FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 N° 776

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

DECAUDIN Marie-Thérèse, Marthe

née le 10 Août 1922

à SAINT-MAIXENT-L'ÉCOLE (Deux-Sèvres)

LES PARASITOSES INTESTINALES EN MILIEU PENITENTIAIRE

présentée et soutenue publiquement le 14 juin 1963

Président : Monsieur le Professeur **L. C. BRUMPT**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 N° 776

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

DECAUDIN Marie-Thérèse, Marthe

née le 10 Août 1922

à SAINT-MAIXENT-L'ÉCOLE (Deux-Sèvres)

LES PARASITOSES INTESTINALES EN MILIEU PENITENTIAIRE

présentée et soutenue publiquement le 14 juin 1963

Président : Monsieur le Professeur **L. C. BRUMPT**

Que Monsieur le Comte veuille bien accepter, avec ma gratitude, cet ouvrage en témoignage de mes années de vie professionnelle à Fresnes.

Mme Decaudin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Léon Binet
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Gaston Cordier
2e ASSESSEUR ..... Paul Castaigne

I. — PROFESSEURS

1. — Chaires de sciences fondamentales

a) Professeurs titulaires :

	MM
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à d'éducation physique et aux sports	CHALLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2. — Chaires de sciences cliniques

a) Professeurs titulaires :

		MM
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIE (P.)
Cliniques médicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Saint-Anne)		DELAY (J.)
clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques chirurgicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENEGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER - VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) m. conf.
Anesthésiologie	NEZLOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	KRUH (J.) JEROME (H.) PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato - syphyligraphie	SELIGMANN (M.) CIVATTE (J.)
Electro - Radiologie	DUPERRAT (B.) LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE - HURST (Mme L.) SAPIN - JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	HADENGUE (A.) ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)

	MM
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER - ROZAT
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARRAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GERMAIN (A.) GAUDIER-MALLAINES (Cde) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.)
Pathologie exotique	THOMERET (G.) SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.)

	MM.
Pathologie médicale	ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (J.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZI ONACO (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)

	MM
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.)
Pneumo - phtisiologie	TUBIANA (M.) m. conf. KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétrile	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM
Clinique ophtalmoque	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiologique	BARUK (H.)
Clinique urologitrique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Secrétaire principal ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Bibliothécaire ..... Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A tous les Miens,

A mes Amis,

A Monsieur le Professeur L.-C. Brumpt,

Professeur de Parasitologie
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,
Qu'il veuille bien trouver ici, avec
nos remerciements, l'expression de
notre respectueuse gratitude.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX,

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'Ils nous ont prodigué.

A nos Maîtres de la Faculté de Pharmacie de Paris,

A Monsieur le Professeur R. Cavier,

Professeur de Parasitologie
de la Faculté de Pharmacie de Paris

Qui nous a toujours manifesté la plus grande bienveillance.

Avec toute notre reconnaissance.

A Monsieur J. Savel,

Maître de Conférence de Parasitologie
de la Faculté de Pharmacie de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail, et dont les conseils nous ont été précieux.
Avec nos remerciements.

A Monsieur le Docteur J. Petit,

Chirurgien et Médecin-Chef
de l'Hôpital Central des Prisons de Fresnes

En reconnaissance de la confiance
qu'Il nous a toujours témoignée.
Avec l'expression de notre gratitude
la plus vive.

A tous nos Collègues de l'Hôpital Central des Prisons de Fresnes,

En témoignage de notre amitié.

INTRODUCTION

L'étude des parasitoses intestinales en milieu pénitentiaire, sujet de notre thèse, s'est imposée à nous par les circonstances de notre carrière professionnelle.

Nous exerçons, depuis douze années, notre activité à l'Hôpital central des prisons de Fresnes, au titre de Pharmacien et de Directeur de laboratoire d'analyses médicales.

En 1952, nous avons créé et organisé ce laboratoire, qui exécute les examens de bactériologie, de chimie biologique, d'hématologie et de parasitologie. Le laboratoire assure les examens pour un hôpital de 300 lits d'hospitalisation et une population pénale cellulaire de 2.000 à 2.500 détenus.

C'est la raison pour laquelle nous avons été appelée à faire des examens parasitologiques qui portent maintenant sur une période de onze années et pour laquelle le milieu pénitentiaire a donc été le cadre dans lequel s'est placé ce travail.

L'intérêt que nous avons porté à ce problème de parasitologie s'explique également par les fonctions d'Assistant aux travaux pratiques de parasitologie, que nous remplissons à la Faculté de Pharmacie de Paris.

Dès le début, nous avons eu à nous occuper d'une population détenue très composite, quant au niveau social, l'origine raciale, l'activité professionnelle, la provenance géographique.

Ainsi, nous avons été amenée à soigner des détenus ayant séjourné en Extrême-Orient, lors de la guerre d'Indochine et, plus récemment, en Afrique du Nord.

PLAN

— Historique et généralités sur les prisons et leur régime.

— Conditions générales d'hygiène et de surveillance médicale dans les prisons. — Statistiques.

— Construction de Fresnes. L'Hôpital des prisons.
Statistiques faites à Fresnes concernant la parasitologie.

— Techniques d'examens.

— Rhizoflagellés { Rhizopodes ; Flagellés.

— Nemathelminthes : Nématodes.

— Plathelminthes { Trématodes ; Cestodes.

— Blastocystis hominis.

— La Fraude en matière de parasitologie.

— Conclusions.

Historique et généralités sur les prisons et leur régime

Qu'est-ce qu'une prison ? Le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante : « Lieu où l'on enferme les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement ».

« JOSEPH fut mis en prison » est-il dit dans la Genèse, et il en est de même dans l'histoire ancienne de presque tous les peuples.

Si l'on se reporte à la *Grande Encyclopédie* (V), nous y trouvons le texte suivant :

« *Pendant longtemps, la prison n'a été qu'un lieu de débarras, un souterrain, un château fort, un bâtiment plus ou moins horrible dans lequel on jetait pêle-mêle, avec les vrais coupables, les téméraires qui osaient dire ou simplement penser qu'en matière religieuse, politique ou scientifique, des progrès pouvaient être réalisés. Il s'est passé des siècles et des siècles avant que les grands de ce monde aient eu assez d'instruction, d'indépendance, de force de caractère et d'amour de la justice pour savoir distinguer entre les ennemis de la société et leurs ennemis personnels, entre les actes qui, dans tous les pays et dans tous les temps, doivent être répréhensibles, et les actes qui ne paraissent délictueux qu'à ceux auxquels ils sont désagréables, tant il est difficile d'être juste quand on est tout-puissant* ».

La France, pendant longtemps, avait, suivant les besoins, utilisé d'anciennes forteresses ou d'anciens couvents comme lieux de réclusion des condamnés ou pour garder à vue les prévenus.

L'opinion ne s'était pas préoccupée des prisons du point de vue hygiène et, en relisant « *L'histoire politique et anecdotique des Prisons de la Seine* », l'on constate que Louis XVI fut le premier roi à se pencher sur le problème des prisons. Selon l'auteur, B. MAURICE, « Louis XVI fit, de ses deniers, des changements pleins d'humanité à la Conciergerie, puis, le 23 août 1780, il acheta l'Hôtel du Duc de la Force pour y renfermer les détenus du For-l'Evêque et du Petit Châtelet qu'il avait fait abattre. Ainsi, le premier roi qui s'occupa des prisons devait être prisonnier et cette Conciergerie qu'il assainissait devait être pour la reine, sa femme, et pour sa sœur, le vestibule de l'échafaud » (III).

Sous l'ancienne dynastie, les prisons de la Seine étaient :

La Bastille ..... } *Prisons d'Etat.*
Vincennes ..... }

Le For-l'Evêque	*Maison de détention pour les dettiers, ainsi que pour les comédiens réfractaires et incivils.*
La Conciergerie ..... La Tournelle ..... Le Grand et le Petit Châtelet	*Prisons proprement dites.*
Bicêtre ..... Charenton ..... Saint-Lazare ..... La Salpétrière	*Maisons de force et de correction, moitié hôpitaux, moitié prisons.*

En consultant l'ouvrage de E. LOUVARD (II) « *Les nouvelles prisons du régime cellulaire* », nous apprenons qu'en 1887 le département de la Seine ne possédait plus que neuf prisons, correspondant, au point de vue pénitentiaire et pénal, à des catégories de détenus différentes et à des destinations diverses ».

Ces neufs prisons étaient :

1° Le Dépôt, près de la préfecture de police;

2° La maison de justice ou Conciergerie;

3° La maison d'arrêt cellulaire, plus connue sous le nom de Mazas (construite de 1845 à 1850);

4° La maison d'arrêt et de correction de la Santé (construite de 1864 à 1867);

5° La maison de correction de Sainte-Pélagie dont les bâtiments dataient de 1665;

6° La maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, dont la majeure partie des constructions de la prison remonte au début du XVIe siècle;

7° Le dépôt des condamnés ou Grande-Roquette qui avait été construit en 1836;

8° Les quartiers de correction de Nanterre;

9° La maison d'éducation correctionnelle ou Petite-Roquette, qui servait de prison pour les jeunes détenus, construite de 1824 à 1830.

Les prisons sont passées alternativement sous le contrôle et l'autorité du ministère de l'Intérieur et du ministère de la Justice.

Le décret du 2 octobre 1795, qui instituait les ministères au nombre de six (Justice, Intérieur, Finances, Guerre, Marine, Relations Extérieures), plaçait sous la surveillance du ministère de l'Intérieur les établissements pénitentiaires.

Ce n'est qu'après la guerre de 1940 que les établissements pénitentiaires furent rattachés au ministère de la Justice.

Actuellement, le département de la Seine compte les prisons suivantes :

— le Dépôt;

— les prisons de Fresnes;

— la Santé;

— La Petite-Roquette.

Ces deux dernières prisons devant être détruites et remplacées par un complexe pénitentiaire qui sera situé dans le sud de la région parisienne, près de Fleury-Mérogis.

Conditions générales d'hygiène et de surveillance médicale dans les prisons du XIXe siècle à nos jours

La surveillance médicale et les soins médicaux existaient déjà dans les prisons en 1840, puisque B. MAURICE (III) dans son « *Histoire politique et anecdotique des Prisons de la Seine* », parlant des médecins qui pratiquaient les grandes opérations de chirurgie, de leurs adjoints qui assuraient le service sans aucune rétribution, et soulignant l'indigne parcimonie dans le budget des prisons à l'égard du corps médical, constate néanmoins que le service médical s'y fait avec autant de zèle que d'humanité et, qu'en général, l'état sanitaire y est satisfaisant.

