
CHAPITRE XII.

FILARIOSE.

Définition.— Nous réservons le nom de filariose à une maladie endémique et parasitaire, propre aux habitants des pays chauds, se manifestant par un ensemble de phénomènes pathologiques divers et variés, accompagnée d'un état général plus ou moins léger, et reconnaissant pour cause l'obstruction des ganglions lymphatiques, l'inflammation et la dilatation des vaisseaux capillaires et lymphatiques par la *filaria sanguinis hominis*.

Historique de la filaire.— Avant la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, on n'avait aucune donnée sur la filaire. Le chirurgien français DEMARQUAY eut le premier, en 1863, l'honneur de découvrir l'animal adulte en étudiant, à l'aide du microscope, le liquide chyleux d'une hydrocèle.

Dès ce moment, la curiosité des auteurs exerçant la médecine dans les colonies mise en éveil, les travaux se multiplièrent. SALISBURY, dans un mémoire paru en 1863, donna à cette filaire le nom de *trichina cystica*; LEWIS, en 1872, l'ayant rencontrée dans le sang humain, la dénomma *filaria sanguinis hominis* (filaire du sang humain). C'est sous ce nom que la majorité des auteurs désigne actuellement la filaire. La filaire du sang a d'autres synonymies : *filaria sanguinis hominis ægyptiaca* (SONSINO) 1874; *filaria dermatemica* (de SYLVA ARANGO) 1875; *filaria bancrofti* (COBBOLD) 1877; *filaria sanguinis hominis nocturna* (MANSON) 1891.

LEWIS eut aussi le mérite d'attirer l'attention sur le fait suivant, savoir que toutes les fois qu'on rencontrait la filaire dans le corps de l'homme, on observait également des accidents pathologiques presque toujours les mêmes, tels que la chylurie, l'hémato-chylurie, etc; et établit les

rapports de cause à effet qui existaient entre la présence du parasite et les troubles pathologiques observés.

Jusqu'en 1872, les moyens d'investigation dont on disposait ne permettaient pas de déceler la présence des embryons dans le sang. Mais on pensait, depuis lors, que l'existence du ver adulte dans le sang était chose possible et cette hypothèse ne tarda pas à se vérifier quelques années plus tard, grâce aux travaux de BANCROFT, LEWIS, de SYLVA ARANGO, LIMA et PATRICK MANSON.

La filaire est un helminthe de la classe des nématodes. Le mâle a une longueur de 0m.083 et est large de 0m.004 « Il a l'extrémité postérieure roulée en spirale et possède deux paires de papilles pré-anales, deux paires de papilles post-anales et deux spicules inégaux. » La femelle est beaucoup plus grande que le mâle. Elle mesure jusqu'à 0.15^{cm} et demi de long et 0m.007 de large. La femelle possède un appareil génital et la vulve est située à 0.002^{mm} 5 de son extrémité antérieure. La viviparité est le mode de reproduction de la femelle qui « est exceptionnellement ovipare. »

Les œufs vus sur le champ du microscope ont un diamètre variant de 30 à 35 *m*. et les embryons ont de 7 à 11 *m*. Disons, dès maintenant, qu'on rencontre les œufs et les embryons dans les vaisseaux lymphatiques. Les ganglions lymphatiques ne sont pas perméables pour les œufs. Ceux-ci restent en amont des ganglions (ZUNE), tandis que les embryons d'un diamètre plus petit les traversent avec la plus grande aisance.

Ces derniers détails ont une grande importance au point de vue de la pathogénie et de l'étiologie de cette affection et de l'explication des troubles pathologiques observés dans la filariose.

La filaire à l'état adulte se rencontre dans le sang, les vaisseaux lymphatiques, les abcès des varices lymphatiques. Elle est douée d'une grande agilité et accomplit des migrations d'un point à un autre. FIGUEIRA de SABRIA a découvert la filaire dans la cavité du ventricule gauche.

La *filaria sanguinis hominis* peut vivre longtemps dans le corps de l'homme. On ignore jusqu'à ce jour la façon

dont elle se comporte « depuis son arrivée dans l'intestin jusqu'au moment où elle échoue dans l'appareil lymphatique. » Il n'a pas été possible non plus de préciser en quel point elle atteint l'âge adulte et s'accouple. Pour ce qui est du temps écoulé entre l'arrivée de la filaire dans le sang et l'apparition des premiers désordres pathologiques, les auteurs le font varier entre neuf et dix-huit mois. Cependant cette opinion ne repose sur aucune base solide et il convient de garder ici certaines réserves.

