

SUR UN CAS DE DICROCCÉLIOSE CHEZ L'HOMME

Par J. MTSCHEDLIDZÉ

Depuis la découverte du trématode *Dicrocoelium lanceolatum* par Karl Rudolfi (1802), ce parasite a été trouvé chez l'homme (en dehors des cas observés sur le territoire de l'Union Soviétique, et dont nous allons parler dans la suite), douze fois seulement, ce qui montre la rareté de l'infestation chez l'homme, tandis que les animaux (surtout les moutons) sont souvent parasités.

Ces derniers temps, les recherches helminthologiques ont pris une grande extension dans l'U. R. S. S. ; les analyses fécales exécutées sur une grande échelle et les enquêtes correspondantes ont permis de découvrir de nouveaux foyers parasitaires.

Ainsi, le premier cas de constatation d'œufs de *D. lanceolatum* chez l'homme appartient au D^r Kalantarian (Arménie, 1925) ; la même année, le Prof. Skrjabine mentionne dans 22 cas la présence d'œufs de ce parasite parmi les ouvriers du bassin de Donetz. Plus de 20 cas sont décrits par le même auteur au cours d'une expédition helminthologique au Turkestan. Quelques cas sporadiques ont été constatés dans différentes villes de la Russie (Inanovo-Vosnesensk, Kharkoff, Leningrad, etc.). Il est particulièrement intéressant de noter que le D^r Pigoulevsky a diagnostiqué sur le matériel de la station malariologique locale de Stargi-Eackkert, 31 cas de porteurs d'œufs du *D. lanceolatum*.

En somme, nous avons pu retrouver dans la bibliographie plus de 100 cas de ce genre en Russie. Il est indubitable que dans le nombre il devait y avoir des cas de passage d'œufs « en transit », c'est-à-dire que le foie d'un animal infesté pouvait renfermer des œufs de parasites qui, ne pouvant s'implanter dans l'intestin de l'homme, ne faisaient qu'y passer avec les matières fécales. Mais, dans la majorité des cas, les examens des matières étaient réitérés, les malades surveillés, l'ingestion de substances pouvant contenir des œufs du parasite proscrite ; la découverte à nouveau des œufs, dans ces conditions, plaidait nettement contre le simple « transit » de ces éléments à travers le tube digestif. Il faut le dire, tous ces cas n'étaient pas suffisamment étudiés cliniquement et il semble que, de ce point de vue, les cas du D^r Vassilieva (*Journal russe de Médecine tropicale*, n° 1, 1927, Moscou) présentent un intérêt particulier.

Cette considération nous permet de rapporter notre cas, qui peut se ranger dans la même catégorie, car notre malade a été étudié au point de vue de la symptomatologie clinique et, plus encore, traité avec succès.

Au mois d'août 1927, il nous a été envoyé, à la Station malariologique de Batoum, des matières fécales d'un garçonnet de 9 ans, Tchikwadzé. Au cours de l'examen, il a été décelé, en dehors des œufs d'*Ascaris lumbricoïdes* et de *Trichocephalus trichiurus*, de petits œufs, dont la morphologie a immédiatement fait soupçonner la dicrocélie. L'examen comparatif, à l'aide de deux microscopes, avec même grossissement, de ces œufs avec une préparation étalon de l'Institut Tropical de Moscou (Directeur, Prof. Marzinsky) ne laissait aucun doute sur l'identité de ces éléments.

Pour éliminer la possibilité d'un cas de passage des œufs « en transit » nous avons insisté auprès des parents pour qu'il ne fût donné à l'enfant aucun aliment carné ; d'ailleurs, il a été prouvé que l'enfant, vu son état de maladie, était, depuis plusieurs jours avant notre conseil, à une diète exclusivement lactée. Malgré cela, l'enfant a été observé pendant plusieurs jours de suite, ses fèces examinées journellement avec, toutes les fois, résultat positif quant à la présence des œufs du *Dicrocoelium lanceolatum*.

Ces œufs présentaient les caractères suivants : ils étaient teintés légèrement en jaunâtre (il nous est arrivé de trouver des œufs de couleur plus sombre), avec coque épaisse ; de forme ovoïde, légèrement aplatie d'un côté ; ces œufs étaient munis d'un opercule ; les dimensions correspondaient absolument à celles des *D. lanceolatum* types (longueur 38-45 μ ; largeur 24-28 μ). Le malade, un garçonnet de 9 ans, géorgien, habite 9 mois à Batoum et passe son été en Gourie, dans son village ; il se plaignait d'accès de douleurs très vives dans la région gastrique ; ces douleurs ont commencé six semaines avant notre premier examen ; avant il ne ressentait que des douleurs sourdes dans la même région. Ces derniers temps, le malade était constipé ; de temps à autre, cette constipation faisait place à des selles liquides. L'enfant n'avait jamais eu de dysenterie. Il était bien constitué, mais fortement amaigri et les muqueuses étaient pâles. Il n'y avait aucun symptôme du côté des organes respiratoires et circulatoires.

A la palpation de la région abdominale, la rate est à peine palpable ; le foie déborde le rebord costal de deux doigts, ses bords sont lisses, de consistance dure ; la palpation (pratiquée en dehors de la crise) est très douloureuse. Nous n'avons pu déceler d'autres points douloureux dans la région abdominale.