JACQUEMIN (III) en disait : « Je ne connais plus que deux maladies dominantes chez nous : la gale et l'aliénation mentale. La gale, ajoutait-il, nous l'avons vaincue ; deux cents malades en étaient atteints quand je suis entré ici, voilà ma feuille de service de maladie, nous n'en avons plus que huit ». Les maladies des prisons, à en croire JACQUEMIN, consistaient donc à cette époque, pour moitié en maladies parasitaires, puisque la gale est due à un acarien parasite, *Sarcoptes scabiei.*

Les services publics s'intéressaient à l'état sanitaire dans les prisons, puisque, d'une part, le ministre de l'Intérieur avait chargé le Docteur CHASSINAT de faire une étude comparée sur la mortalité des bagnes et des maisons centrales (cette enquête portait sur les années 1822 à 1837), et que, d'autre part, une circulaire du 28 mai 1842 du ministère de l'Intérieur avait imposé aux maisons centrales l'obligation de fournir annuellement à l'administration supérieure un ensemble de tableaux comprenant, sous leurs divers aspects, tous les faits de maladie ou de mort observés parmi la population détenue. L'administration possède tous les documents pour les années écoulées de 1843 à 1852 inclusivement.

En 1853, Max PARCHAPPE, inspecteur des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons, fut désigné par le ministre de l'Intérieur « pour remplir cette tâche aussi difficile qu'honorable » qu'était l'étude des statistiques médicales dans les établissements pénitentiaires. Max PARCHAPPE fit donc une statistique portant sur les années 1850 à 1855 et relative aux maisons centrales de force et de correction.

Dans son rapport, adressé à son Excellence le Ministre de l'Intérieur, il rappelle que, dans le passé, la statistique médicale des établissements pénitentiaires n'avait pas été négligée par l'administration du ministère de l'Intérieur (témoin la circulaire du 28 mai 1842), mais qu'un examen approfondi des documents, recueillis conformément à cette circulaire,

et des rapports, auxquels ces documents ont prêté leur appui, a permis de reconnaître que la méthode appliquée pour recueillir les faits n'était pas suffisamment exacte. Aussi, dès 1854, ont été institués des modèles pour faciliter les enquêtes et des tableaux synoptiques qui réunissaient tous les renseignements.

Ces études statistiques ont été faites en ce qui concerne les maisons centrales et les pénitenciers agricoles, d'une part, et les dépôts des condamnés aux travaux forcés et des relégables, d'autre part.

Les statistiques n'ont pas été faites en ce qui concerne les maisons d'arrêt et de correction, maisons qui recevaient et abritaient une population trop mouvante, puisque, dans ces établissements, ne séjournent que des prévenus ou des détenus ayant à accomplir une peine de prison inférieure à un an.

Les statistiques publiées chaque année sont conservées à la bibliothèque du ministère de la Justice.

A partir de 1856, des rapports sanitaires ont été faits et des statistiques sont apparues concernant, d'une part, les maisons centrales et les pénitenciers agricoles et, d'autre part, les prisons de la Seine. Les statistiques relatives aux prisons de la Seine se sont limitées à une classification des maladies en affections aiguës et chroniques.

Pour les maisons centrales et les pénitenciers agricoles, toute la pathologie était résumée en six catégories d'affections, à savoir : phtisie pulmonaire, scrofule, fièvre typhoïde, scorbut, maladies des voies digestives et enfin les autres maladies. Cette classification a été adoptée jusqu'en 1866.

En 1867, nous remarquons que les statistiques font apparaître une classification plus large et plus variée : les tableaux synoptiques classent les maladies selon les affections des divers appareils. Nous trouvons alors les rubriques suivantes : maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, génito-urinaire, des sens, de la peau et du tissu cellulaire, de l'appareil locomoteur, secrétoire. Puis, viennent les pyrexies, les cachexies, les maladies de causes toxiques, mécaniques, les maladies épidermiques, les maladies contagieuses, parmi lesquelles figurent : la syphilis, les teignes, la gale, ces deux dernières affections contagieuses certes, mais parasitaires.

Ce n'est qu'en 1877 qu'il est fait mention pour la première fois des maladies parasitaires et du teniasis. Il est curieux de constater que les maladies parasitaires, en particulier les teniasis et les dysenteries, figurent pour la première fois dans les tableaux, précisément l'année où les statistiques font mention de l'état sanitaire de la population pénale en Algérie.

Ceci n'a rien d'étonnant, puisque nous savons qu'à cette époque la notion de parasitologie s'associe presque exclusivement à celle de pays chaud.

L'état sanitaire concernant la population pénale en Algérie n'était pas apparu plus tôt dans les statistiques des prisons, puisque ce n'est qu'en 1875 que l'administration pénitentiaire d'Algérie a été rattachée au ministère de l'Intérieur et ceci jusqu'en 1897. En effet, un décret du 4 juin 1898 a alors détaché du ministère de l'Intérieur les services pénitentiaires de l'Algérie, qui passèrent alors sous l'autorité directe du gouvernement général de l'Algérie.

Cette classification globale des maladies parasitaires, n'individualisant que le teniasis, n'a rien de surprenant. En effet, si LINNÉ, en 1758, mentionnait certains Cestodes comme *Taenia solium, Taenia saginata, Fasciola hepatica* parmi les Distomes, et certains Nématodes comme *Ascaris lumbricoïdes* et *Enterobius vermicularis,* il fallut attendre plus d'un siècle pour que soient identifiés d'autre parasites, tels que certains Flagellés, à savoir *Giardia intestinalis,* qui ne le fut qu'en 1899, *Trichomonas intestinalis* en 1879, et enfin les Amoebiens avec *Entamoeba coli,* découverte par LOESCH en 1875, *Entamoeba histolytica* individualisée par COUNCILMAN en 1893, *Endolimax nana* et *Pseudolimax bütschlii* en 1917.

Une autre rubrique groupait les dysenteries et les diarrhées. Sous cette étiquette devaient être rassemblés des symptômes relevant d'étiologies diverses; il est, cependant, remarquable de constater, dans le tableau n° 1, que les chiffres absolus de ces colonnes, concernant la population pénale d'Algérie, sont supérieurs à ceux de la population pénale en France.

La population détenue annuelle en Algérie était, cependant, cinq à dix fois moindre que celle détenue en France. Ceci se conçoit facilement, si l'on pense qu'une forte proportion de ces diarrhées devaient être imputables à des parasites intestinaux et, vraisemblablement, à des amibes.

Pratiquement, les statistiques des prisons ne nous apportent pas grand élément positif pour l'étude des parasites intestinaux en milieu pénitentiaire.

TABLEAU n° 1

	DYSENTERIES - DIARRHÉES		MALADIES PARASITAIRES - TAENIA	
	FRANCE	ALGÉRIE	France	Algérie
1876..	7	67	-	-
1877..	19	35	3	2
1878..	33	59	4	3
1879	49	29	2	-
1880	45	24	3	-
1881..	74	5	1	-
1882..	34	6	7	-
1883..	39	-	3	-
1884..	42	2	4	-
1885..	40	18	7	13
1886..	55	2	8	-
1887..	28	15	9	9
1888	35	12	16	3
1889..	59	26	25	12
1890	16	32	7	11
1891	30	7	7	7
1892..	30	41	13	2
1893..	15	16	12	7
1894..	18	9	19	3
1895	59	13	31	7
1896..	27	15	47	5
1897..	34	2	28	4

Fresnes — Hôpital central des prisons

A la suite de la grande enquête parlementaire de 1872 à 1875, une loi fut votée le 5 janvier 1875, loi qui ordonna la transformation des maisons d'arrêt de justice et de correction en prisons cellulaires destinées à l'emprisonnement individuel de jour et de nuit. La France possédait alors 380 maisons de justice et de correction, qu'il fallait reconstruire ou transformer en prisons cellulaires.

C'est ainsi que le département de la Seine reconstruisit en quelques années ses principales prisons.

La prison de la Santé fût bâtie en 1892, tandis que les prisons de Sainte-Pélagie et de la Grande-Roquette furent démolies, étant donné leur mauvais état. La prison de Mazas fut également détruite, non qu'elle fût vétuste, mais parce qu'elle gênait l'essor du quartier dans lequel elle était située.

Ces trois prisons furent remplacées par les prisons de Fresnes. Commencées en 1895, elles furent terminées en 1898 et furent l'œuvre de l'architecte Poussin.

Jusqu'à la construction des prisons de Fresnes, l'infirmerie centrale des établissements pénitentiaires de la Seine était installée à la maison d'arrêt de la Santé. Cette infirmerie fut remplacée par celle de Fresnes. En effet, déjà en 1898, les prisons de Fresnes comportaient une infirmerie centrale cellulaire, avec possibilité d'isolement pour contagieux, le tout d'une contenance de 110 lits.

Actuellement, les prisons de Fresnes possèdent un hôpital comprenant 300 lits d'hospitalisation. Cet établissement comporte :

— un bloc opératoire;

— un service de chirurgie et de médecine;

— un service de radiologie et des consultations de spécialités, à savoir : gastroentérologie, neuropsychiatrie, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, phtisiologie, urologie, syphiligraphie.

L'hôpital possède aussi :

— un laboratoire d'analyses médicales;

— une pharmacie.

Nous devons mentionner que l'hôpital des prisons de Fresnes comporte un quartier réservé aux femmes.

C'est au laboratoire de l'hôpital des prisons de Fresnes que nous avons réalisé ce travail, objet de notre thèse.

Du fait du double aspect de notre activité à l'hôpital des prisons de Fresnes, en tant que pharmacien et directeur du Laboratoire, le travail fait a surtout été envisagé sous l'aspect diagnostic de laboratoire et thérapeutique. Il ne nous a pas été possible d'étudier l'aspect clinique de tous les cas de parasitose diagnostiqués et d'en suivre l'évolution en fonction du traitement.

Ceci explique pourquoi notre travail est surtout une étude statistique, qui n'a, d'ailleurs, pas été sans difficultés.

Ce n'est qu'à travers les dossiers médicaux que nous avons essayé de retrouver la symptomatologie, l'évolution de la maladie. Cette recherche n'a pas toujours été facile et possible, étant donné la dispersion de ces dossiers.

Tout malade possède un dossier médical, qui accompagne le détenu lorsque celui-ci est transféré, pour des raisons administratives ou judiciaires, dans une autre prison. Le transfert de ce dossier médical permet la continuation de la thérapeutique instaurée. Cet état de fait était peu satisfaisant, bien entendu, pour notre étude.

Fresnes n'étant pas une prison centrale, mais une maison d'arrêt de justice et de correction, la population pénale y est assez mouvante. D'où la difficulté de suivre, du point de vue parasitologique, les malades pour lesquels un diagnostic a été fait.