La quantité de larves trouvées dans le sang peut être évaluée à 140 000. Il faut les chercher la nuit plutôt que le jour. Pendant l'état de veille de leur hôte, les larves vont prendre gîte dans les gros vaisseaux et la nuit émigrent vers la périphérie pour venir se loger dans les capillaires de la peau.

M. LINSTOW, cité par MONIEZ, explique de la façon suivante cette particularité intéressante de l'histoire de la filaire. « A mon sens, dit-il, cette périodicité est due à ce que, pendant le sommeil, les vaisseaux capillaires de la peau se relâchent un peu et deviennent plus larges, tandis que, à l'état de veille, leur tonus plus élevé les rend plus étroits; les filaires plus volumineuses que les hématies ne peuvent plus circuler dans ces vaisseaux étroits et vont dans les ramifications plus larges, dans la profondeur de la peau ». Cette théorie est vérifiée par le fait suivant, qu'on « peut intervertir à volonté leur présence dans le sang en faisant dormir pendant le jour et inversement les sujets en expérience ». Et d'ailleurs, ce qui s'observe pour la *filaria sanguinis hominis* est en tout comparable à ce qui se produit pour la *filaria immitis* du chien.

Quels sont les moyens de transmission de la filaire?

Il est généralement admis que l'infection de l'organisme humain par la filaire se fait d'une façon indirecte à la faveur d'un hôte intermédiaire qui est le moustique.

Voici en résumé comment les zoologistes expliquent cette transmission. La femelle du moustique, genre *Culex*, vient piquer la nuit un individu filarien. A cette heure, on l'a vu, les embryons et les larves de la *filaria sanguinis*

changent d'hôtellerie et émigrent vers la périphérie. Le moustique en suçant le sang de l'individu malade ingurgite les jeunes filaires qui s'y trouvent contenues. Tout récemment, ces embryons ont été retrouvés dans l'estomac et la trompe du moustique. Ils y subissent certaines modifications et se transforment en adultes. Les moustiques, ne vivant pas longtemps, meurent quelques jours plus tard, après leur ponte. Et quand leurs cadavres ont été détruits par la putréfaction, les filaires adultes, mises en liberté dans l'eau, passent, si cette eau est ingérée, dans le tube digestif. Le moustique, dans ce cas, joue un rôle tout à fait passif et n'est pour ainsi dire qu'un hôte intermédiaire.

Certains auteurs cependant, parce que la filaire adulte a été découverte dans la trompe du moustique, essayent de créer et de vulgariser la théorie de l'infection cutanée par les piqûres de moustiques. Dans l'esprit de ces auteurs, il existe une certaine analogie, entre le mode de transmission de l'hématozoaire de LAVERAN et celui de la *filaria sanguinis hominis*. En tous cas, les phénomènes morphologiques observés chez la filaire et l'hématozoaire de LAVERAN diffèrent totalement, et il ne nous semble pas que la vérité soit du côté des partisans de cette théorie. M. PIERRE SÉBILEAU, qui s'est inspiré sans nul doute des derniers travaux parus sur l'histoire naturelle de la filaire, croit à son tour que les moustiques jouent un rôle considérable et actif dans la propagation de la filariose.

Cette opinion du Professeur SÉBILEAU a, pensons-nous, le tort d'être trop absolue. Tout n'est pas encore dit sur les rapports de la filariose et du moustique. Seules les données expérimentales permettront dans la suite de formuler une opinion juste et exacte. Nous jugeons prudent de faire ces réserves. MYERS a fait une série d'expériences afin d'établir avec clarté les rapports de la filaire et du moustique et les résultats sont restés négatifs. Il convient donc, dans l'intérêt de la vérité scientifique, de se garder d'affirmations par trop catégoriques.

Mr SÉBILEAU, voulant expliquer d'après cette théorie la pathogénie de la filariose, dit « qu'elle (la filaire) s'attache aux

jambes des individus qui traversent les marais et les rivières pour pénétrer par effraction dans les tissus et cheminer ensuite jusque dans les lymphatiques. »

Cette théorie maremmatique ne repose sur aucune base sérieuse et tombe devant les objections suivantes :

1^o) L'on sait que la filaire adulte ne vit pas plus de deux heures dans l'eau. Cette courte durée de son existence aquatique diminue de beaucoup les chances possibles par ce mode de transmission.

2^o) Les victimes de la filaire se recrutent, en proportions égales, tant parmi les individus qui travaillent dans les marais, que parmi ceux qui vivent loin des marais.

