

prendre un vaisseau superficiel et facile à observer. Elle peut s'établir sans frisson, sans fièvre et l'on constate une rougeur suivant la direction du vaisseau et un cordon plus ou moins dur.

« La fièvre peut s'allumer, si la suppuration s'établit, mais les phlébites suppurées ne courent pas les rues.

« La tuméfaction n'est considérable que lorsque l'endophlébite arrête la circulation d'un membre ou d'un segment de membre avec assez de rapidité pour que la circulation n'ait pas eu le temps de se rétablir par les anastomoses. La phlébite guérie par résolution ou par périphlébite suppurée, tout rentre dans l'ordre en un temps plus ou moins long et si par hasard, les individus conservent pendant quelque temps une tuméfaction générale du membre de nature œdémateuse, vous ne voyez pas se produire, sauf de rares exceptions, de grosses varices des membres. S'il en est ainsi des membres, pourquoi en serait-il différemment de la mamelle où les varices sont autrement difficiles à se produire ?

Et si d'autre part, tous les symptômes se rapportent bien à la filariose, si le début est bien celui de la filariose, si la marche est essentiellement celle de la filariose, pourquoi les dilatations de vaisseaux, que nous constatons dans le cours d'une semblable maladie, pourraient-elles être étiquetées « dilatations sanguines ? » (Filariose mammaire, Dr AUDAIN).

Remarque.

(Docteur Audain).

La filariose se comporte au niveau de la mamelle de la même façon que partout ailleurs.

Deux cas peuvent se présenter : l'oblitération ganglionnaire est incomplète ou bien l'obstruction est totale.

Dans le premier cas, la circulation lymphatique se fait encore ; les ganglions correspondant aux lymphatiques

cutanés seuls sont pris ; vous avez affaire dans ce cas soit à la *lymphangite aiguë* du sein à répétition dont il vient d'être parlé et peut-être à un certain degré de lymphangiectasie profonde, qui cliniquement nous échappe, ou bien à la forme chronique cutanée hyperplasique, connue sous le nom d'*éléphantiasis du sein*.

Dans d'autres cas, certes beaucoup plus rares, tel que celui qui a fait l'objet de ma clinique sur la filariose mammaire, vous avez affaire à une *adéno-lymphocèle axillaire* totale pour la partie ganglionnaire correspondant à la mamelle, adéno-lymphocèle à la suite de laquelle on voit se produire la *lymphangiectasie totale* des vaisseaux blancs de la mamelle, superficiels et profonds. La peau participe naturellement à l'hypertrophie générale. Cette affection, pour rare et curieuse qu'elle soit, n'offre donc rien d'original du côté de la mamelle au point de vue pathogénique.

Lorsque l'adénopathie filarienne est limitée au groupe des ganglions axillaires correspondant aux membres supérieurs, ce sont ceux-ci, comme je l'ai observé maintes fois, qui offrent les lésions éléphantiasiques et lymphangiectasiques.

Dans la filariose génitale, c'est encore le même processus pathogénique : adéno-lymphocèle lombo-aortique entraînant la dilatation de tous les lymphatiques dépendant de ce groupe ganglionnaire, d'où varicocèle lymphatique et dilatation des lymphatiques testiculaires.

Même remarque pour l'adéno-lymphocèle inguino-crotale et les lymphangiectasies des membres inférieurs.

FILARIOSE VÉSICALE.

L'envahissement du système lymphatique de la région vésicale par la filaire de DEMARQUAY provoque un ensemble de troubles auxquels nous donnons le nom de filariose vésicale.

Les auteurs ont employé des termes différents pour désigner cette même manifestation filarienne : hémato-chylu-

rie, hématurie chyleuse, chyloïde graisseuse, lymphurie, chylurie et hématurie filariennes, bilharziques, endémiques d'Égypte, du Brésil, des Antilles.

