est avant tout une maladie du jeune âge; elle frappe assez rarement les adultes, disent les auteurs. Certaines observations nous portent cependant à penser que cette assertion est peut-être quelque peu exagérée et qu'il se pourrait que les formes frustes de la coqueluche chez l'adulte, sans être fréquentes, ne fussent pas rares au cours d'une épidémie. Il est connu que chez les adultes et les enfants d'un certain âge le sifflement inspiratoire fait souvent défaut (2). La coqueluche manquant ainsi fréquemment chez l'adulte du symptôme qui sert habituellement de base au diagnostic de cette affection chez l'enfant, il ne serait pas étonnant que, chez l'adulte, des formes frustes de cette affection passent inaperçues. A la vérité, il arrive que l'on suspecte, chez un adulte qui tousse, l'existence d'une forme semblable, lorsqu'on voit apparaître chez des enfants de son entourage les symptômes caractéristiques de la coqueluche. Mais le diagnostic de ces cas frustes manque le plus souvent, dans ces conditions, de fermeté. Aussi nous a-t-il paru utile de signaler un moyen qui nous a permis de dépister

(1) COMBY, *Traité des maladies de l'enfance*, p. 97.

(2) VANLAIR, *Traité de pathologie interne*, II, pp. 290 et 291.

chez l'adulte, à vrai dire après leur guérison, des cas de coqueluche fruste qui, pendant tout le cours de la maladie, étaient restés insoupçonnés. Le diagnostic de ces formes présente, à notre avis, un réel intérêt, car pour la coqueluche comme pour les autres infections le rôle joué par les cas frustes dans la propagation de la maladie est vraisemblablement loin d'être négligeable.

A ce point de vue, la recherche du bacille de la coqueluche est difficilement praticable. Ce n'est, en effet, qu'au début de l'affection que l'agent pathogène abonde dans l'expectoration. Seulement, si, au fur et à mesure que la maladie évolue, le microbe devient de plus en plus difficile à déceler avec certitude, le sang du malade s'enrichit progressivement en anticorps spécifiques, dont la présence peut être utilisée pour établir le diagnostic de l'affection. De ces anticorps, c'est, ainsi que Bordet et Gengou (1) l'ont démontré, la sensibilisatrice que le sang contient le plus régulièrement.

Comme pour toute sensibilisatrice, on démontre l'existence de la sensibilisatrice anticoquelucheuse par la réaction de la fixation d'alexine. On met donc en présence du sérum, chauffé à 55°, de l'individu suspect de coqueluche, de l'antigène coquelucheux (c'est-à-dire une émulsion de bacilles coquelucheux) et de l'alexine (c'est-à-dire du sérum frais d'un animal neuf, par exemple de cobaye). Dans ces conditions, l'alexine se fixe sur l'antigène coquelucheux, de sorte que le mélange devient incapable de dissoudre des éléments sensibles à l'action de l'alexine introduits ultérieurement, tels que des globules rouges sensibilisés. Cette réaction est spécifique, c'est-à-dire que, en présence d'antigène coquelucheux, seul le sérum de coquelucheux la produit et que celui-ci ne la détermine qu'en présence d'antigène coquelucheux.

C'est cette réaction que nous avons recherchée dans le sérum de trois adultes qui, au cours d'épidémies de coqueluche, avaient présenté pendant un temps assez long des accès de toux expiratoire spasmodique, sans que, durant le cours de leur affection, du reste légère, l'existence de la coqueluche chez ces personnes fût soupçonnée.

La première observation remonte à 1906 et se rapporte à un

(1) BORDET et GENGOU, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1906.

adulte qui, pendant deux mois, présenta des accès de toux expiratoire, sans expectoration. Aucun diagnostic ne fut posé ; mais la coqueluche fut considérée comme inadmissible. Or, peu de temps après le début de cette affection, l'enfant du malade contractait la coqueluche, alors que cet enfant, âgé de 2 ans, n'avait pas été, à la connaissance des parents, au contact d'enfants coquelucheux. L'origine de ce dernier cas restant inconnue, l'attention se reporta sur l'affection du père. L'examen de son sérum démontra la présence d'une sensibilisatrice anticoquelucheuse énergique, dévoilant ainsi la nature de la toux qu'avait présentée le père et établissant en même temps l'origine de l'affection bien caractérisée qui s'était développée ensuite chez l'enfant.

Les autres cas datent de l'épidémie de coqueluche qui a sévi cette année à Bruxelles. Au cours de février dernier, l'un de nous (B.) observait chez son enfant, après une toux fébrile ayant duré une dizaine de jours, l'apparition de quintes caractéristiques de coqueluche. Dans ce cas comme dans le précédent, la source de la contagion était inconnue, car le petit malade n'avait été en contact avec aucun enfant présentant des symptômes de coqueluche. Seulement il avait, jusqu'au début de son affection, fréquenté assidûment une famille dont trois membres, la mère et deux enfants âgés respectivement de 9 et de 16 ans, souffraient depuis deux mois d'une toux légèrement spasmodique sans caractère coqueluchoïde net. L'auscultation n'avait révélé chez ceux-ci aucun catarrhe bronchique. La gorge de l'aîné des enfants était rouge, et l'on avait conclu à une toux d'origine pharyngienne. On avait, en conséquence, laissé les deux enfants fréquenter l'école. Ce ne fut que lorsqu'on rechercha l'étiologie de la coqueluche typique de l'enfant B., que la véritable nature de leur affection fut soupçonnée. On apprit alors que la toux avait été plus fréquente la nuit que le jour et que, parfois, après les accès, ces personnes reprenaient difficilement haleine.