3^o) Si la filaire pénétrait dans la jambe par effraction des tissus (c'est l'objection la plus importante), pourquoi la tendance à la généralisation de cette maladie ne serait-elle pas plus grande ?

En d'autres termes, pourquoi la localisation de la filariose n'offrirait-elle pas une plus grande variété au point de vue topographique ?

La filariose génitale est la *manifestation la plus commune* et la plus intéressante de la filariose. C'est un fait clinique qui, dans le débat, a une grande valeur. Il ne suffit pas de constater que les manifestations génitales de la filariose présentent la plus grande fréquence. Il faut bien se dire aussi que ce n'est pas par *un effet du hasard* que les choses se passent ainsi. Il y a sans doute une raison causale, d'ordre anatomique, qui les dirige et les explique. La théorie de l'infection cutanée, soit par *piqûre de moustiques* comme dans l'impaludisme, soit par *pénétration directe* du parasite par effraction de la peau ne concorde pas non plus avec la clinique.

Si l'opinion de Mr SÉBILEAU était bien fondée, les lymphangites filariennes des membres inférieurs, par leur fréquence, auraient tenu le record. Mais Mr SÉBILEAU sait comme nous que toutes les lymphangites des membres inférieurs ne sont pas d'origine filarienne; et qu'au contraire, toutes les proportions gardées, la lymphangite filarienne des membres inférieurs est plutôt rare.

Dans l'état actuel de la science, aucune théorie ne satisfait plus l'esprit que celle de l'infection de l'organisme par l'eau de boisson.

Mr le Dr LÉON AUDAIN (d'Haïti) à qui revient l'honneur d'avoir jeté une vive lumière sur l'histoire clinique de la filariose, n'a pas moins éclairé d'un jour nouveau cette question si intéressante de la pathogénie de la filariose. Sa théorie, à notre avis, est la meilleure et en même temps la plus explicite. Elle prévaudra longtemps encore, sa conception ayant pour base l'observation, l'anatomie et la clinique.

Aussi, reproduisons-nous tout au long, pour ne pas diminuer l'intérêt du travail, son étude parue dans la LANTERNE MÉDICALE du mois de juin 1900 avec le titre de « Contribution au chapitre de l'étiologie de la filariose. »

« Nous pensons que la théorie de la pénétration par l'eau ou par les aliments est fort soutenable; nous disons les aliments, parce que si le moustique aime en effet à mourir près de l'eau, il n'en tombe pas moins là où la mort le surprend, témoins les nombreux cadavres de moustiques qu'on découvre parfois dans les chambres à coucher.

« Le fait que la filaire ne peut vivre plus de deux heures dans l'eau peut-il être invoqué contre la théorie aquatique de la transmission de la filariose? Évidemment non, car si les filaires avaient la propriété de vivre longtemps dans l'eau, pas un individu dans les pays à filariose n'échapperait à leur atteinte. La filariose probablement ne se généralise pas dans ces pays, parce que les causes de destruction de ces milliards de larves sont nombreuses et qu'il faut que l'eau ait été bue dans les conditions voulues pour que l'ingestion se fasse d'une filaire vivante. Il est une loi générale qui domine l'histoire naturelle. Plus une espèce rencontre d'obstacles à son développement, plus elle produit: autrement l'espèce disparaîtrait. Si la filaire adulte a la précaution d'émettre en nombre si formidable les larves que nous constatons dans le sang, n'est-il pas probable que c'est justement

« parce que les causes de destruction sont nombreuses et que l'une d'elles est sans conteste la rapidité de sa mort dans l'eau? »

« La théorie de la transmission cutanée a contre elle le peu de tendance à la généralisation de la filariose même dans les pays où cette affection est endémique.

« Réfléchissez avec quelle rapidité se ferait la dissémination de cette maladie, s'il suffisait qu'un moustique filarien piquât un individu pour que celui-ci le devint à son tour!

« Les moustiques sont légions et...ils piquent beaucoup!

« D'autre part, la clinique qu'il ne faut jamais perdre de vue n'est guère en faveur de la théorie cutanée. Elle préfère de beaucoup la théorie aquatique ou alimentaire.

« Passons en revue les régions qui sont le plus souvent le siège des manifestations de la filariose: les membres inférieurs, la vessie, le scrotum et la verge, les testicules. Rarement nous est-il donné d'observer un abcès que nous disons d'origine filarienne dans une autre région. Remarquez que certains groupes ganglionnaires bien définis répondent à ces régions ou organes. Pour les membres inférieurs, la verge et le scrotum, le groupe des ganglions inguinaux et pelviens; pour la vessie et les testicules, le groupe des ganglions lombaires.