La dénomination de filariose vésicale nous semble préférable; elle comprend aussi bien la chylurie que l'hémato-chylurie, ces deux symptômes étant sous la dépendance d'une cause unique: la filaire, et se retrouvant toujours dans cette affection, quelquefois isolés, le plus souvent unis.

La filariose vésicale est une affection de l'âge adulte. Elle ne se produit qu'exceptionnellement dans le jeune âge. Quand on l'observe chez l'enfant, elle se présente sous forme d'hématurie.

Les auteurs ont fait jouer à la constitution de l'individu un rôle important dans la production de la filariose vésicale. Les lymphatiques seraient plus exposés que les sanguins à faire de la filariose vésicale. Il en serait de même pour les organismes débilités par une maladie antérieure (ROUX).

Il nous a été donné d'observer cette maladie chez des individus dont la constitution robuste semble être une violente protestation contre l'opinion de ces auteurs. Aussi doit-on se garder de l'épouser dans son rigorisme par trop absolu.

Les maladies antérieures parmi lesquelles il faut citer en première ligne, pour les pays chauds, l'impaludisme, de même que la constitution lymphatique, ne jouent qu'un rôle effacé dans la production de la filariose vésicale. Un individu affaibli, soit par l'impaludisme ou une tout autre affection, n'est pas plus sujet à faire de la filariose que n'importe quelle affection parasitaire. L'affaiblissement organique peut faire de l'individu une proie facile pour les maladies microbiennes. Il ne saurait en être de même, lorsqu'il s'agit de parasites.

A). La filariose vésicale ne débute pas toujours de la même manière. Tantôt elle est précédée de phénomènes précurseurs qui peuvent faire penser à la possibilité d'affections diverses: pesanteur dans le bas-ventre, difficulté dans la miction, douleur n'ayant pas de siège bien précis ou sui-

vant la direction des uretères, s'irradiant même jusqu'aux testicules. Tantôt, sans prodromes, à la suite d'une grande fatigue, le filarien éprouve de la gêne dans la miction et émet une urine *blanchâtre* rappelant la coloration du lait, parfois légèrement troublée par la présence de quelques gouttes de sang, ou même ayant l'aspect d'un véritable pissement de sang. D'une façon générale cependant l'hématurie pure est rare. Elle précède ou suit un véritable écoulement de de lymphes. Ces deux liquides se mélangent parfois pour donner un liquide rappelant exactement la coloration du chocolat au lait.

B). Au moment de l'accès, le thermomètre accuse une température qui n'est pas toujours fixe. Elle varie de 37°5 à 38° 5, 39°. Cette élévation de la température peut être accompagnée de nausées ou même de vomissements; le pouls est accéléré. L'urine est modifiée en quantité et en qualité. Elle est abondante et présente les différents aspects signalés plus haut.

C). La filariose vésicale peut être la seule manifestation de la filariose chez un individu, mais il faut le dire, assez souvent elle est associée à d'autres manifestations de la filariose: maladie d'AUDAÏN, accès de lymphangite lente ou aiguë de l'un des membres inférieurs ou des deux. Cette remarque est vraie pour toutes les manifestations de la filariose et la connaissance de cette particularité, assez importante pour mériter d'être mentionnée, aide singulièrement à éclaircir le diagnostic souvent assez embrouillé de la filariose. Le cas rapporté par WUCHERER et cité par CORRE dans son *Traité des affections des pays chauds* est un exemple frappant de l'association de la filariose vésicale à la *filariose testiculaire*.

L'irradiation de la douleur le long des uretères vers le scrotum et les cuisses qui a pu en imposer à WUCHERER pour un érysipèle du scrotum ou une affection calculeuse est le symptôme pathognomonique de la maladie d'AUDAÏN ou filariose testiculaire, variété urétérique dite colique filarienne.