C'est alors qu'il fut décidé de soumettre leur sérum à l'épreuve de la fixation spécifique de l'alexine. Deux d'entre eux s'y prêtèrent : la mère et l'adolescent de 16 ans. Pour tous deux, la réaction fut nettement positive ; il s'agissait donc bien de cas restés méconnus de coqueluche fruste.

Cette démonstration eût certes gagné encore, si nous avions pu déceler, chez ces malades, le bacille coquelucheux. Il ne put en

être question, l'expectoration faisant défaut dans la plupart des cas et, d'autre part, la véritable nature de l'affection n'ayant été soupçonnée qu'à son déclin ou après sa guérison. Mais les faits que nous venons de rapporter montrent, en tout cas, que l'on peut, par la méthode de la fixation d'alexine, déceler des cas méconnus de coqueluche fruste chez l'adulte — tout au moins poser un diagnostic rétrospectif — et établir ainsi l'origine d'autres cas en apparence spontanés de coqueluche infantile (1). Reste à savoir si ces formes frustes sont plus fréquentes chez l'adulte qu'on ne l'admet généralement et si leur rôle dans la propagation de la coqueluche mérite de retenir l'attention.

On peut faire une autre remarque à propos des expériences que nous avons exécutées. Celles-ci ont décelé l'existence d'une sensibilisatrice dans le sérum de trois adultes à un moment où sa présence devait encore nous paraître logique, attendu que nous avions encore à la mémoire les symptômes observés chez ces adultes. Mais il est extrêmement probable que si, à la coqueluche fruste que nous avons observée chez des adultes, n'avaient pas succédé des cas typiques de coqueluche infantile, la première serait passée inaperçue, de sorte que ces adultes auraient pu affirmer n'avoir pas eu — tout au moins récemment — la coqueluche. Leur sérum, dans ces conditions, aurait été, sur la foi de leurs dires, considéré comme normal; cependant, il se serait, dans une expérience de fixation d'alexine, comporté comme un sérum de coquelucheux, ce qui aurait pu faire mettre en doute la valeur de cette réaction en ce qui concerne la coqueluche. On voit combien une telle conclusion serait erronée; on doit, pensons-nous, étendre cette remarque aux différents procédés de séro-réaction (fixation d'alexine, précipitation, agglutination) qui sont de plus en plus employés dans le diagnostic des diverses maladies infectieuses.

(1) COHEN (*Bulletin de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1906) a aussi utilisé cette méthode dans le même but et a pu, grâce à elle, dépister après guérison, ou même au cours de la maladie, des cas atypiques de méningite cérébrospinale épidémique.

IV. — DISCUSSION.

SUITE de la discussion de la communication de M. G. CORIN, intitulée : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

M. G. CORIN. — Messieurs, le résultat de ma communication de février dernier a dépassé toutes mes espérances; je ne désirais, en effet, qu'une chose : montrer l'insuffisance des garanties qui entourent, en Belgique, la pratique de l'expertise médico-judiciaire. J'ai constaté avec plaisir que nous étions tous d'accord à ce sujet et que tous nous désirions une transformation radicale de cette organisation.

Je vous ai exposé quelques idées générales, sans avoir la prétention de les considérer comme étant les seules bonnes à mettre en pratique. Je vous ai montré ce que je considérais comme étant les avantages du système allemand et je vous les ai montrés avec une certaine complaisance, peut-être beaucoup, parce que mon éducation médico-légale s'est faite en Allemagne; mais j'estime que si les Allemands peuvent nous servir de guides dans une matière aussi importante, nous ne sommes pas tenus de calquer servilement notre organisation sur la leur. Ce sera à la Commission que l'Académie a bien voulu désigner de rechercher quels sont les changements à apporter dans notre organisation et de chercher aussi quels sont les changements qui heurteront le moins, je ne dis pas nos préjugés, mais nos façons spéciales de considérer les choses.

Je ne voudrais pas cependant laisser sans réponse deux critiques que M. le professeur Heger a bien voulu faire de ma communication, critiques toutes bienveillantes d'ailleurs et que je remercie mon éminent Collègue d'avoir bien voulu m'adresser, puisqu'elles me donnent, dès maintenant, l'occasion de développer devant vous plus complètement mes opinions.

Je m'étais défendu, dans ma communication, d'une idée qu'on pourrait me prêter : désirer voir installer en Belgique une nou-