« Il semble bien prouvé, depuis surtout les recherches de MANSON, que les manifestations filariennes ont pour cause l'obstruction ganglionnaire ou du moins une certaine gêne de la circulation lymphatique par suite de certaines altérations anatomo-pathologiques ganglionnaires dues à la présence de la filaire.

« Nous voyons souvent des individus atteints ou non d'éléphantiasis des membres (car l'éléphantiasis n'est pas fatalement d'origine filarienne) présenter des adénolymphocèles inguino-crurales plus ou moins considérables; on a trouvé les ganglions pelviens et lombaires fréquemment altérés dans les autopsies d'individus atteints de manifestations vésicales de la filariose. On trouvera

« des altérations des ganglions correspondant au groupe
« des lymphatiques testiculaires, lorsqu'on aura occasion
« d'autopsier un individu atteint de manifestation filarienne
« du testicule.

« Pourquoi ne voyons-nous pour ainsi dire jamais d'adéno-
« lymphocèle cervicale ou très rarement l'adénopathie
« axillaire d'origine filarienne, pour ne citer que les groupes
« importants ?

« Si la filaire était déposée simplement par le moustique
« à la surface du derme, ne semble-t-il pas logique de
« penser qu'elle gagnerait le groupe ganglionnaire de la
« région où elle aurait été déposée ? Autrement dit, si la
« théorie cutanée était vraie, ne constaterait-on pas aussi
« souvent des adéno-lymphocèles cervicales et axillaires
« et des lymphangiectasies de la tête et du bras qu'on les
« voit aux membres inférieurs, à la vessie, à la verge, au
« scrotum et aux testicules ? Les moustiques ne dédaignent
« ni la tête ni le bras.

« Pourquoi cette différence si remarquable entre les dif-
« férents groupes ganglionnaires ?

« Voyons un peu si l'anatomie peut nous éclairer à ce
« sujet.

« 1° Les lymphatiques de l'anus contournent le bord in-
« terne de la cuisse et aboutissent aux ganglions supérieurs
« et internes du pli de l'aîne.

« 2° Les lymphatiques des organes génitaux externes se
« rendent aux ganglions supéro-internes du pli de l'aîne.

« 3° Aux ganglions pelviens aboutissent une multitude
« de vaisseaux lymphatiques, entre autres des lymphatiques
« viscéraux provenant du rectum et de la vessie.

« 4° Aux ganglions abdominaux ou lombo-aortiques
« aboutissent : 1° les lymphatiques des ganglions iliaques
« externes et des ganglions pelviens ; 2° les lymphatiques
« spermaticques ; 3° les lymphatiques de l'intestin grêle ; 4°
« les lymphatiques du gros intestin ; 5° les lymphatiques
« de l'estomac.

« Il se trouve donc que les groupes ganglionnaires dont
« l'obstruction par la filaire amène les manifestations fila-

« riennes les plus communes se trouvent toujours en con-
« nexion lymphatique avec le tube digestif. Est-ce l'effet du
« hasard ? Que la petite filaire, introduite dans le tube di-
« gestif par l'eau ou les aliments, s'engage dans les lym-
« phatiques de l'estomac, de l'intestin grêle ou du gros in-
« testin ; c'est vers le groupe des ganglions lombaires
« qu'elle voguera, c'est dans ce groupe qu'elle élira domi-
« cile, déterminant une gêne circulatoire et des lymphan-
« giectasies qui, cliniquement, se traduiront un jour par des
« manifestations filariennes vésicales avec les poussées si
« curieuses de chylurie ou d'hémato-chylurie. Si son action
« se porte sur le groupe des ganglions où aboutissent les
« lymphatiques spermaticques, vous assisterez au tableau
« clinique de la filariose génitale : colique filarienne, va-
« ricocèle lymphatique, manifestation testiculaire de la
« filariose, hydrocèle chyleuse.

« Si cette petite filaire ne se résoud que tardivement à
« quitter le tube digestif, elle peut du rectum se porter avec
« l'aisance la plus grande, vers le groupe des ganglions
« pelviens et agir encore sur la vessie dont les lymphatiques
« aboutissent aussi à ce groupe ganglionnaire.