La filariose vésicale s'observe plus fréquemment chez

l'homme que chez la femme. C'est une affection de l'âge adulte. Comme toutes les manifestations de la filariose, la filariose vésicale est une maladie à évolution lente et intermittente. Les accès se succèdent dans un intervalle plus ou moins rapproché selon le degré d'intensité de l'infection parasitaire. Elle n'a pas de durée fixe. L'examen microscopique des urines aide puissamment à poser un diagnostic précis.

Nous ne rentrerons pas dans les discussions qui se sont produites sur la nature des urines. La nature de la maladie ne nous semble plus guère discutable. La filaire de DEMARQUAY en est bien la cause. Elle est donc d'origine parasitaire. Le point le plus intéressant à considérer est le mode de production de l'écoulement, son mécanisme.

Depuis les remarquables travaux de MANSON, il est bien établi que la filaire à l'état adulte ou à l'état de larves peut obstruer les capillaires sanguins et les vaisseaux lymphatiques. Selon que cette obstruction est partielle ou complète, il se fait la rupture des vaisseaux et il en résulte une lymphorrhagie.

Lorsque le vaisseau ne se rompt pas, la lymphe transude à travers ses parois. Dans l'un et l'autre cas, on arrive au même résultat.

Cette conception, pour être simple, n'en est pas moins la plus plausible. Elle est appuyée sur les faits dont l'observation constante ne saurait prêter à contestation. Elle a pour la défendre la logique et la clinique.

Note du Docteur Léon AUDAIN

La filariose vésicale ne semble pas une affection grave. Elle est surtout ennuyeuse par sa longue durée et ses répétitions à l'occasion des moindres écarts de régime (excès de fatigue et de boissons). Elle offre en outre un inconvénient assez sérieux, celui de produire parfois une rétention d'urine des plus pénibles. Cette rétention est produite par le passage et l'arrêt dans le canal urétral de fragments fibrineux plus ou moins longs et volumineux qui tendent

à obstruer l'urètre. Le malade arrive parfois à les rendre après de grands efforts, d'autres fois, le médecin est obligé d'intervenir, de refouler ces fragments pour libérer le canal.

La chylurie et l'hémato-chylurie sont intermittentes. Un filarien vésical peut rester des mois sans offrir de lymphurie, puis voir celle-ci s'établir pour un temps plus ou moins long.

C'est cette particularité qui a pu faire croire à la guérison de la chylurie par certains médicaments. Elle s'explique par la rupture dans la vessie des lymphatiques distendus outre mesure. Ceux-ci déversent la lymphe dans le réservoir vésical aussi longtemps que dure l'ulcération du lymphatique. Celle-ci est susceptible de guérir, comme je l'ai vu assez souvent pour les ulcères lymphatiques cutanés. Si toutes les ulcérations guérissent en même temps ou ne se succèdent pas à intervalles trop rapprochés, on peut voir se produire une période pendant laquelle la chylurie ou l'hémato-chylurie disparaît complètement.

Le diagnostic de la filariose vésicale est en général des plus simples : les urines sont pathognomoniques.

La difficulté ne commence que lorsque l'hématurie domine considérablement la chylurie ou lorsque l'hématurie se présente seule.

Il y a lieu de faire alors le diagnostic avec toutes les causes possibles capables d'engendrer l'hématurie : causes locales et chirurgicales ; causes générales ou médicales.

Il importera surtout de s'assurer qu'on n'a pas affaire à une hématurie rénale, causée par la *bilharzia hæmatobia*.

L'hématurie isolée *d'emblée* a été signalée par certains auteurs. Elle est sans doute sous la dépendance d'une congestion intense de la muqueuse vésicale par gêne de la circulation sanguine déterminée par la lymphangiectasie vésicale, et précédant la rupture des vaisseaux lymphatiques.

Le diagnostic de la cause pourrait être établi par l'analyse du sang et l'analyse des urines après centrifugation, qui permettraient de trouver dans l'un et l'autre des larves et dans ces dernières des œufs de la filaire.