Le sujet de notre étude étant les parasitoses intestinales en milieu pénitentiaire, nous ne parlerons donc pas des autres parasitoses que nous avons eu l'occasion de rencontrer, à savoir :

— la Phtirose, la Pédiculose, qui sont l'apanage de détenus arrêtés pour vagabondage, les Gales;

— quelques cas de Paludisme, chez des sujets revenus depuis peu de temps d'Indochine ou d'Afrique du Nord;

— une Filariose, dépistée chez un Antillais. L'Echinococcose, relativement fréquente chez les Nord-Africains. Les Bilharzioses vésicales et, enfin, les Flagellés vaginaux, tels que *Trichomonas vaginalis*, que nous avons eu à diagnostiquer chez des femmes hospitalisées à Fresnes.

Il nous a semblé intéressant de dénombrer les examens coprologiques faits durant ces onze dernières années. 693 examens de selles ont été exécutés, qui se répartissent de la façon suivante pour chaque année :

TABLEAU n° 2

Nombre d'examens coprologiques effectués
au Laboratoire de l'Hôpital central des prisons de Fresnes

	EXAMENS POSITIFS	EXAMENS NÉGATIFS	TOTAL DES EXAMENS coprologiques
1952	1	9	10
1953	5	6	11
1954	7	9	16
1955	7	23	30
1956	18	27	45
1957	22	28	50
1958	18	15	33
1959	15	27	42
1960	75	109	184
1961	66	75	141
1962	46	31	77
1963 pendant les 4 premier mois	26	28	54
TOTAL	306	387	693

Les parasites intestinaux dépistés au Laboratoire de l'Hôpital des prisons de Fresnes sont assez variés.

Nous pouvions classer les parasites suivant leur ordre de fréquence, mais nous avons préféré adopter une classification zoologique, c'est-à-dire commencer par les Protozoaires.

Les Rhizoflagellés : les Rhizopodes, les Flagellés;

pour aborder ensuite les Métazoaires, avec : les Némathelminthes, les Nématodes et les Plathelminthes, que nous diviserons en Trématodes et Cestodes.

Nous avons classé, dans le tableau n° 3 ci-après, par année, les différents parasites intestinaux objets de cette thèse.

TABLEAU n° 3

Parasites intestinaux identifiés au Laboratoire de l'Hôpital central des prisons de Fresnes

	RHIZOPODES					FLAGELLÉS		NÉMATODES						CESTODES		TREMATODES
	ENTAMOEBA			ENDOLIMAX	PSEUDOLIMAX											
	dysenteriae		coli	nana	bulschlii	GIARDIA intestinalis	TRICHOMONAS intestinalis	ASCARIS lumbricoïdes	OXYURIS vermicularis	STRONGYLOIDES stercoralis	ANCYLOSTOMA duodenale	NÉCATOR americanus	TRICHURIS trichiuria	TAENIA saginata et solium	HYMENOLEPIS nana	FASCIOLA hépatica
	forme histolytica	forme minuta														
1953	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	2	-	-
1954	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-
1955	-	-	2	-	-	-	1	-	4	1	1	2	-	1	-	-
1956	4	4	1	-	-	1	1	-	-	3	1	1	4	1	-	-
1957	-	3	6	-	-	2	-	-	-	5	3	-	6	2	-	-
1958	2	4	2	-	-	3	-	-	2	5	1	-	6	-	-	-
1959	-	4	3	-	-	2	2	-	1	1	-	1	1	2	-	-
1960	4	35	11	-	1	12	5	1	4	2	-	1	6	4	1	-
1961	-	29	8	-	1	11	1	-	1	1	-	-	5	2	1	1
1962	-	12	9	-	1	7	-	-	3	4	-	-	7	8	-	-
1963 4 premiers mois	-	7	6	2	1	2	1	-	2	1	-	-	-	4	-	-
TOTAL . ..	12	98	48	2	4	40	11	1	17	23	8	5	38	28	2	1

Techniques d'examens

PRELEVEMENT

Précisons tout d'abord, la question du prélèvement.

Les malades pour lesquels un examen coprologique est demandé sont convoqués au laboratoire le matin. Un verre à pied maintenu à l'étuve à 37 °C permet de donner au sujet un récipient tiède pour le recueil des selles.

Au début de nos recherches nous convoquions les malades sans les réactiver, c'est-à-dire sans leur faire prendre de sulfate de sodium. Mais, très vite, nous avons remarqué que les détenus, convoqués au laboratoire de cette façon, ne pouvaient jamais s'exonérer. Ceci était peut-être vrai pour quelques-uns d'entre eux, mais certainement pas pour la totalité des « abstentionnistes ».

Les détenus pour lesquels un examen de selles n'avait pu être pratiqué étaient reconvoqués un autre jour et, en recommençant cette façon de faire, un détenu revenait au laboratoire deux ou trois fois avant de satisfaire à l'examen pour lequel il était convoqué.

Ainsi, grâce à l'excuse d'une constipation, un détenu pouvait revenir plusieurs fois à l'hôpital dans un but de promenade.

Bien vite, nous nous sommes trouvés débordés par ces demandes d'examens non satisfaites, dont le nombre croissait.

Ceci fut particulièrement net au moment où nous eûmes à pratiquer beaucoup d'examens parasitologiques de selles chez les détenus nord-africains. Pour ces raisons, inhérentes et propres au milieu carcéral, nous avions pris l'habitude de réactiver les sujets, en leur faisant absorber 20 grammes de sulfate de sodium la veille au soir et 20 grammes de sulfate de sodium le matin de l'examen.

Cette façon de procéder n'est, certes pas, l'idéal pour la recherche et l'identification des amibes, car très souvent, nous eûmes des formes trophozoïtes, dont le diagnostic est plus malaisé que celui des kystes.

Actuellement, dans la mesure du possible et principalement lorsque nous avons la notion d'une amibiase, nous convoquons le malade sans réactivation pour un premier examen et, si cet examen est négatif, nous pratiquons un deuxième examen après réactivation.

TECHNIQUE D'EXAMENS

Les selles sont examinées dès leur émission, au maximum dans les 2 à 3 heures qui suivent leur émission.

Nous faisons deux ou trois examens, *à l'état frais,* entre lame et lamelle. Le matériel : lame, lamelle, pipette, était maintenu à l'étuve à 37 °C. Les examens se font à la température du laboratoire et, lorsqu'il fait froid, un radiateur électrique est branché à proximité de la platine du microscope.

Cette façon de pratiquer permet l'étude de la mobilité des Protozoaires Rhizopodes ou Flagellés.

Si la selle est très moulée, nous faisons une dilution en eau physiologique (solution de chlorure de sodium à neuf pour mille) que nous avons pris soin de maintenir à l'étuve à 37 °C.

Ces états frais sont suivis de 3 ou 4 examens d'une dilution de la selle dans une solution de Lugol à 5 %.

Pour l'étude de la cytologie des amibes, nous utilisons la méthode de VELAT, WEINSTEIN et OTTO.

Sur une lame, nous mettons un peu de selles et une à deux gouttes de colorant. L'examen entre lame et lamelle se fait cinq minutes plus tard.

Cette technique permet de voir les amibes avec leur cytoplasme légèrement violacé et fait apparaître très nettement le noyau, dont le caryosome et la membrane nucléaire sont très nettement foncés.

Du point de vue de la cytologie des trophozoïtes, cette coloration nous apparaît supérieure à celle de SAPERO-LAWLESS, ou méthode au merthiolate.

Pour l'étude des kystes, la dilution en Lugol est évidemment la meilleure coloration.

Cependant, bien souvent nous avons eu recours à la méthode au merthiolate pour l'examen des kystes.

Pour l'examen plus détaillé de la cytologie, nous faisons une coloration à l'hématoxyline ferrique, qui permet l'étude du noyau.

Lorsque nous procédons à des enrichissements, nous employons la méthode de TELEMAN-RIVAS.

Rhizopodes

Amibes

ENTAMOEBA HISTOLYTICA

De toutes les parasitoses intestinales diagnostiquées en milieu pénitentiaire, l'amibiase est certainement la plus fréquente.

C'est en 1960 et en 1961 que nous avons eu le plus grand nombre de cas d'amibiase. Ceci n'est pas pour nous étonner, puisque ces deux années correspondent à celles où l'incarcération de la population nord-africaine fut la plus forte.

L'élément nord-africain représentait alors plus de la moitié de l'effectif de la population pénale à Fresnes.

Nous distinguerons, d'une part, l'amibiase intestinale aiguë, d'autre part, l'amibiase intestinale chronique.

a) **L'amibiase intestinale aiguë.**

Est provoquée par l'amibe pathogène *Entamoeba dysenteriae*, forme *histolytica*. Cette amibe, lorsqu'elle se présente sous cette forme, est facile à diagnostiquer dans les selles fraîchement émises. Ces émissions rectales ont, d'ailleurs, souvent un aspect caractéristique. Des trainées de sang, de mucus sont visibles à l'examen macroscopique. Ces selles sont quelquefois glaireuses.

Microscopiquement, on voit des globules rouges et des leucocytes dans les trainées de mucus. Les amibes sont douées de mobilité; quelques-unes d'entre elles possèdent, dans leur cytoplasme, des hématies phagocytées.

Généralement, le cytoplasme se différencie nettement en endoplasme granuleux et en ectoplasme hyalin. En faisant varier la mise au point du microscope, il est possible de distinguer le noyau excentrique avec son caryosome central.

Nous ne nous sommes trouvée en présence d'une amibiase intestinale aiguë que dans douze cas :

— 2 fois en 1954;
— 4 fois en 1956;
— 2 fois en 1958;
— 4 fois en 1960.

C'est en 1954 que nous avons vu pour la première fois une amibiase intestinale aiguë :

L..., hospitalisé, présentait un état général très altéré, avec fièvre et amaigrissement.

Les émissions rectales avaient l'aspect d'un crachat sanglant qui, à l'examen microscopique, se révélèrent être une véritable culture *d'Entamoeba dysenteriae,* forme *histolytica.* Des colorations à l'hématoxyline ont été effectuées sur ces préparations. Ce malade revenait d'Indochine, où il avait contracté cette amibiase, et avait été incarcéré dès son arrivée en métropole.

Les quatre malades soignés en 1956 étaient des Français, dont deux d'entre eux, B... et C... (dont nous possédons le dossier médical), avaient eux aussi, contracté cette amibiase lors de la guerre d'Indochine.

Par contre, trois des quatre malades soignés en 1960 pour amibiase intestinale aiguë étaient des Nord-Africains.

1re observation concernant ces malades hospitalisés en 1956 pour amibiase intestinale aiguë :

C... François, 25 ans, chauffeur, incarcéré en novembre 1956 au quartier cellulaire.

Un examen de selles, effectué le 8 novembre 1956, a montré la présence :

— d'une grande quantité d'hématies;
— de nombreuses amibes mobiles, présentant des hématies phagocytées ; il s'agit d'*Entamoeba dysenteriae,* forme *histolytica.*

Le malade est hospitalisé le 10 novembre 1956.