« Supposez enfin qu'elle traverse le rectum, tout n'est pas
« perdu pour elle. Elle peut, s'engageant dans les lympha-
« tiques de la région anale, contourner le bord interne de
« la cuisse et aboutir aux ganglions supérieurs et internes
« du pli de l'aîne. En ce point, influençant tout le groupe
« ganglionnaire de la région, elle déterminera le plus lo-
« giquement du monde soit une filariose des organes géné-
« taux externes (verge et scrotum), soit une éléphantiasis
« des membres inférieurs, soit de l'adéno-lymphocèle in-
« guino-crurale et les belles lymphangiectasies qu'on voit
« dans cette région.

« La théorie de la transmission de la filariose par l'eau
« ou par les aliments, c'est-à-dire par la voie digestive, me
« semble la plus juste. La clinique, l'anatomie et même
« la logique s'accordent à l'affirmer.

« Les quelques cas plus rares d'éléphantiasis mammaire
« d'origine filarienne, dont nous avons publié ici-même (*Lan-*

« *terne médicale*) un bel exemple, ne peuvent détruire la
 « théorie de la pénétration de la filaire dans l'organisme hu-
 « main par la voie digestive. Il n'est pas absolument impossi-
 « ble que parfois la petite filaire pousse plus loin son voya-
 « ge et, dédaignant le groupe lombo-aortique, traverse cette
 « chaîne ganglionnaire et pénètre soit dans la grande veine
 « lymphatique, soit dans le canal thoracique et suivant les
 « troncs sous-claviers aille s'installer dans un des ganglions
 « du groupe axillaire. Mais partie d'un des points du tube
 « digestif, la filaire n'aime point ces voyages au long cours.
 « Elle s'arrête à la première hôtellerie venue pour y vivre
 « en paix, croître, se multiplier. Or ces hôtelleries s'ap-
 « pellent :

« 1° Ganglions lombaires où aboutissent les lymphati-
 « ques de la vessie et des testicules.

« 2° Ganglions pelviens où se jettent ceux de la vessie.

« 3° Ganglions inguinaux où aboutissent ceux des organes
 « génitaux externes et des membres inférieurs.

« C'est pour cette raison qu'elle exerce principalement
 « ses méfaits sur la vessie et les testicules, les organes
 « génitaux externes et les membres inférieurs, en entra-
 « vant la libre circulation lymphatique de ces organes et
 « régions. C'est pour cette raison aussi que je crois ferme-
 « ment à la théorie aquatique ou alimentaire, c'est-à-dire
 « à la pénétration de la filaire dans l'organisme par le tube
 « digestif. »

Géographie médicale.— La *filaria sanguinis hominis* est un
 parasite qu'on rencontre dans tous les pays situés dans la
 zone intertropicale.

Aussi bien, c'est aux médecins exerçant aux Indes qu'il a
 été donné d'étudier les premiers la filaire du sang. La
 Chine, le Japon, les îles Ceylan, les îles de la Polynésie,
 Queenland, l'Australie, sont des pays infestés par la filaire.

En Amérique (le Brésil, le Pérou); en Afrique (l'Algérie,
 Madagascar, la Tunisie, le Zanzibar, le Soudan); aux An-
 tilles (Haïti, Cuba, Jamaïque, Puerto-Rico), etc., on observe
 couramment la filariose.

Il existe aussi des filariens en Europe. Mais il est admis

que ceux-là ont séjourné un certain temps dans les pays
 infestés par la filaire

Historique.— L'histoire médicale de la filaire est longue
 et documentée. Elle embrasse une période laborieuse de
 trente-neuf années.

De 1863 à 1902, de nombreuses recherches, conduites
 avec une précision scientifique réellement admirable ont
 bien fait connaître l'existence singulièrement intéressante
 de ce parasite et enrichi la science de documents pré-
 cieux.

Il n'en est pas de même de la filariose. Son historique
 est court et très peu fourni. Elle serait d'une pauvreté
 bien plus grande sans les travaux de notre maître AUDAIN,
 d'Haïti, qui étendent le champ clinique de cette affection
 pendant une période active de six années (1894 à 1900),
 comme il nous sera donné de le prouver dans le cours de
 notre travail.

La découverte du chirurgien français DEMARQUAY con-
 firmée presque en même temps par les remarquables publi-
 cations de WUCHERER, CARTER, PATRICK MANSON, etc., a
 eu pour résultat moins d'attirer l'attention sur les multi-
 ples manifestations de la filariose que sur le parasite lui-
 même.