D'où provient le sang dans les cas d'hémato-chylurie ? Je pense qu'il peut provenir des vaisseaux sanguins de la vessie par suite d'une congestion intense des capillaires de la muqueuse vésicale, congestion tenant à une gêne mécanique de la circulation sanguine. Le sang provenant d'une autre source que la lymphe se mélangerait donc avec elle dans le réservoir vésical.

Lorsque la lymphe est légèrement colorée en rose, l'hémato-chylurie ne provient probablement que de la rupture de lymphatiques, car ainsi que j'ai pu le constater dans nombre d'opérations, la lymphe dans les lymphatiques dilatés, offre assez souvent une coloration rose due, je crois, à la rupture dans les lymphatiques des *vasa lymphaticorum*, selon toute vraisemblance.

La pathogénie de la filariose vésicale est la même que celle de toutes les autres manifestations filariennes (adéno-lymphocèle, lymphangiectasie tronculaire et radiculaire consécutives; ruptures lymphatiques).

Le traitement jusqu'à présent est purement médical. Le repos joue un grand rôle, associé à l'hygiène. Il prévient l'excès de tension capable de déterminer la rupture des lymphatiques dilatés.

FILARIOSE GÉNITALE INTERNE

ou

MALADIE D'AUDAIN.

La filariose génitale, nous l'avons déjà dit, est l'œuvre de LÉON AUDAIN (d'Haïti). Il est le premier à avoir établi, dès 1894, une relation de cause à effet entre les troubles observés du côté des organes génitaux et l'existence de la filaire de Demarquay. Les travaux qui sont venus dans la suite n'ont éclairé la question d'aucun jour nouveau. Et nous pouvons ici rapporter au chirurgien haïtien les paroles élogieuses et méritées de BARTH et ROGER en parlant de LAENNEC : « Ce qu'il faut admirer autant que la décou-

te elle-même, c'est la perfection à laquelle son auteur l'a portée, ce sont les ressources qu'il a su en tirer, moissonnant à pleines mains dans ce nouveau champ d'observation et laissant à peine de quoi glaner à ses successeurs. »

FILARIOSE GÉNITALE INTERNE.

« La filariose génitale, dite interne, par opposition avec la filariose des organes génitaux externes, peut être envisagée, quelle que soit la diversité de ses manifestations cliniques, qu'une foule de circonstances peuvent modifier, comme une adéno-lymphocèle lombo-aortique partielle ou totale, à la suite de laquelle se montrent des lymphangiectasies tronculaires *provisaires* ou *permanentes* (varicocèle lymphatique) et radiculaires (orchite filarienne), pouvant s'accompagner d'épanchement interstitiel de lymphe (testicule) ou d'épanchement dans la séreuse testiculaire (hydrocèle chyleuse).

Voilà la synthèse de la maladie.

Mais la diversité des manifestations cliniques force à des descriptions analytiques. Tel malade est vu dans la période des poussées d'orchite filarienne; chez tel autre prédominent les symptômes de la colique filarienne; tel autre nous montre plutôt le varicocèle lymphatique; un autre se présente avec l'hydrocèle chyleuse.

Lorsque la maladie a l'âge voulu et qu'elle a été favorisée par les circonstances (production d'une adéno-lymphocèle lombo-aortique totale), on peut trouver toutes ces manifestations réunies chez le même sujet. Dr LÉON AUDAIN.

ORCHITE FILARIENNE.

L'orchite filarienne peut se présenter sous forme de manifestation aiguë de la filariose génitale. Elle est produite par la stase lymphatique intra-testiculaire ou par un épanchement interstitiel de lymphe dans le testicule.

L'orchite peut se montrer sous la forme chronique; on

se rappelle la relation d'un de ces cas d'orchite filarienne chronique, faite par le Dr AUDAIN dans sa première brochure sur les formes cliniques de la filariose génitale chez l'homme (Port-au-Prince, 1894).