Un premier traitement est prescrit, le 12 novembre 1956 :

— série de 10 injections d'émétine;
— auréomycine 2 grammes 50;
— gouttes amères de Baumé.

Un deuxième examen de selles, effectué le 13 décembre 1956, donne les résultats suivants :

— très nombreuses amibes mobiles, ne présentant pas d'hématies phagocytées : il s'agit d'*Entamoeba dysenteriae,* forme *minuta.*

Un deuxième traitement est prescrit le 5 janvier 1957 :

— 1 série de 10 injections d'émétine;
— auréomycine 1 gramme 50;
— gouttes amères de Baumé.

Le 10 janvier, la terramycine est substituée à l'auréomycine.

Une numération globulaire et une formule sanguine, faites à cette date, donnent les résultats suivants :

G.R. :	4.550.000	Polynucléaires neutrophiles ...	51,5	54 %
G.B. :	6.300	Polynucléaires éosinophiles	2,5	
Hb. :	90 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0.98	Petits lymphocytes	24,5	46 %
		Grands lymphocytes	13,5	
		Monocytes	8	

On note pour la vitesse de sédimentation les chiffres suivants :

première heure : 3 mm;

deuxième heure : 10 mm;

vingt-quatrième heure 64 mm.

Un troisième examen de selles est négatif.

Deuxième observation :

Ha... Mohamed, manœuvre, originaire de Constantine, incarcéré en 1960, se plaint de douleurs abdominales.

Un examen de selles est demandé le 12 janvier 1960.

A l'examen direct, on trouve de nombreuses amibes mobiles hématophages : *Entamoeba dysenteriae* forme *histolytica.*

Un premier traitement est prescrit : cure d'émétine.

Un deuxième examen de selles est effectué le 26 janvier 1960 : présence d'amibes assez nombreuses, non hématophages, *Entamoeba dysenteriae* forme *minuta.*

Le malade se plaint toujours de douleurs abdominales.

Un deuxième traitement de l'amibiase est institué, auquel fait suite un troisième examen de selles, le 31 mars 1960.

A l'examen direct, on note la présence de quelques amibes peu mobiles.

Une V.S et une N.F. donnent les chiffres suivants :

V.S. : première heure : 1 mm;

deuxième heure : 13 mm;

vingt-quatrième heure : 68 mm.

G.R. :	4.280.000	Polynucléaires neutrophiles	58	60 %
G.B. :	4.380	Polynucléaires éosinophiles	2	
Hb. :	80 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,93	Petits lymphocytes	17	40 %
		Grands lymphocytes	12	
		Monocytes	11	

Un troisième traitement de l'amibiase est mis en œuvre suivi d'un quatrième examen de selles, le 12 juillet 1960 qui montre la présence de nombreuses hématies, sans amibe.

En décembre 1960, le sujet se plaint de gastralgies et de douleurs épigastriques. Il est hospitalisé pour bilan général.

Une série de 10 injections d'émétine est prescrite le 5 décembre 1960.

Le 15 décembre 1960, un nouvel examen de selles est effectué après réactivation.

La recherche d'amibes est négative.

Le malade quitte l'hôpital et retourne au quartier cellulaire.

Deux autres examens de selles ont été faits le 24 mars 1961 et le 21 avril 1961; ces deux examens, pratiqués après réactivation du sujet, n'ont pas montré la présence d'amibes.

b) **L'amibiase intestinale chronique.**

Depuis ces quatre dernières années, l'amibiase intestinale chronique est, sans aucun doute, l'affection parasitaire la plus fréquente en milieu pénitentiaire.

Ce fait est dû à la population pénale même, population en grande partie originaire d'Afrique du Nord : musulmane, pour les années 1960 et 1961, européenne depuis 1962.

Parmi cette population européenne, venant d'Afrique du Nord, se trouvent des adultes jeunes, dont l'âge moyen se situe entre 28 et 33 ans. Pour beaucoup de ces sujets, l'amibiase intestinale chronique est une séquelle d'amibiase intestinale aiguë contractée en Indochine, lors de leur séjour dans ce pays.

L'amibiase intestinale chronique se traduit cliniquement par une entérocolite persistante, dont les manifestations les plus habituelles sont des douleurs abdominales et l'émission de plusieurs selles pâteuses par jour.

Bien souvent, le malade présente, au contraire, des épisodes de constipation tenace, vaincue seulement par l'emploi abusif de laxatifs.

Cette amibiase chronique se matérialise par l'émission irrégulière de formes trophozoïtes d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta* ou de kystes à quatre noyaux.

D'où l'intérêt des examens coprologiques répétés, auxquels un amibien chronique doit s'astreindre pour permettre l'instauration d'une thérapeutique convenable.

Le diagnostic au laboratoire de cette amibiase chronique n'est pas difficile, lorsque l'on se trouve en présence de selles contenant des kystes à quatre noyaux; par contre, il est plus délicat, lorsque l'on n'a pas la notion d'amibiase antérieure et que le matériel coprologique à examiner ne comporte que des formes végétatives peu ou pas mobiles, ce qui nous est arrivé assez souvent, puisque nous étions dans l'obligation de convoquer les détenus après réactivation. Sans cette purgation préalable, les sujets arrivés au laboratoire étaient dans l'impossibilité de fournir un matériel coprologique nécessaire à l'examen.

Dans les cas de seules formes végétatives, il faut évidemment toujours faire une étude précise de la cytologie de l'amibe, qui présente un cytoplasme central granuleux et une partie périphérique hyaline. La mobilité de cette amibe est appréciée. C'est dans ces cas, plus particulièrement, que nous pratiquons une coloration du matériel fécal par la méthode de Velat, Weinstein et Otto.

Du fait de la réactivation préalable, les selles émises dans ces conditions présentent moins souvent les formes kystiques typiques à quatre noyaux d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta*. Nous n'avons, en effet, mis en évidence les formes kystiques à quatre noyaux que dans 16 % des cas.

Les cristaux de Charcot-Leyden, fréquents dans les affections parasitaires, ont été trouvés dans dix pour cent des selles d'amibiens.

L'examen du tableau n° 3 montre qu'au cours de l'année 1960, 35 cas d'amibiase chronique ont été diagnostiqués, dont 26 cas parmi les détenus nord-africains, et, au cours de l'année 1961, 29 cas, parmi lesquels 24 cas de détenus nord-africains. Rappelons que ces deux années furent les plus fortes du point de vue incarcération nord-africaine.

Voici quelques observations d'amibiens chroniques :

H... Nacer, 28 ans, plongeur, est détenu au quartier cellulaire depuis le 4 novembre 1960.

Le 18 novembre 1960, le détenu présente des douleurs abdominales, avec diarrhées, ayant motivé une visite médicale.

Le traitement suivant est prescrit :

— Ganidan, ultra-levure, vitamine B1.

Le 9 décembre 1960, un examen de selles est demandé. Après réactivation et à l'examen direct, nous trouvons de très nombreuses formes trophozoïtes mobiles d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta*.

Le 12 décembre 1960 :

Une série de 10 injections d'émétine est effectuée, suivie, le 3 janvier 1961 de Bemarsal, 2 g, pendant 10 jours.

Nous n'avons pas revu le malade.

M... Ammar, 31 ans, incarcéré en 1960, présente des périodes de constipation tenace.

Le 18 novembre 1960, un examen coprologique est demandé.

Après réactivation du sujet, l'examen direct des selles a montré la présence d'assez nombreuses *Entamoeba dysenteriae* forme *minuta*.

Le 20 novembre 1960, un premier traitement est instauré :

— série de 10 injections d'émétine.

Le 17 décembre 1960, un deuxième traitement de 10 jours est prescrit comportant 10 comprimés de Direxiode par jour.

Le 30 mars 1961, un nouvel examen coprologique de contrôle est effectué :

Après réactivation et à l'examen direct, il n'est pas trouvé de forme trophozoïte ou kystique d'amibes. On note la présence de *Blastocystis hominis*.

Le sujet, vraisemblablement guéri du point de vue parasitologique, n'a plus été revu au laboratoire.

C... Maurice, 33 ans, a contracté une hépatite amibienne, en 1950, en Indochine, et a été traité à cette époque par l'émétine.

Des examens fréquents de selles avaient été négatifs.

Par la suite, alors qu'il résidait en Algérie, un nouvel examen de selles, pratiqué en 1962, a montré la présence :

— de kystes d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta* et de *Giardia intestinalis*.

Un traitement est alors institué.

Rapatrié en juillet 1962, il est soigné dans un hôpital parisien.

Incarcéré fin mars 1963, le malade se plaint de céphalées, de douleurs abdominales.

Début avril, l'examen coprologique demandé a montré la présence :

— de nombreuses formes trophozoïtes mobiles d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta* ;

— de quelques cristaux de CHARCOT-LEYDEN ;

— de nombreux *Blastocystis hominis*.

Un traitement est actuellement en cours.

ENTAMOEBA COLI

Ce rhizopode non pathogène, de 15 à 40 μ, avec son noyau généralement central et son caryosome excentrique, possède un cytoplasme uniformément granuleux.

C'est une amibe, peu mobile, qui ne renferme pas d'hématies.

Les kystes, très caractéristiques, avec leurs huit noyaux visibles dans des plans différents lorsque l'on fait varier la mise au point, sont limités par une membrane épaisse, à double contour. Ils sont en général de grande taille, 15 à 20 μ de diamètre; ils ne posent aucun problème quant au diagnostic.

Entamoeba coli est communément trouvé dans les selles, le plus souvent sous sa forme trophozoïte, sa forme kystique n'ayant été mise en évidence que dans 30 % des cas, et ceci du fait de la réactivation.

Il n'est pas rare de constater en même temps la présence d'*Entamoeba coli* et celle *d'Entamoeba dysenteriae* forme *minuta.*

L'association avec *Blastocystis hominis* est aussi assez fréquente. Lorsque cette association existe, les selles présentent souvent l'aspect caractéristique des selles contenant des *Blastocystis,* c'est-à-dire qu'elles ont un aspect aéré et spumeux.

IODAMOEBA BUTSCHLII

Cette amibe a été trouvée sous sa forme kystique à quatre reprises. Dans chaque cas, *Iodamoeba bütschlii* était associée à un autre parasite.

— Une première fois, les kystes de Iodamoeba bütschlii, trouvés chez un porteur de Taenia, voisinaient avec des formes végétatives et kystiques d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta;*

— Une seconde fois, il s'agissait d'un sujet atteint d'oxyurose;

— Un troisième malade présentait des selles contenant de très nombreux kystes de *Pseudolimax bütschlii* et d'*Endolimax nana.* Dans cette selle, se trouvaient aussi quelques formes trophozoïtes, d'une dizaine de μ de diamètre.

