

MARCHE ET DURÉE.

Au bout de deux jours en général, parfois au bout de quelques heures, les grandes douleurs disparaissent. Il n'existe plus qu'une douleur sourde sur le trajet des uretères et au niveau des testicules, douleur que la pression augmente. La douleur finit par disparaître. Il est à noter que, même après cet accès aigu de colique filarienne, le testicule reste gros et lisse. Son exploration directe, dans certains cas, peut être rendue difficile par l'existence d'un épanchement plus ou moins abondant soit de sérosité, soit de lymphes.

Telle est ce qu'on pourrait appeler la guérison de l'accès aigu. Le malade est loin d'être quitte. Dans une filariose génitale récente, le malade, après cet accès, pourra jouir d'une période d'accalmie d'un an, si la chance le favorise. Au bout de ce temps, l'accès se reproduit plus ou moins semblable au premier. Au fur et à mesure que la maladie avance en âge, on constate une apparition plus fréquente des accès : trois ou quatre fois par an, puis tous les deux mois, tous les mois et, dans certains cas, tous les quinze jours. On comprend combien dans ces conditions la vie devient pénible à ces malheureux et combien devient précieuse une thérapeutique vraiment curative.

Après un temps variable, et lorsqu'il n'existe pas de *sclérose du tissu cellulaire* de la région du cordon, on pourra constater, comme manifestation extérieure de la filariose génitale, l'apparition du *varicocèle lymphatique*.

Quels sont les symptômes propres au varicocèle lymphatique ?

Pour donner une idée générale de sa symptomatologie, il suffit de rapporter ici la description qu'en a faite AUDAIN dans « *Varicocèle lymphatique et filariose testiculaire* » (Port-au-Prince, 1898) :

M. S., originaire de Cuba, âgé de 36 ans, habite Haïti depuis 18 ans.

Depuis huit ans s'est aperçu que de temps à autre, il avait

des accès douloureux siégeant dans la région des reins. Les accès sont précédés d'un fort ballonnement du ventre, qui ne manque jamais de se produire et qui pour lui est un avant-coureur certain de l'accès douloureux. Les irradiations le long du cordon sont peu marquées au début, la douleur se fait par contre sentir dans le testicule : la peau des bourses devient rouge et chaude.

Depuis les premières attaques, dès que la douleur commence, le malade éprouve de petits frissons, qui augmentent avec elle. Puis la fièvre se montre. Dès l'apparition de celle-ci, vomissements plus ou moins fréquents suivant l'intensité de l'accès.

Au début, les accès étaient très éloignés, depuis quelques mois, ils se produisent presque tous les 15 à 20 jours.

Abattement considérable après ces accès. Un phénomène nouveau a attiré l'attention du malade : les urines sont devenues hémato-chyluriques. L'hémato-chylurie se montre à la suite des accès douloureux. Si l'accès a été violent avec fièvre intense, les urines sont franchement hémato-chyluriques. Si, au contraire, l'accès a été accompagné d'une fièvre peu marquée ou a eu lieu sans fièvre, les urines sont plutôt *chyluriques*. J'ai eu l'occasion, il y a six ans, d'opérer ce malade. Il était alors porteur d'une hydrocèle gauche. A ce moment les accès douloureux étaient, sans doute, de faible intensité, ou très espacés, car il n'a point attiré mon attention sur eux. L'hydrocèle ne s'est pas reproduite de ce côté. Les lésions pour lesquelles le malade me consulte sont actuellement à droite. On constate manifestement dans la vaginale une certaine quantité de liquide que l'on peut évaluer à environ 150 grammes. Le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume.

Entre le testicule et le canal inguinal, au siège habituel du varicocèle sanguin, se trouve une tumeur du volume du poing. La peau qui la recouvre offre de nombreuses ramifications vasculaires. L'aspect de la tumeur est très variable ; à l'un de mes examens, elle s'est présentée bosselée à la vue, offrant des saillies allongées séparées par des sillons parallèles peu marqués. Lorsqu'à cet examen, je palpai la

tumeur sans trop la comprimer, elle me donna nettement la sensation de petits *boyaux mollasses*, qui se déplaçaient sous les doigts. En exerçant une certaine pression, la tumeur se réduisait en très grande partie, pour se reproduire, dès que cette pression cessait. Lorsque le malade était couché, la tumeur était moins tendue sans pourtant disparaître. Elle était surtout tendue dans la station verticale et à l'occasion des efforts.

Le malade dit ressentir une certaine pesanteur dans la région, qui le gêne beaucoup. Le testicule gauche est également augmenté de volume, moins pourtant que le droit. Les ganglions du triangle de Scarpa sont dilatés du côté droit.

L'examen du sang révèle de nombreuses larves de filaires. Après quelques jours de repos, la tumeur avait notablement diminué de volume. Elle donnait au palper une sensation de tumeur très molle, sans caractère bien défini, se confondant insensiblement vers la partie inférieure avec l'hydrocèle. »

La symptomatologie analysée et développée dans le chapitre diagnostic complètera d'une façon très satisfaisante l'observation qu'on vient de lire.

PATHOGÉNIE.

Nous ne saurions mieux faire, pour expliquer le mode de production de la colique filarienne, que de donner ici la description pathogénique faite par le Dr LÉON AUDAIN dans les différents travaux qu'il a publiés sur la filariose génitale.

« La filaire-mère pénètre dans un des troncs lymphatiques testiculaires. Que va-t-il se passer? Verrons-nous se produire une poussée d'œdème considérable, comme dans les cas d'éléphantiasis des bourses? La tumeur, une fois constituée, ira-t-elle en augmentant sans cesse? Evidemment non. Les conditions anatomiques des deux organes sont trop différentes, pour que l'aspect clinique de leurs affections ne varie point.

Le scrotum, la verge, le prépuce, sont desservis par les ganglions inguinaux internes au nombre de *deux*. Le testicule est pourvu de huit à *dix troncs lymphatiques* se rendant dans les ganglions lombaires.

Il est compréhensible, d'après les données de l'anatomie, que la gêne et la suppression de la circulation lymphatique scrotale soient plus aisées que pour le testicule.

Qu'une filaire-mère vienne à se loger dans le système lymphatique testiculaire, deux cas peuvent se produire : ou bien la circulation sera simplement entravée dans l'un des troncs, ou elle sera interrompue. Dans le premier cas, on constatera du côté du testicule une *certaine* gêne de la circulation lymphatique, caractérisée par de la tuméfaction, de la douleur, et souvent par un épanchement dans la vaginale (forme orchitique).

Au bout d'un temps assez court, la circulation lymphatique se rétablissant par les anastomoses, toute douleur cessera.

La glande néanmoins conservera un volume supérieur au volume antérieur à cause de l'épanchement de lymphes qui s'est fait dans le tissu conjonctif.

Qu'il y ait oblitération totale, la gêne sera plus grande, les douleurs plus violentes, la tuméfaction plus marquée. Mais comme le testicule n'est pas un organe extensible *l'effort va porter non seulement sur les radicules lymphatiques, mais sur toute la partie du tronc située au-dessous de l'obstacle.*

Si on se rappelle le trajet abdominal des troncs lymphatiques du testicule, on comprendra que les douleurs produites par cette distension intérieure suivent une direction assez analogue à celles qu'on observe dans la colique néphrétique et que le tableau clinique soit presque identique dans ces deux affections (forme urétrique ou colique filarienne.)

Il importe également de ne pas négliger les irradiations par action réflexe; celles-ci se produisent du côté opposé et rendent bien compte de la sensibilité de l'autre testicule, des douleurs que le malade accuse le long de l'autre ure-