Les testicules, adhérents à la vaginale, étaient volumineux, bosselés, durs, sclérosés. Il est à se demander s'il ne s'est pas produit, ainsi que le pense AUDAIN, une organisation scléreuse interstitielle du tissu testiculaire, très analogue à ce qui se passe du côté de la peau et dans le tissu sous-cutané dans le cas d'éléphantiasis des membres, des bourses, des seins, etc. Cette analogie l'a porté depuis longtemps à appliquer à cette forme chronique de l'orchite filarienne le nom d'*éléphantiasis du testicule*.

D'après PIERRE SÉBILEAU, LE DENTU a vu et décrit la forme aiguë de l'orchite filarienne, mais n'ayant pas l'heur de posséder sa relation, nous sommes obligés de nous en tenir à ce que nous avons observé en Haïti.

L'orchite filarienne aiguë s'observe couramment avec cette autre manifestation clinique qu'AUDAIN a décrite sous le nom de *colique filarienne*. Elle se montre en général avant la production du varicocèle lymphatique PERMANENT.

Il est inutile d'en donner une description isolée; on lira, au moment de la description de la colique filarienne, les symptômes qui lui sont propres.

L'éléphantiasis du testicule peut se montrer à la suite d'un certain nombre de poussées de colique filarienne; le testicule augmentant de volume après chaque poussée et perdant peu à peu ses caractères normaux; mais l'éléphantiasis du testicule est susceptible de se produire A LA MUETTE, ainsi qu'AUDAIN l'a noté dans l'observation S. Cl., citée plus haut, où elle coïncidait avec une éléphantiasis assez volumineuse des bourses, opérée avec succès.

COLIQUE FILARIENNE ET VARICOCÈLE LYMPHATIQUE.

Ces deux manifestations cliniques sont inséparables; c'est l'existence du varicocèle lymphatique profond et superficiel qui donne lieu à la manifestation clinique dite co-

lique filarienne. Il faut cependant se rappeler que, lors des premières poussées de colique filarienne, le varicocèle, ainsi qu'AUDAIN l'a bien prouvé par ses travaux, n'est pas *permanent*, qu'il disparaît avec la poussée de colique et que le varicocèle lymphatique superficiel permanent est une manifestation clinique tardive de la filariose génitale interne.

Nous reproduisons ici de nombreux extraits de la thèse du Dr EUG. AUDAIN, Paris 1902, thèse qui a été faite d'après les notes et observations de son frère le Dr LÉON AUDAIN.

Définition.— La colique filarienne est une manifestation de la filariose génitale, présentant l'aspect général de la colique néphrétique, évoluant avec ou sans fièvre, avec un état général plus ou moins grave, avec des vomissements, de la rétention d'urine, une constipation plus ou moins forte.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de la colique filarienne est brusque dans la majorité des cas et succède presque toujours à un *effort* plus ou moins violent. Le phénomène douleur paraît dès le début de l'accès et présente des caractères particuliers sur lesquels il est important d'insister. D'abord cette douleur se montre avec une intensité qui varie suivant les cas. Mais, d'une façon générale, elle est violente, persistante et enlève tout repos au malade qui est dans un état d'agitation extrême. Quelquefois même, lorsque la douleur arrive au paroxysme, le malade reste immobile dans son lit, évite le moindre mouvement et ne traduit ses souffrances que par des cris ou des plaintes continuelles. À ce moment-là, il est couché en « chien de fusil ».

La douleur siège à la région rénale et s'irradie de là vers l'abdomen ou la région épigastrique, les aines, les cuisses et les testicules qui sont extrêmement sensibles ou douloureux. C'est une douleur vive, continue, lancinante, s'exaspérant à la pression et au simple contact du doigt. La douleur est bilatérale; mais elle est plus violente du côté où se fait la poussée de colique filarienne.

Avec la douleur, on constate chez le malade une température qui atteint 38°, 39° et même plus. La fièvre, dans quelques cas, se montre en même temps que la douleur; d'autres fois, la précède. On a des observations de colique filarienne ayant évolué sans fièvre.