Nous n'avons pas précisé la part qui revenait à l'une ou à l'autre de chacune de ces deux espèces, car nous n'avons pas fait de coloration à l'hématoxyline ferrique.

— Dans les selles du quatrième sujet, de très nombreux *Blastocystis hominis* ont été trouvés en plus des kystes de *Pseudolimax bütschlii.*

ENDOLIMAX NANA

Endolimax nana a été très peu souvent diagnostiquée au cours d'examens coprologiques.

Nous n'avons noté sa présence que deux fois sous sa forme kystique.

Flagellés

Les flagellés intestinaux que nous avons le plus souvent identifiés sont, par ordre de fréquence, tout d'abord *Giardia intestinalis,* puis *Trichomonas intestinalis.*

GIARDIA INTESTINALIS

Ou *Lamblia* fut retrouvé quarante fois au cours d'examens coprologiques, soit sous sa forme kystique, soit sous sa forme trophozoïte.

La forme kystique, caractéristique déjà sur un état frais, est tout à fait typique après coloration par la solution de Lugol à cinq pour cent.

La morphologie des kystes peut, cependant, être quelquefois modifiée : les rudiments de flagelles ou les noyaux apparaissent mal, si le malade a déjà commencé un traitement.

Lorsque les malades présentent une lambliase aiguë, nous retrouvons *Giardia intestinalis* sous sa forme trophozoïte. Le parasite, avec ses flagelles, est alors facilement identifiable par sa mobilité, puisque nos examens parasitologiques sont effectués peu de temps après l'émission de selles par les malades.

En regardant le tableau des différents parasites relevés par année, l'on note que 1960 et 1961 ont été les années au cours desquelles *Giardia intestinalis* a le plus souvent été trouvé :

— 12 cas en 1960;

— 11 cas en 1961.

Ceci n'est pas surprenant, puisque, pendant cette période, plus de la moitié de la population pénale était composée de Nord-africains et que ces deux années ont été celles au cours desquelles les examens coprologiques furent les plus nombreux.

Mais il est intéressant de constater que, sur les 12 cas de lambliase dépistés en 1960, 8 cas étaient le fait de Nord-africains porteurs d'une lambliase pure, alors que les 4 autres lambliases, dépistées chez des Français, étaient des lambliases associées à une autre parasitose :

— chez deux sujets, *Giardia intestinalis* était associé à *Trichomonas intestinalis*;

— chez un autre sujet, *Giardia intestinalis* cohabitait avec *Entamoeba coli*;

— chez le quatrième, la lambliase était associée à une trichocéphalose.

Les porteurs de *Lamblia* ont reçu soit du stovarsol, soit du bemarsal associé à la nivaquine. Actuellement, la quinacrine est plus couramment prescrite, ainsi que la flavoquine.

N'ayant pas revu les malades, soit du fait de leur libération soit de leur transfert dans une autre prison, nous supposons que la thérapeutique a été efficace.

Voici l'observation d'un malade que nous avons pu suivre momentanément : Ben... Saïd.

Trois examens coprologiques pratiqués :

— le 1er le 13 décembre 1960;

— le 2e, le 3 janvier 1961;

— le 3e, le 7 février 1961;

ont montré :

— lors du premier examen, la présence de très nombreux kystes et trophozoïtes de *Giardia intestinalis*;

— lors du deuxième et du troisième examens, la présence de rares kystes.

Le malade ayant été libéré peu après, et n'ayant pas de ce fait subi d'autres examens, nous n'avons pu conclure à sa guérison.

TRICHOMONAS INTESTINALIS

Trichomonas intestinalis fut retrouvé onze fois au cours d'examens parasitologiques des selles.

En 1960, cinq détenus porteurs de *Trichomonas intestinalis* ont été dépistés.

— deux d'entre eux avaient, de plus, une lambliase;

— les trois autres cas étaient des Nord-africains;

Un de ces détenus était, en outre, amibien, puisque des formes végétatives d'*Entamoeba dysenteriae* forme *minuta* furent trouvées dans ses selles en même temps que des formes prékystiques.

Ces malades porteurs de *Trichomonas intestinalis* furent soignés par le direxiode ou le stovarsol.

Pour l'un d'entre eux, Co... Martial, la guérison a pu être affirmée. Ce malade, dans les selles de qui nous avions trouvé, à l'examen direct, le 19 janvier 1960, lors d'un examen coprologique, une association de kystes de *Giardia intestinalis* et de *Trichomonas intestinalis*, revint, après traitement, au laboratoire, le 5 février 1960, pour un examen de selles.

Cet examen fut trouvé négatif.

Némathelminthes

Les Nématodes

ASCARIS LUMBRICOIDES

Si, pour l'unanimité des auteurs, de tous les helminthes parasites de l'homme, l'Ascaris est le plus commun et le plus largement répandu dans les régions chaudes et humides et dans les régions tropicales, il n'en est pas de même dans nos climats.

Nous n'avons eu l'occasion de le trouver qu'une seule fois, au cours de nos examens coprologiques.

Le sujet, porteur d'œufs d'Ascaris, était d'ailleurs un Nord-africain, All... Ali, 26 ans. Les selles de ce malade renfermaient aussi de très nombreux Blastocystis; la recherche a été faite directement après enrichissement préalable.

Une numération sanguine et une formule leucocytaire, faites à ce moment, ont montré :

G.R. :	4.020.000	Polynucléaires neutrophiles	40,5	48 %
G.B. :	3.740	Polynucléaires éosinophiles	7,5	
Hb. :	75 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,93	Petits lymphocytes	10	52 %
		Grands lymphocytes	27	
		Monocytes	15	

V.S. : première heure : 7 mm;
deuxième heure : 60 mn ;
vingt-quatrième heure : 80 mn.

L'ascaridiose n'est pas une parasitose intestinale fréquente en milieu pénitentiaire.

ENTEROBIUS VERMICULARIS

Pour la recherche de ce Nématode, nous avons employé la méthode de Graham-Jacob, méthode classique et facile.

Depuis 1955, nous avons eu à effectuer douze recherches d'oxyurose selon cette technique.

D'autre part, lors d'examen parasitologique de selles, sans que l'on ait eu la notion d'oxyurose, nous en avons fait cinq fois le diagnostic : chez deux sujets non réactivés, chez trois sujets réactivés.

Dans les selles des deux sujets non réactivés, nous avons mis en évidence des œufs d'Oxyure associés, chez l'un, à des œufs de Trichocéphale et à des *Blastocystis hominis;* chez l'autre, à de nombreux kystes de *Pseudolimax bütschlii.*

L'examen des selles des trois personnes qui avaient été réactivées nous a montré la présence de très nombreuses Oxyures femelles vivantes, déjà visibles macroscopiquement.

Ces recherches ont été faites directement, sans enrichissement, entre lame et lamelle, sur des états frais et sur des préparations colorées par la solution de Lugol à 5 %. Le traitement prescrit a été soit le violet de gentiane, sous forme de capsules (oxyuril) 0,18 g par jour, en trois prises à chacun des trois repas, en trois cures de huit jours séparées par une semaine de repos, soit, de préférence, la pipérazine, sous forme de sirop, à raison d'une cuillerée à café pour dix kg de poids, en répartissant la dose totale en deux prises par jour. Il faut faire aussi trois cures de huit jours, séparées par une période de repos d'une semaine. Nous pensons que le traitement est efficace, puisque nous n'avons jamais revu de malades pour un nouvel examen d'oxyurose.

Sur neuf cas d'oxyurose dépistés, nous avions huit sujets français et un sujet nord-africain.

Les sujets français porteurs d'oxyurose étaient, à l'exception d'un délinquant mineur, des adultes qui, pour un tiers, venaient de maisons centrales.

L'on peut dire que l'oxyurose est une affection qui atteint les personnes vivant dans un climat tempéré, plutôt que les personnes originaires de pays plus chauds, puisque, en dépit d'une population importante originaire d'Afrique du Nord, nous avons constaté huit fois plus d'oxyurose parmi la population française que parmi la population arabe.

TRICHURIS TRICHIURIA

Au cours de nos examens coprologiques, nous avons trouvé quarante fois des œufs de Trichocéphale; dans seize cas, il fut le seul élément parasitaire trouvé dans les selles et dans vingt-quatre cas, il était associé à d'autres parasites.

Les associations trouvées étaient :

œufs de Trichocéphale + kystes de Giardia;	3
œufs de Trichocéphale + Amibes;	14
œufs de Trichocéphale + Anguillules;	5
œufs de Trichocéphale + œufs d'Ankylostome;	3
œufs de Trichocéphale + œufs d'Oxyure	1
œufs de Trichocéphale + Anguillule + Amibe	4
œufs de Trichocéphale + Ankylostome + Amibe	1

ANCYLOSTOMA DUODENALE

L'ankylostome a été mis en évidence huit fois au cours d'examens coprologiques. Dans trois cas, l'ankylostome a été le seul parasite identifié dans les selles. Dans cinq autres cas, l'ankylostomiase s'est trouvée associée à une anguillulose.

NECATOR AMERICANUS

Concernant ce parasite, nous avons une observation intéressante, car il s'agit d'un malade que nous avons eu l'occasion de voir épisodiquement pendant cinq ans.

Les éléments qui nous ont permis de porter le diagnostic de Nécator americanus ont été les suivants :

— tout d'abord, la morphologie des œufs émis qui comprenaient de nombreux blastomères ;

— ensuite, le lieu où s'était produite la contamination, à savoir : La Guyane ;

— enfin, la résistance de ce pasasite, pendant plusieurs années, aux différentes épreuves thérapeutiques.

Il s'agit de A. Br..., âgé de 56 ans.

Ce détenu, ancien déporté de la Guyane pendant plus d'une dizaine d'années, contracta là-bas une ankylostomiase. En 1948, lors du rapatriement sur la métropole des condamnés qui étaient encore à la Guyane, il fut libéré. Mais, incarcéré de nouveau en 1955 pour un autre délit, nous le vîmes, à ce moment-là, pour la première fois. Cette personne, usée et fatiguée par ces années de détention en Guyane, ne pesait que 63 kg, pour une taille de 1,79 m.

Le malade, qui connaissait son affection, nous disait se rendre très bien compte de l'aggravation de sa parasitose et de l'augmentation du nombre de ses ancylostomidés, lorsqu'il ressentait des troubles à type de vertiges et d'éblouissements.

L'examen de selles fut fait en avril 1955. Nous avions alors trouvé de très nombreux œufs de Nécator associés à de nombreuses larves rhabditoïdes d'anguillule.

D'autre part, on notait la présence d'une grande quantité d'hématies.

