Ascaridiase et radiographie

R.		Feissly
----	--	---------

Lausanne

J'ai eu l'occasion d'observer au cours de l'année 1940 deux patients présentant l'un et l'autre des signes d'entéro-colite chronique datant de plusieurs années.

Les manifestations cliniques consistaient en alternances de constipation et de diarrhée, accompagnées de crampes intestinales, de fermentations, voire de nausées qu'aucun régime n'avait réussi à atténuer.

Dans les deux cas on pratiqua un examen radiographique, en faisant l'épreuve classique du transit gastro-intestinal. En voici les résultats:

Cas No. 1. A l'examen radiologique, on observa l'image lacunaire d'un ascaris dans l'iléon inférieur. On notera ici que les examens coprologiques n'avaient jamais démontré la présence d'oeufs de parasites.

Un traitement anthelminthique fut institué, lequel amena l'expulsion d'un ascaris, qu'un examen ultérieur permit d'identifier comme ascaris male. La patiente fut aussitôt guérie de ses troubles intestinaux.

Cas No. 2. Ce cas présente une très grande analogie avec le cas No. 1, en ce sens que le diagnostic radiologique de l'ascaridiase a été fait fortuitement au cours de l'épreuve classique du transit. Le traitement amena également l'expulsion d'un ascaris. Ici encore, les examens coprologiques avaient été négatifs. Malheureusement, l'infirmière ayant négligé de conserver le parasite, nous n'avons pu déterminer s'il s'agissait d'un ascaris male.

On notera à propos du diagnostic radiologique de l'ascaridiase que la première observation a été faite en 1922 par Fritz, d'Innsbruck, et que cette observation princeps a été suivie d'observations analogues publiées par Reiter, Laurell, Boine, etc. On relèvera que ces diverses observations ont été faites sans préparation spéciale, en décubitus dorsal, en utilisant le distincteur d'Holzkecht.

*) Rapport présenté à la réunion annuelle de la société suisse de Gastro-Entérologie à Lucerne le 19 octobre 1941.

Feissly, Ascaridiase et radiographie

65

En 1925, Forsell a confirmé l'intérêt du diagnostic radiologique de l'ascaridiase, en faisant observer qu'il représente la seule méthode susceptible de mettre en évidence le parasitisme lorsqu'il s'agit d'ascaris males, ce que nous avons confirmé dans notre premier cas. La méthode radiologique serait donc une méthode plus sûre, plus rapide et même plus simple que la méthode microscopique habituelle.

Ces notions ont été reprises par Pansdorff en 1926 et par Prévot en 1940, qui préconisent, à juste titre semble-t-il, de faire un examen spécial de l'intestin par le remplissage du grêle; celui-ci est réalisé en faisant ingurgiter tous les soirs, à 18 heures, une forte gorgée de lait baryté, jusqu'à ce que la dose de 300 à 400 ml ait été ingérée. Au cours de cette ingestion, le patient est placé dans le

décubitus latéral droit. D'après cette méthode, on obtiendrait en 20–30 minutes le remplissage des $\frac{3}{4}$ supérieurs du grêle et l'on fait un nouvel examen $\frac{1}{4}$ ou $1\frac{1}{8}$ heure plus tard.

D'après nos recherches cette technique peut être sensiblement améliorée par l'adjonction de larocaïne « Roche » (0,25 chez l'adulte) à la suspension barytée; on réalise ainsi une anesthésie du pylore qui permet une évacuation accélérée de l'estomac, et corrélativement un remplissage plus rapide et plus complet du grêle. *)

Prévot recommande de faire des examens radioscopiques ten décubitus dorsal, ce qui permet la compression dosée des divers segments intestinaux. La méthode paraît difficile à appliquer chez les sujets adipeux, et il nous a paru que dans ces cas une radiographie d'ensemble, en décubitus ventral, est plus avantageuse.

Nous mentionnerons encore ici la technique imaginée par Ghelew, Mengis, Rosselet (1938) pour le remplissage du grêle. On sait que ces auteurs effectuent cette opération au moyen d'une sonde duodénale, par laquelle on injecte tout d'abord un peu d'huile de ricin, puis une solution de thorium. La méthode est évidemment plus compliquée, mais comme elle est susceptible de donner un remplissage parfait du grêle, elle pourrait être utilisée dans les cas difficiles. On doit relever ici l'importance d'une observation complète du tube intestinal, puisque les parasites se trouvent souvent dans les anses proximales de l'iléon.

*) La larocaïne est dissoute dans un peu d'eau, puis mélangée à la solution barytée.

Gastroenterologia. Vol. 67. Fasc. 1/2. (1942.) 5