Dans tous les cas où la colique filarienne est accompagnée d'un mouvement fébrile, elle réalise le tableau clinique des lymphangites aiguës du sein, des membres, d'origine filarienne sus décrites. Comme dans le cours de ces affections, on note de grands frissons, de la céphalalgie, des vomissements, un état saburral de la langue, de l'excitation ou de l'abattement, une élévation notable de la température.

La fièvre dans la colique filarienne se comporte bien souvent comme un accès franc de fièvre paludéenne.

Si on inspecte au moment de l'accès la zone génitale, on remarque que la peau des bourses est rouge et chaude. Le testicule du côté le plus douloureux se gonfle, acquiert les dimensions et la forme d'une grosse orange ou d'un poing d'adulte. Dans un cas où l'exploration a pu être faite pendant l'accès, AUDAIN a trouvé le testicule aplati latéralement, en forme de galette.

Comment se comportent les éléments du cordon pendant cette poussée? Nous ne le savons pas au juste, car, une palpation sérieuse et minutieuse de la région est presque impossible à cause de la douleur qu'elle éveille. Cependant, comme la région est en général tuméfiée, il est à supposer que les lymphatiques du cordon sont dilatés. Il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas ainsi puisque, chez les individus qui ont souffert de coliques filariennes répétées, on constate, dans l'intervalle des accès, à cause de l'absence des douleurs, l'existence d'une *varicocèle lymphatique* qui semble une manifestation tardive de la filariose génitale. Comme on l'a vu, en effet, par nombre d'observations d'AUDAIN, le varicocèle lymphatique ne se montre pas, à l'état permanent, du moins dans les premiers accès de colique filarienne.

En même temps que la poussée testiculaire, il se fait un épanchement en général peu abondant dans la vaginale

(*hydrocèle*); mais ces constatations ne peuvent être faites que l'accès terminé. L'hydrocèle est tantôt séreuse, tantôt chyleuse, ainsi qu'on le constatera par la lecture des observations. (*Thèse* EUG. AUDAIN).

Dans certains cas, le ventre est rétracté, les muscles contracturés; dans d'autres, il reste souple. Le météorisme s'observe également.

Un autre symptôme que nous retrouvons dans toutes les coliques violentes, quel que soit leur siège, est le *vomissement*. Il n'a guère d'importance réelle; il est sous la dépendance de la douleur. Lorsque celle-ci est très violente, les vomissements sont fréquents; lorsqu'au contraire elle est d'intensité moyenne, ils sont rares. Suivant que l'individu est à jeun ou vient de manger, on observe des vomissements *muqueux* ou *alimentaires*. Lorsqu'ils sont répétés, ils ne tardent pas, d'alimentaires, à devenir bilieux.

Ce tableau clinique déjà si sévère peut être encore assombri par de la *rétention d'urine*. Mais il semble qu'il ne s'agisse pas toujours dans ces cas de rétention vésicale, mais parfois aussi de *rétention urétéro-rénale*. La pathogénie nous expliquera, bien qu'elle soit le plus souvent hypothétique, cette sorte de rétention. Quelle qu'en soit la cause, bien que rare, elle existe. « On peut constater, a écrit le Docteur LÉON AUDAIN, une *rétention complète d'urine* avec spasme parfois infranchissable du col de la vessie. Parfois la quantité d'urine qui *arrive dans la vessie* pendant l'accès est inférieure à la normale.

La vessie percutée paraît vide, bien que le malade n'ait pas uriné depuis longtemps. Lorsque l'urine vient ensuite à être émise, on constate que l'émission est plus abondante que d'habitude. L'urine a sa *coloration normale*. Elle ne laisse déposer aucune mucosité. On n'y voit *ni graviers, ni calculs*. »

Certaines observations de colique filarienne violente nous montrent une impossibilité absolue d'aller à la garde-robe ou même d'émettre des gaz par l'anus. Dans ces cas, l'état général est mauvais: pouls rapide, sueurs profuses, facies misérable.