Un examen hématologique, pratiqué à cette époque, avait montré :

G.R. :	4.086.000	Polynucléaires neutrophiles	57,5	67 %
G.B. :	6.720	Polynucléaires éosinophiles ——	9	
Hb. :	75 %	Polynucléaires basophiles	0,5	

V.g. :	0,91	Petits lymphocytes	11,5	33 %
		Grands lymphocytes	16	
		Monocytes	5,5	

Nous avions observé en outre une relative éosinophilie : 9 %.

Un traitement fut institué, à base d'essence de Chénopode : 3 fois quinze gouttes, en trois prises espacées de 2 heures, suivi de l'administration d'un purgatif salin après la dernière prise.

Le malade est revu en décembre 1955. Un nouvel examen parasitologique des selles montre encore la présence d'œufs de Nécator. Nouveau traitement, cette fois, à base de thymol.

Le malade est revu une troisième fois au laboratoire, en mars 1956. Les selles contenaient toujours des œufs de Nécator et des larves rhabditoïdes d'Anguillule. C'est alors que le détenu est libéré.

Entre temps, le malade, libéré, a été hospitalisé en 1958 dans un hôpital parisien, pour une méningite tuberculeuse. Lors de cette hospitalisation, le malade dit avoir suivi un traitement pour son ankylostomiase.

Puis, fin décembre 1959, il est incarcéré une troisième fois et admis à l'Hôpital des prisons de Fresnes. En décembre 1959, nous pratiquons un examen coprologique, qui révèle encore la présence de très nombreux œufs de Nécator et de larves rhabditoïdes d'Anguillule.

Une vitesse de sédimentation est faite :

première heure : 18 mm;

deuxième heure : 38 mm;

vingt-quatrième heure : 91 mm.

Un traitement est institué.

En janvier 1960, un nouvel examen de selles est demandé au laboratoire. On trouve encore quelques œufs de Nécator.

Une numération globulaire et une formule sanguine, faites début mars, donnent les résultats suivants :

G.R. :	3.860.000	Polynucléaires neutrophiles	59	72 %
G.B. :	7.760	Polynucléaires éosinophiles	13	
Hb. :	70 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,90	Petits lymphocytes	10	28 %
		Grands lymphocytes	10	
		Monocytes	8	

Nous remarquons l'éosinophilie toujours relativement élevée. Le sujet est alors libéré, en avril 1960. Nous ne l'avons plus revu depuis, et espérons qu'il s'est fait soigner à l'extérieur.

STRONGYLOIDES STERCORALIS

Les larves de ce Nématode sont faciles à repérer dans les selles, lorsque l'on pratique un examen direct d'une dilution fécale, surtout lorsque l'examen est fait peu de temps après l'émission des selles, ce qui permet d'apprécier la mobilité de ces larves.

Ces larves, caractéristiques par leur double renflement œsophagien, étant les seules qui soient émises spontanément dans les selles, puisque les œufs de Strongyloïdes stercoralis éclosent dans l'intestin de l'homme, ne peuvent être confondues avec des larves rhabditoïdes d'Ankylostome ou de Nécator. Ces dernières, provenant d'œufs émis avec les selles, n'apparaissent qu'au bout de quelques heures.

Nos examens coprologiques étant pratiqués, au plus tard, dans les 2 ou 3 heures suivant l'émission des selles, nous pensons donc que nous avons eu affaire à des larves d'Anguillule.

D'autre part, si l'examen direct permettait de juger de la mobilité de ces larves, des préparations avec la solution de Lugol ont toujours été faites et l'imprégnation par l'iode a permis d'objectiver les détails du tube digestif.

Nous avons eu l'occasion de dénombrer vingt-trois cas d'anguillulose.

— 8 fois, nous avons trouvé une anguillulose isolée, les 15 autres cas étaient une association d'Anguillule avec un autre parasite. Ces associations étaient les suivantes :

  — 7 cas d'anguillulose associée à une ankylostomiase ;

  — 3 cas d'anguillulose associée à une trichocéphalose;

  — 1 cas d'anguillulose associée à un flagellé intestinal; (*Trichomonas intestinalis*);

  — 4 cas d'anguillulose associée à deux autres parasites, qui étaient des Amibes et des Trichocéphales.

Plathelminthes

Nous n'avons guère eu l'occasion de faire le diagnostic de Distomes.

Une seule fois nous avons eu des selles contenant d'assez nombreux œufs de grande Douve à l'examen direct.

Mais, dans ce cas précis, le malade, Ca..., venu de la prison de la Santé comme passager au laboratoire de l'Hôpital, retourna à la Santé.

Une numération sanguine et une formule leucocytaire pratiquées chez ce sujet avaient montré les chiffres suivants :

G.R. :	3.520.000	Polynucléaires neutrophiles	59,5	64,5 %
G.B. :	4.660	Polynucléaires éosinophiles	5	
Hb. :	70 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,99	Petits lymphocytes	15	35,5 %
		Grands lymphocytes	12,5	
		Monocytes	8	

ce qui fait donc apparaître une éosinophilie peu marquée.

Une vitesse de sédimentation est effectuée :

première heure : 8 mm;

deuxième heure : 22 mm;

vingt-quatrième heure : 80 mm.

Normalement, ce malade aurait dû être hospitalisé à Fresnes, si sa libération n'était pas intervenue entre temps.

Nous manquons donc d'éléments cliniques et d'examens complémentaires de laboratoire, ne serait-ce que d'autres examens coprologiques, pour affirmer que nous nous trouvions devant une Distomatose hépatique à la période d'état, et que les œufs de grande Douve trouvés dans les selles n'étaient pas le fait de l'ingestion de foie douvé, par exemple.

En ce qui concerne les Schistosomes, si nous avons eu à examiner les urines de trois ou quatre malades atteints de bilharziose vésicale, nous n'avons jamais eu de malade atteint de bilharziose intestinale.

Parmi les Plathelminthes, les Cestodes furent, sans aucun doute, les parasites les plus souvent trouvés.

Nous n'avons, cependant, jamais eu de porteur de Bothricéphale, ce qui n'est pas étonnant.

Par deux fois , des œufs d'Hymenolepis furent trouvés dans les selles.

Incontestablement, les Taenia sont les Plathelminthes les plus fréquents en milieu pénitentiaire. En 1962, nous avons eu huit porteurs de Taenia.

Les détenus atteints de teniasis sont surtout des Français, puisque, parmi les 28 cas dépistés, nous n'avons trouvé que 4 Nord-Africains porteurs de Taenia.

Quelques-uns de ces porteurs de Taenia sont des détenus revenant de maison centrale, donc en détention depuis quelquefois un temps très long.

Le diagnostic de teniasis ne présente pas de difficulté, le malade nous faisant parfois parvenir des anneaux découverts par lui-même. Il nous est arrivé aussi de trouver des œufs de Taenia dans les selles, lors d'un examen coprologique, sans que le malade ait eu la notion d'un teniasis, mais ce fut assez rare (il s'agissait d'un Nord-Africain).

Les traitements prescrits sont :

La Fougère mâle, soit sous forme de capsules de Créquy dosées à :

— 0,50 g d'extrait éthéré de Fougère mâle;

— 0,05 g de calomel;

à raison de 12 capsules absorbées une par une toutes les dix minutes, puis, après la dernière prise, administration d'un purgatif salin (sulfate de magnésium) ou d'une purgation.

— eau-de-vie allemande;
— sirop de Nerprun. } *aa* 15 grammes.

Soit sous forme de tubage duodénal.

Dans ce cas, la préparation est administrée par sonde duodénale, dont on suit le trajet sur écran radioscopique.

Les sels d'étain, sous forme de Taenifuge Ercé.

Lorsqu'un traitement à base de Fougère mâle est prescrit, nous avons, dans ce cas, à faire la recherche et l'identification du scolex. A trois reprises nous avons pu retrouver le scolex et l'identifier : il s'agissait, dans les trois cas, de *Taenia saginata.*

Si le médecin prescrit un taenifuge à base d'étain, nous ne pouvons faire la recherche du scolex et son identification, puisqu'il y a désagrégation du parasite.

Indépendamment de la disparition des symptômes cliniques, nous pensons qu'un bon témoin de l'expulsion du parasite est l'éosinophilie sanguine. En effet, s'il existe une éosinophilie associée à la parasitose, cette éosinophilie diminue après expulsion du Cestode.

A ce propos, il nous a paru intéressant de relever l'observation de Mme B...

Incarcérée depuis 1957, cette personne fut admise à l'Hôpital des prisons de Fresnes en 1960, pour cholécystectomie. Cette malade présentait, de plus, des métrorragies.

Une numération globulaire et une formule sanguine, faites en avril 1960, donnaient les résultats suivants :

G.R. :	3.360.000	Polynucléaires neutrophiles	56	61,5 %
G.B. :	3.700	Polynucléaires éosinophiles	4,5	
Hb. :	60 %	Polynucléaires basophiles	1	
V.g. :	0,80	Petits lymphocytes	11	38,5 %
		Grands lymphocytes	15,5	
		Monocytes	12	

Le 9 juin 1960, nouvelle formule :

G.R. :	3.760.000	Polynucléaires neutrophiles	57	68 %
G.B. :	7.440	Polynucléaires éosinophiles	11	
Hb. :	70 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,83	Petits lymphocytes	14	32 %
		Grands lymphocytes	10	
		Monocytes	8	

Le 17 octobre 1960.

La formule sanguine avait montré une légère diminution des éosinophiles dont le pourcentage était de 5 %

Le 26 octobre 1960, nouvelle formule :

G.R. :	3.875.000	Polynucléaires neutrophiles	39	71 %
G.B. :	9.400	Polynucléaires éosinophiles	31	
Hb. :	75 %	Polynucléaires basophiles	1	
V.g. :	0,87	Petits lymphocytes	11	29 %
		Grands lymphocytes	13	
		Monocytes	5	

La malade accusait un téniasis, confirmé par un examen de selles pratiqué début novembre 1960 : des anneaux mûrs de Taenia étaient émis en même temps que les selles.

En novembre, un traitement fut prescrit, sous forme de Fougère mâle administrée par tubage duodénal.

Le Cestode éliminé fut apporté au laboratoire. Nous avions signalé l'absence de scolex.

Le 29 décembre 1960, nouvelle formule :

G.R. :	3.620.000	Polynucléaires neutrophiles	32	66,5 %
G.B. :	9.520	Polynucléaires éosinophiles	34,5	
Hb. :	70 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	0,87	Petits lymphocytes	13	33,5 %
		Grands lymphocytes	13	
		Monocytes	7,5	

Un examen de selles fait au début de l'année s'était révélé négatif.

Devant une telle éosinophilie, début janvier 1961, une échinococcose fut évoquée mais la réaction de fixation du complément avec un antigène hydatique fut négative.

Une ponction sternale pratiquée montra un myélogramme normal.