Ceci s'explique, à notre avis, par les tendances de l'é-
 poque qui enregistra dans ses annales la découverte de la
filaria sanguinis hominis. Les idées doctrinales jusque-là
 acceptées et surtout l'éloignement des lieux où se développe
 la maladie rendent compte du chaos symptomatique jus-
 que-là inextricable d'une affection qui n'avait pas encore
 subi le triple contrôle de l'observation, de la clinique et de
 l'expérimentation.

L'histoire de la filariose a passé par deux phases bien
 distinctes. Dans une première période assez longue, toute
 de tâtonnements, on ne signale presque rien de particulier.
 Nulle conception nouvelle ne prend naissance. Souvent
 même on passe à côté d'une manifestation filarienne sans
 la deviner.

De 1863 à 1888, en effet, l'histoire de la filariose reste

stationnaire. De loin en loin surgissent quelques travaux, en général très timides, qui semblent deviner la possibilité de la nature filarienne d'accidents pathologiques variés. Nulle affirmation.

Les idées nouvelles dans les sphères positives font difficilement du chemin, quand elles ne s'appuient sur une base solide : en médecine sur la clinique et l'expérimentation. Dès ce moment cependant (1888), il est admis que l'entozoaire de DEMARQUAY, en bien des cas, pouvait être la cause véritable de certaines manifestations morbides.

Fortement pénétrés de cette idée qu'ils poursuivent par des études vraiment originales et tout ensemble empreintes d'une grande indépendance scientifique, LEWIS, AUDAIN, repoussent la conception d'une orchite paludéenne, sans pouvoir apporter néanmoins des observations qui eussent pu, dès lors, établir d'une manière irrécusable les relations de cause à effet entre la filaire et l'orchite des pays chauds. Nous sommes en 1888; et ici finit la première phase de l'histoire de la filariose.

Dans la deuxième, d'importantes modifications sont apportées aux idées régnantes.

Des observations d'une rigoureuse précision scientifique sont recueillies qui n'éclairent d'aucun jour nouveau les manifestations depuis un certain temps connues et aujourd'hui banales de la filariose, mais qui en élargissent singulièrement le cadre nosographique.

Successivement sont décrites des formes nouvelles de la maladie qui transforment complètement l'idée qu'on s'était faite de cette affection, surtout au point de vue des manifestations génitales et mammaires.

Bien des noms occupent cette deuxième période. Le premier en date est sans conteste L. AUDAIN (d'Haïti) qui, dès 1894, dans une brochure parue à Port-au-Prince (Haïti) établit les relations de cause à effet entre l'existence de la filaire et certaines manifestations du côté des organes génitaux.

Dans la même étude, il effleura la pathogénie de l'adéno-lymphocèle que SCHWARTZ devait confirmer en 1898, en

trouvant, comme L. AUDAIN l'avait indiqué, une filaire adulte dans la lymphe ganglionnaire d'une adéno-lymphocèle crurale chez un jeune homme originaire du Pérou.

En 1898, continuant ses recherches, L. AUDAIN décrit le varicocèle lymphatique ou chyleux qu'il rattacha à la même cause.

En 1899, il fit une relation intéressante d'un cas de filariose mammaire.

Nous citerons les autres travaux du chirurgien haïtien au moment où nous traiterons des différents chapitres auxquels ils se rapportent.

Le 15 mars 1900, le Dr LOUIS RENON, dans une séance de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, s'exprimait en ces termes :

« AUDAIN a établi le premier les relations de cause à effet qui existent entre la filariose et certaines manifestations testiculaires. »

Nous nous serions abstenus de revendiquer ce titre de gloire qui revient naturellement et d'une façon évidente à notre compatriote, si M^r le Dr SÉBILEAU, dans son Traité de chirurgie paru en 1901 et publié sous la direction de LE DENTU et DELBET, tout en rapportant certains travaux d'AUDAIN, n'avait laissé tout l'honneur de ces découvertes au Professeur LE DENTU.

Lorsque, en 1898, LE DENTU faisait sa communication à la Société médicale de Moscou, l'orchite filarienne était déjà d'un diagnostic facile et courant en Haïti.

Peut-on véritablement dire dans ces conditions que LE DENTU ait été le premier à signaler cette manifestation de la filariose? Nous ne le pensons pas.

La filariose génitale est donc l'œuvre (d'AUDAIN d'Haïti). Et dans les traités qui paraîtront à l'avenir sur les affections des pays chauds, on ne pourra plus justement dénommer ces manifestations de la filariose qu'en leur appliquant l'appellation que nous leur consacrons dans notre travail, savoir : filariose génitale ou maladie d'AUDAIN (d'Haïti).