EXAMEN DU SANG

Formule leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	65 p. 100	
Lymphocytes { petits.....	16 p. 100	} 21 p. 100.
{ grands.....	5 p. 100	
Grands mononucléaires	2 p. 100	
Eosinophiles	12 p. 100	

Numération

Globules blancs	6.700 par mm ³ .
Erythrocytes	3.900.000 par mm ³ .

Dans les matières fécales, rien d'anormal, en dehors des œufs de *Dicrocoelium lanceolatum*, au nombre de 2 ou 3 par champ microscopique.

En somme, nous étions en présence d'un cas où la découverte de ces œufs coïncidait avec des douleurs sourdes constantes dans la région abdominale, entrecoupées de temps à autre (nous avons assisté nous-mêmes à une de ces crises) par de l'exacerbation de ces douleurs avec vomissements, etc.

Nous résolûmes de traiter ce malade comme infesté de *Dicrocoelium lanceolatum*. Comme traitement, nous avons choisi l'émétine, d'après le Prof. Skrjabine, qui, dans les *Travaux de la 25^e expédition helminthologique, 1925*, conseille de l'essayer, par analogie avec son action indubitable sur le *Fasciola hepatica*.

Nous avons commencé le traitement par des injections sous-cutanées de petites doses d'émétine (0 gr., 03 une fois par jour), en augmentant progressivement la quantité. Après une série de quatre injections, l'enfant a pu venir à la Station malariologique tout seul et à pied ; auparavant, il ne pouvait être transporté qu'en voiture. Le malade accuse une diminution notable de ses douleurs habituelles ; pas de crise aiguë durant cette période. L'examen des selles montre toujours les œufs du parasite ; ils semblent même plus nombreux.

Après un repos de trois jours, nous pratiquâmes une deuxième série d'injections d'émétine. Le malade va ensuite beaucoup mieux ; le foie n'est douloureux qu'à la pression, quoiqu'il eut gardé les mêmes dimensions et la même consistance. Dans les selles, les œufs sont rares (1 par 10 champs du microscope). Malgré des recherches minutieuses et des lavages répétés des matières fécales, nous n'avons pu voir de vers adultes.

Après un repos de trois jours, nous avons ordonné une troisième série d'injections. L'amélioration de l'état général continue ; le malade n'a plus d'accès depuis le début du traitement ; la limite

inférieure du foie est rétractée d'un demi-doigt environ ; la pression sur le foie reste légèrement douloureuse. Nous supprimons la diète, car l'état général est très bon. L'examen des matières fécales montre l'absence d'œufs.

Vu le succès indubitable, nous continuons notre traitement et pratiquons une quatrième série de quatre injections. La douleur à la palpation a presque disparu ; les crises aiguës n'ont pas reparu une seule fois depuis le début du traitement ; mais la limite du foie reste la même qu'au dernier examen. Les examens journaliers des fèces ne nous permirent plus de constater la présence d'œufs de *Dicrocoelium lanceolatum*.

A notre grand regret, le malade a été repris par ses parents sans notre consentement. Nous ne pûmes le revoir qu'en février 1928. L'enfant est méconnaissable : il a pris du poids, le teint est frais et il ne se plaint de rien, se considérant comme complètement guéri. A l'examen objectif, le foie est rentré dans ses limites normales ; il n'y a aucune douleur à la palpation. Il n'y a plus d'œufs dans les fèces. L'examen du sang montre l'augmentation du nombre des globules rouges (5.400.000 par mm³) ; dans la formule leucocytaire, il y a une légère augmentation des polynucléaires neutrophiles aux dépens des éosinophiles, dont le chiffre reste élevé (7 p. 100).

Nous intéressant à rechercher la source de la maladie, nous avons pratiqué de nombreux examens des fèces dans l'entourage du malade ; en aucun cas, nous n'avons pu constater la présence des œufs du *Dicrocoelium* ; l'interrogatoire clinique ne nous révèle aucun trouble hépatique dans ce même entourage. Le malade est resté sous mon observation et jamais je n'ai pu constater, ni par l'investigation clinique, ni par des procédés de laboratoire, aucun reliquat de la maladie antérieure.

La question d'épidémiologie demeure dans ce cas entière ; je ne puis que formuler l'hypothèse que le patient a dû s'infester dans son village, où son père est propriétaire d'un troupeau de moutons.

Les cas du D^r Vassilieva, qui ont aussi été traités avec succès par l'émétine, diffèrent des miens par le mode d'administration de la substance médicamenteuse : tandis qu'elle a employé la voie intra-veineuse, j'ai choisi le mode d'injection sous-cutanée, dont j'ai eu pleine satisfaction.

BIBLIOGRAPHIE

- PIGOULEVSKY. — Dicrocoeliose humaine en Asie. *Journal Russe de Médecine tropicale*, n° 8, 1927.
- SKRJABINE. — *Travaux de la 25^e expédition helminthologique à Artemovsk*, 1925.
- SKRJABINE et CHOULIA. — *Les trématodes parasites du foie*, Moscou, 1928.
- VASSILIEVA. — Les distomatoses du foie chez les enfants au Turkestan. *Journal Russe de médecine tropicale*, n° 1, 1927.

Station tropicale centrale de Batoum (Géorgie)