Le 3 février 1961, la N.F. était la suivante :

G.R. :	3.560.000	Polynucléaires neutrophiles	50,5	69,5 %
G.B. :	7.720	Polynucléaires éosinophiles	18	
Hb. :	70 %	Polynucléaires basophiles	1	
V.g. :	0,88	Petits lymphocytes	8	30,5 %
		Grands lymphocytes	15,5	
		Monocytes	7	

Début mars 1961, un tubage duodénal est pratiqué, pour examen parasitologique du liquide duodénal. Cet examen fut négatif.

Le 7 mars 1961, nouvelle N.F. :

G.R. :	3.605.000	Polynucléaires neutrophiles	39	67 %
G.R. :	6.280	Polynucléaires éosinophiles	28	
Hb. :	70	Polynucléaires basophiles	0	
V.g. :	0,87	Petits lymphocytes	8	33 %
		Grands lymphocytes	16,5	
		Monocytes	8,5	

Mais, à ce moment, réapparition d'anneaux de Taenia.

En juillet 1961, un deuxième traitement, à base de Fougère mâle, sous forme de capsules de Créquy, fut donné.

L'examen du Taenia, apporté au laboratoire, montra, cette fois encore, l'absence de scolex.

La malade est toujours à l'hôpital pour un traitement gynécologique. Une numération globulaire et une formule sanguine, faites à cette période, montrent une éosinophilie égale à 7 %, chiffre bien inférieur à celui des formules précédentes, mais cependant encore élevé par rapport à la normale.

En août 1962, la malade note de nouveau la présence d'anneaux de Taenia. Un troisième traitement fut donné, à base de Taenifuge Ercé.

Cette fois-ci, le traitement fut satisfaisant, puisque la malade, revue récemment (avril 1963) n'a plus jamais trouvé d'anneaux de Taenia et qu'un examen hématologique pratiqué au début de 1963 montre une éosinophilie de 4 %.

Il nous a paru intéressant de tracer la courbe de l'éosinophilie de cette malade.

(*Graphique n° 1*)

Les éosinophilies de teniasis sont, le plus souvent, moins élevées. Témoin ce malade C..., hospitalisé en août 1962, comme diabétique. Il était en même temps porteur d'un teniasis diagnostiqué début septembre 1962. Un traitement est alors instauré : 18 comprimés de taenifuge par jour, pendant 10 jours.

Une numération globulaire et une formule sanguine, faites le 20 décembre 1962, ont révélé une éosinophilie de 8 %.

Le 30 janvier 1963, des anneaux de Taenia sont retrouvés dans les selles.

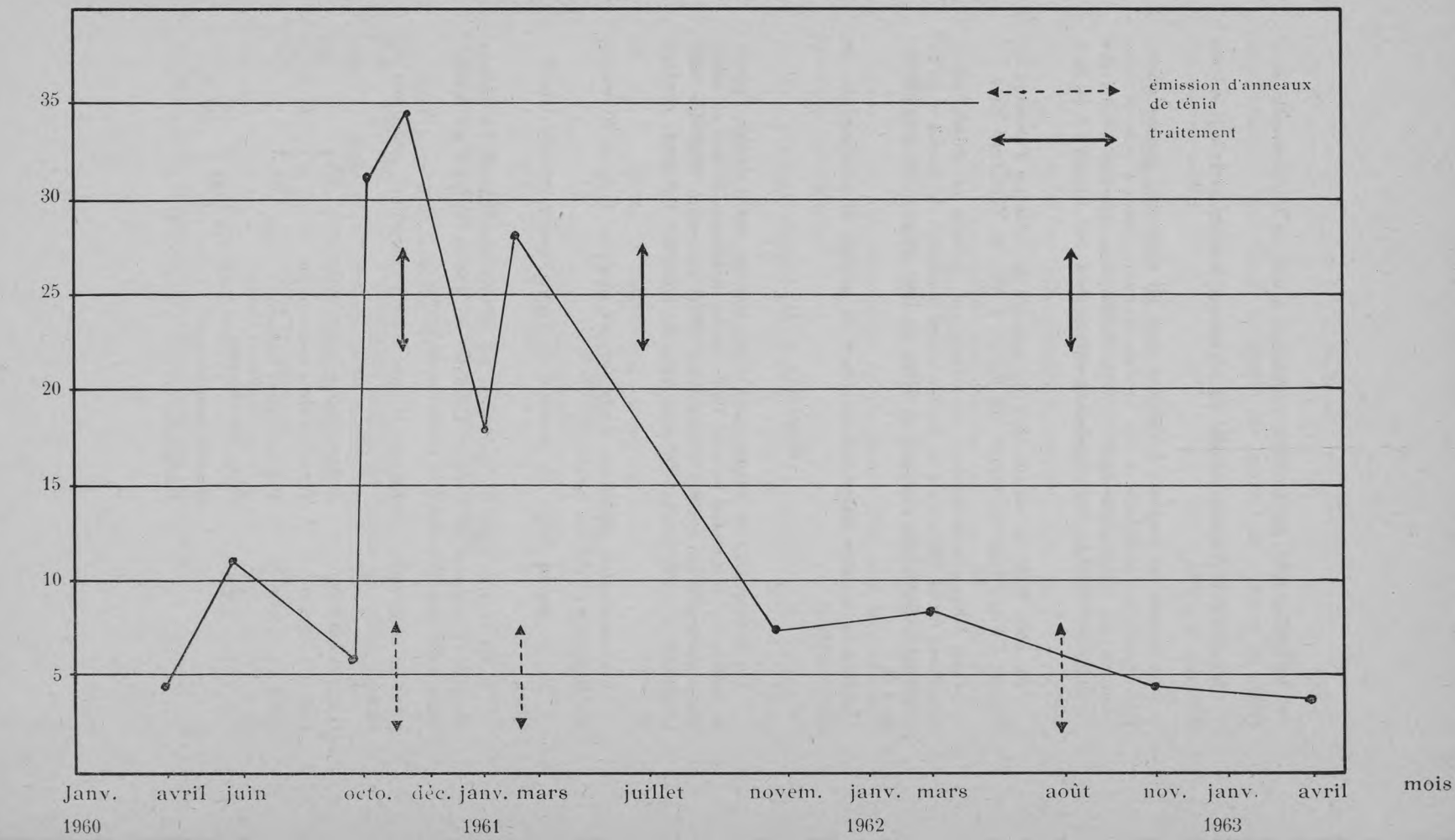
Le 14 février 1963, un traitement est de nouveau institué. Le malade absorbe 12 capsules de Créquy. L'examen du Taenia, apporté au laboratoire, a été négatif quant à la recherche du scolex.

Une numération globulaire et une formule sanguine, pratiquées le 12 avril 1963, ont montré les chiffres suivants :

G.R. :	4.400.000	Polynucléaires neutrophiles	68	71 %
G.B. :	4.800	Polynucléaires éosinophiles	3	
Hb. :	90 %	Polynucléaires basophiles	—	
V.g. :	1	Petits lymphocytes	23	29 %
		Grands lymphocytes		
		Monocytes	6	

GRAPHIQUE N° 1

Courbe de l'éosinophilie au cours d'un Téniasis – Cas de B ..



Nous remarquons la diminution de l'éosinophilie, qui n'est plus que de 3%.

Le malade, toujours hospitalisé comme diabétique, n'a plus retrouvé d'anneaux de Taenia. Vraisemblablement, le traitement a été efficace.

Nous pensons que l'échec des deux traitements à base de Fougère mâle, relatés dans l'observation de Mme B..., ainsi que l'absence de scolex du Taenia de C... ne sont pas imputables au médicament lui-même, c'est-à-dire à la Fougère mâle. Mais, nous croyons que ces deux personnes n'ont pas suivi strictement le processus opératoire : l'exonération ne s'étant pas faite correctement sur un seau rempli d'eau tiède et, de ce fait, il y a eu rupture du Taenia.

Voici une troisième observation : Pe... Yanick, 26 ans, boulanger, incarcéré et détenu au quartier cellulaire depuis mai 1962. Le 19 juillet 1962, des anneaux de Taenia sont trouvés par le malade lui-même. Un examen de selles confirme la présence d'œufs de Taenia.

Le 1er août 1962, un traitement de 12 capsules de Créquy est prescrit, suivant le protocole habituel qui fut exactement suivi (diète la veille au soir, lavement préalable à l'ingestion des capsules, purgation après l'absorption du taenifuge, conditions d'exonération correctes). Le taenia est expulsé, amené au laboratoire, où nous identifions le scolex d'un Taenia saginata.

Le malade, guéri de son Taenia, est libéré le 11 août 1962.

Il est intéressant de constater que ces 28 cas de téniasis concernaient presque exclusivement une population européenne, à l'exception de la population musulmane, puisque 4 cas seulement de téniasis ont été décelés chez des Nord-Africains. Ceci n'est pas surprenant, puisque, d'une part, la population musulmane ne se nourrit jamais de viande de porc, consomme peu de viande de bœuf, mais consomme surtout celle du mouton, ce dernier n'étant jamais parasité par le Taenia.

L'examen du tableau n° 3 nous permet de remarquer la fréquence relative de ces téniasis. En effet, cette affection parasitaire vient en troisième position, après l'amibiase chronique, la lambliase, si l'on excepte la trichocéphalose peu ou pas pathogène.

Cependant, étant donné le nombre et le mouvement important des détenus incarcérés pendant ces dernières années, rien ne permet de prouver que cette proportion de téniasis soit différente de celle trouvée parmi la population française en général.

Blastocystis hominis

Blastocystis hominis est un élément qu'il ne faut pas, à notre avis, négliger et sous-estimer, étant donné le rapport étroit qu'il y a entre sa présence dans les selles et les colites dont souffrent les malades porteurs de *Blastocystis hominis.*

Blastocystis hominis, champignon pseudoparasite appartient à la famille des *Fungi imperfecti* ou *Adélomycètes.*

Il est déjà caractéristique à l'examen d'un état frais de selles. *Blastocystis hominis,* élément plus ou moins arrondi, est remarquable par sa morphologie. On lui reconnaît un double contour clair, transparent et, à l'intérieur, une grosse vacuole. Au niveau du double contour, deux, trois, et même plusieurs petits granules, plus ou moins réfringents, apparaissent lorsque l'on fait varier la mise au point; une ou deux masses plus grosses, considérées comme des noyaux, sont visibles.

La coloration par la solution d'iode à cinq pour cent fait apparaître la vacuole colorée en jaune brun clair, tandis que la périphérie limitée par le double contour, non colorée par l'iode, reste transparente et fait ressortir les masses réfringentes périphériques.

Blastocystis hominis, dont la taille en général est de l'ordre de 10 à 15 μ, peut présenter des dimensions variables.

Dans une même selle, on peut trouver de grandes formes, de l'ordre d'une trentaine de μ, aussi bien que de petits *Blastocystis,* dont la taille ne dépasse pas 5 à 6 μ.

Les selles contenant des *Blastocystis hominis* ont un aspect macroscopique très caractéristique. Cet aspect est encore plus évocateur après réactivation par administration d'un purgatif salin.

Dans ce cas, bien souvent, le volume des selles est très abondant, 300 à 400 ml. Les selles, non moulées, plus ou moins pâteuses, voire liquides, sont aérées, mousseuses, spumeuses.

Les selles ont souvent une coloration jaune, du fait du transit accéléré, le stercobilininogène n'ayant pas eu le temps de se transformer par oxydation en stercobiline.

Blastocystis hominis a été trouvé, dans les selles, associé :

— aux Amibes : *Entamoeba dysenteriae, Entamoeba coli* ;
— aux Flagellés : *Giardia intestinalis* et *Trichomonas intestinalis;*
— aux Nématodes : *Ascaris lumbricoïdes, Trichuria trichuris, Trichomonas intestinalis, Strongyloïdes stercoralis* ;
— aux Cestodes : *Taenia saginata.*

Mais l'association de loin la plus fréquente a été celle de *Blastocystis hominis* avec l'amibe *Entamoeba dysenteriae.*

Nous avons remarqué, au cours de cette association, la moindre résistance, dans les selles *in vitro,* des formes trophozoïtes du genre *Entamoeba* par rapport aux formes végétatives du même genre, lorsqu'elles se trouvaient seules dans les selles.

Nous pensons qu'il faut signaler la présence très fréquente de *Blastocystis hominis,* dans les selles.

Nous avons recherché le pourcentage de selles contenant *Blastocystis hominis,* ceci depuis trois ans.

— en 1961 : *Blastocystis hominis* a été trouvé 42 fois au cours de 141 examens coprologiques pratiqués au laboratoire, soit un pourcentage de 29 %;

  Sur ces 42 examens coprologiques, au cours desquels *Blastocystis hominis* a été identifié, dans 17 cas il a été le seul élément trouvé, à l'exception d'autre parasite, ce qui représente 12 % de la totalité des examens de selles pour l'année 1961.

— en 1962 : *Blastocystis hominis* a été trouvé 25 fois au cours d'examens coprologiques, ce qui représente 32 % des 77 examens effectués cette année-là. 7 fois *Blatocystis hominis* n'était pas associé à une autre parasitose, ce qui représente, par rapport aux examens annuels, un pourcentage de 9 %.

— en 1963 : pour une période allant de janvier à mai, 47 examens coprologiques ont montré 18 fois la présence de *Blastocystis hominis,* associé ou non à d'autres parasites. *Blastocystis hominis* était donc présent dans 38 % des selles examinées. Sur ces 18 examens positifs, 11 fois *Blastocystis hominis* a été le seul élément trouvé dans les selles de sujets atteints de colites, ce qui représente une fréquence de 23 %.

L'examen de ces chiffres et de ces pourcentages permet de supposer que 9 % à 23 % des colites pourraient être attribuées à *Blastocystis hominis.*

A l'origine de ces colites, on pourrait retenir les habitudes alimentaires. En milieu pénitentiaire, la nourriture, souvent à base de féculents, serait un facteur favorisant.

Fréquence de Blastocystis hominis au cours des examens coprologiques

	NOMBRE DES EXAMENS COPROLOGIQUES PRATIQUÉS	NOMBRE DES EXAMENS AU COURS DESQUELS BLASTOCYSTIS a été trouvé associé ou non à d'autres parasites	POURCENTAGE DE FRÉQUENCES	NOMBRE DES EXAMENS NE COMPORTANT QUE BLASTOCYSTIS	°/₀ DE COLITES IMPUTABLES A BLASTOCYSTIS
1961	141	42	29 °/₀	17	12 °/₀
1962	77	25	32 °/₀	7	9 °/₀
1963 jusqu'en Mai	47	18	38 °/₀	11	23 °/₀

La fraude en matière de parasitologie

La simulation médicale, si fréquente en milieu carcéral, l'est peu en matière de Parasitologie.

Il faut, tout d'abord, distinguer le simulateur intelligent et conscient de sa fraude, du simulateur psychopathe.

Un fraudeur intelligent espère tirer profit de cette simulation, le profit pouvant se traduire soit par un avantage momentané, par exemple une admission temporaire à l'hôpital où le régime de la prison y est adouci, soit par un avantage plus important, une réduction de peine, voire une grâce médicale. Pour le candidat simulateur, il n'est pas toujours facile de frauder en matière de parasitologie; il faut, en effet, pouvoir prouver la parasitose et matérialiser le parasite. Ceci n'est guère aisé, puisque le détenu est convoqué au laboratoire pour s'exonérer. De plus, le détenu sait qu'un examen coprologique négatif entraîne un autre examen de selles après réactivation, c'est-à-dire après purgation. Or, peu de personnes, même détenues, apprécient « la purge ».

Certes, il nous arrive quelquefois de rencontrer des détenus qui, convoqués au laboratoire, se disent porteurs de parasites et essaient de décrire le ou les parasites éliminés et trouvés par eux-mêmes dans leurs selles. Ainsi, espèrent-ils influencer le diagnostic. Mais, il suffit, dans ces cas, d'écouter le détenu, de le laisser décrire le ou les parasites (il s'agit presque toujours de petits vers blancs) pour mettre en doute la véracité de ses dires.

De toute façon, l'examen parasitologique des selles vient confirmer ou infirmer les assertions de cette personne.

Pour le candidat simulateur mal informé de la Parasitologie, les maladies parasitaires n'ont, en général, pas encore la réputation « d'être profitables » dans le sens où il peut l'entendre.

L'amibiase est, cependant, l'affection parasitaire que les fraudeurs essaient volontiers de s'octroyer.

Les uns n'hésitent pas à décrire des épisodes de diarrhées sanglantes les jours précédents; bien entendu, l'examen de leurs selles ne montre pas de sang visible macroscopiquement ni microscopiquement, et aucune forme trophozoïte ou kystique du genre Entamoeba n'est retrouvée.

D'autres, témoin No..., n'hésitent pas à se faire saigner et à déposer quelques gouttes de sang rouge à la surface de leurs selles, le malade ne présentant pas d'hémorroïdes.

De toutes façons, dans ces cas, le malade est dirigé vers la consultation de gastroentérologie, pour que soient pratiquées une rectoscopie ou une rectosigmoïdoscopie.

Plus délicat est le problème posé par le détenu qui se dit être un amibien chronique. Seuls des examens coprologiques répétés, associés à un examen pratiqué par le gastroentérologue, permettent de contrôler les affirmations de ce détenu.

Les simulateurs « psychopathes » sont plutôt des malades psychiatriques, dont les manifestations peuvent faire croire à tort à une parasitose (hypocondriaques et hystériques). Nous avons rarement rencontré ce genre de malade : telle cette femme qui se plaignait, avec une grande richesse descriptive, de troubles gastro-intestinaux multiples et qui se croyait porteuse de « vers intestinaux ».

Des examens coprologiques pratiqués ne montrèrent aucun helminthe. Cependant, des *Entamoeba coli* furent trouvés, dont la présence seule ne suffit pas à expliquer ces troubles fonctionnels.

Conclusions

Autrefois, la pathologie parasitaire, si l'on excepte l'ascaridiose, le téniasis autochtone, était presque exclusivement du domaine de la médecine tropicale.

Aujourd'hui, les mouvements de population, dûs aussi bien à la facilité des transports qu'au retentissement mondial des conflits armés qui agitent le monde, ont fait pénétrer et séjourner en France de très nombreux sujets porteurs de parasitoses. Le diagnostic de ces parasitoses intéresse aussi bien le médecin praticien, qui désire traiter et guérir son malade, que le parasitologiste ou l'épidémiologiste, qui suppute les risques d'installation à l'état endémique d'une parasitose qui n'était, jusque là, observée qu'à titre accidentel.

Ce monde, que représente le milieu pénitentiaire, et qui groupe des personnes très diverses, originaires de pays ou abondent des parasites variés, a vu croître le nombre des affections parasitaires.

Une nette recrudescence de l'amibiase en milieu pénitentiaire, du fait de l'incarération d'une population originaire d'Afrique du Nord ou y ayant séjourné, est à remarquer.

Pour certaines parasitoses, évoluant sans cycle intermédiaire, c'est-à-dire directement transmissibles et pour lesquelles l'homme est un réservoir de virus, telles, l'amibiase, la lambliase, l'oxyurose, l'anguillulose, l'ankylostomose, occasionnellement la cysticercose, etc.

La prophylaxie voudrait :

1° que l'on veillât à éviter tout contact direct ou indirect avec un sujet porteur d'une de ces parasitoses. Pour cela, il faudrait prévoir et réaliser l'isolement de ces détenus dans une cellule et ne pas laisser cohabiter ces porteurs de parasitoses avec d'autres détenus;

2° que les porteurs de parasites aient la notion d'une hygiène stricte et impérieuse, et qu'ils sachent que, bien souvent, les maladies parasitaires sont des maladies « de mains sales »;

3° que les selles soient désinfectées.

Il faudrait, d'autre part, procéder à un dépistage systématique de tous les porteurs de ces parasitoses. Pour cela, peut-être faudrait-il prévoir des examens coprologiques systématiques pour tout détenu nouvellement incarcéré, de même qu'il est prévu un examen sérologique et un examen radioscopique pulmonaire.

Cette façon de procéder permettrait la mise en œuvre d'une thérapeutique à visée curative et prophylactique.

Malheureusement, il est à déplorer qu'en matière de Parasitologie il n'existe pas encore de tradition prophylactique, comme cela existe pour les maladies infectieuses, les affections tuberculeuses ou vénériennes, par exemple.

Ces notions de prophylaxie parasitaire, aussi bien valables pour le monde extérieur, seraient à inculquer et à développer en milieu pénitentiaire.

La Prison, monde en miniature, groupant des personnes différentes et d'affections diverses, pourrait être un lieu et un moyen d'éducation sanitaire.

PARIS, le 14 juin 1963

Vu le Doyen, — *Vu le Président,*

Léon BINET — BRUMPT

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Bibliographie

I BRUMPT E. — *Précis de Parasitologie.* — Paris - Masson (6e édition).

II LOUVARD E. (Chef de Bureau à la Préfecture de la seine). — *Les nouvelles prisons du régime cellulaire.* — Paris - Grande Imprimerie (chapitre III) [1887].

III MAURICE B. — *Histoire politique et anecdotique des Prisons de la Seine.* — Paris - Guillaumin (1840).

IV MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — *Statistiques des Prisons.*

V PAULIAN Louis (Secrétaire Rédacteur à la Chambre des Députés). — *Grande Encyclopédie de Berthelot, etc.* (Article : *Prisons*).

MELUN
IMPRIMERIE
ADMINISTRATIVE
2870 - 1963