

cause du jeune âge de la maladie (un an et demi à deux ans)? Peut-être; mais l'étude de la pièce anatomique que j'ai eu l'honneur de vous présenter vous donne des renseignements moins hypothétiques et, je crois, la solution du problème. Vous avez vu que sept troncs lymphatiques sont ectasiés, dont trois considérablement et quatre moyennement. Pour les trois troncs du groupe antérieur, il est permis de supposer un obstacle très grand de la circulation lymphatique. Pour les quatre autres, il existe sans aucun doute une gêne de cette circulation, mais selon toute vraisemblance, elle est moins marquée que dans le cas précédent. Mais les troncs lymphatiques testiculaires sont pour le moins au nombre de dix. Il est donc logique d'admettre que trois au moins des troncs lymphatiques testiculaires fonctionnent librement, normalement et suppléent d'une façon suffisante à l'obstruction plus ou moins marquée des autres. Autrement comment s'expliquer l'intégrité parfaite du testicule? Ces troncs auraient-ils fonctionné éternellement ou se seraient-ils un jour obstrués à leur tour, déterminant des lésions testiculaires? Il nous est bien difficile de le dire.

« Autrement dit, avons-nous surpris la maladie en voie d'évolution, ou bien avons-nous eu affaire à une localisation définitive de la filaire, par conséquent à une variété clinique fixe, susceptible d'être retrouvée sur d'autres malades? C'est encore un point qu'il est bien difficile de résoudre. Une foule d'autres questions se présentent à l'esprit. En supposant un obstacle absolu à la circulation lymphatique, la lymphe reste-t-elle indéfiniment dans les lymphatiques sans se coaguler? La chose est peu probable, puisque le sang avec lequel elle offre de grandes analogies au point de vue surtout de la teneur en fibrine, se coagule dans les vaisseaux, lorsque son cours est arrêté. N'est-ce pas même cette coagulation lymphatique qui, créant à la suite des opérations des conditions de vie nouvelles et très défavorables pour la filaire adulte, en entraîne la mort et amène par suite la guérison de nos opérés? Mais nous n'avons jamais trouvé jusqu'à présent, même dans les cas

de très grandes dilatations, qui permettent de supposer un arrêt de la circulation lymphatique, de lymphe coagulée dans ces vaisseaux. Deux hypothèses sont plausibles pour expliquer ce fait. Ou bien la circulation par le bout ganglionnaire n'est jamais *entièrement entravée*, ou bien le déversement d'une certaine quantité de lymphe dans les vaisseaux ectasiés produit une hypertension et une sorte de remous de la lymphe qui la porte à changer momentanément de cours et à gagner par des voies lymphatiques intra-testiculaires, certains troncs encore libres dans leur fonctionnement. En ces cas, ces lymphatiques se videraient pour ainsi dire par *regorgement*. Il est fort possible que, même lorsque tous les troncs testiculaires sont pris, cette circulation lymphatique à *rebours* se fasse par les voies les moins obstruées. Un petit fait m'a frappé, qui est du reste noté dans mon observation. Après avoir chassé la lymphe des lymphatiques du cordon, si on a soin d'exercer une forte compression au niveau du canal inguinal, *la tumeur ne se reproduit pas*. Dès que cette compression cesse, on la voit se reconstituer. Le contraire eût dû se produire, la lymphe cheminant de bas en haut. La lymphe *semble dans le cas présent tomber de la partie supérieure vers l'inférieure*, comme si son cours eût été changé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Chez les individus atteints de colique filarienne, on trouve, en général, dans le sang, des larves de la filaire. On peut rencontrer à l'état permanent ou à l'état passager certaines autres manifestations de la filariose des membres, de la verge, du scrotum sous forme d'éléphantiasis, ou bien la filariose vésicale dont le symptôme capital est, comme on le sait, la chylurie ou lymphaturie ou l'hématochylurie; mais il faut savoir que la colique filarienne peut être la *manifestation première* de la filariose. Ceci a une grande importance au point de vue du diagnostic. Quel est l'état local observé dans les cas de colique filarienne? Dans les cas anciens, les lymphatiques testiculaires sont

ectasiés depuis leurs radicules jusqu'aux ganglions lombaires. Dans les opérations de varicocèle lymphatique de LÉON AUDAIN publiées dans la thèse de son frère, il a été constaté que la dilatation des lymphatiques se montrait dans l'abdomen *aussi haut qu'on pouvait aller*.

Cette dilatation au niveau du cordon peut être si considérable que chaque lymphatique atteint la grosseur d'un doigt. On comprend, pour tenir dans un espace si restreint, la multiplicité de leurs inflexions. Dans une pièce *disséquée* par le Docteur LÉON AUDAIN, chaque lymphatique, au niveau du cordon, avait une longueur de 50 centimètres environ. Avant la dissection la longueur du paquet de lymphatiques était de 15 centimètres.

Outre les flexuosités, ils offrent de nombreuses nodosités.

Du côté du testicule, on constate (opération faite par le Docteur LÉON AUDAIN le 6 septembre 1898) que « l'épididyme, considérablement augmenté de volume, recouvrait toute la face externe du testicule. Il était gorgé de lymphes et présentait une coloration presque rougeâtre. Le testicule, gorgé également de lymphes, avait une consistance presque kystique et une coloration grisâtre. La palpation de l'organe donnait une sensation de liquide épanché. Pour s'en assurer, une ponction fut pratiquée avec une seringue de PRAVAZ, préalablement aseptisée: cette ponction resta négative: c'est donc une infiltration de lymphes dans le tissu conjonctif interstitiel du testicule.

L'hydatide de MORGAGNI turgescente, boursouflée, avait une longueur de deux centimètres sur un centimètre d'épaisseur ».

Dans les cas *très anciens*, les testicules volumineux sont bosselés, durs, comme si la présence de la lymphes avait déterminé une sclérose du tissu testiculaire. L'analogie qui existe entre ce processus anatomo-pathologique et ce qu'on voit à la suite d'un certain nombre de poussées lymphangitiques des membres est telle que le Dr LÉON AUDAIN lui a donné le nom « *d'éléphantiasis testiculaire* ».

« Le 29 septembre 1899, j'ai eu occasion d'opérer un

homme manifestement filarien: les lésions anatomo-pathologiques du testicule dans ce dernier cas ont été les suivantes:

« En dehors du varicocèle lymphatique observé, je note: Le testicule lui-même est très volumineux: à peu près le volume d'un poing d'adulte. Il est dur, presque ligneux en certains points, plus ou moins dur en d'autres, offrant de grosses bosselures limitées par des sillons peu marqués.

« La vaginale pariétale est épaissie: l'albuginée, également épaisse, a une coloration gris rose.

« Il y a des adhérences assez intimes entre la vaginale et l'albuginée, cependant on arrive à les séparer.

« La présence de lambeaux de la vaginale et l'épaississement de l'albuginée empêchent de voir par transparence s'il y a de la lymphes épanchée dans la trame testiculaire.

« Ce 3^e aspect du testicule rappelle ce que j'ai observé en 1894 (Observation S. A. dans brochure des formes cliniques de la filariose génitale). Permettez-moi de vous le rappeler.

« Au milieu de cette masse molle, élastique, rénitente, ne conservant pas l'empreinte du doigt, (éléphantiasis des bourses) deux tumeurs de consistance toute différente constituées par les testicules.

« Le gauche est plus gros qu'un poing d'adulte. Sa forme est ovalaire. Il a une consistance considérable, presque ligneuse. Sa surface est lisse. Pas d'épanchement dans la vaginale.

« Le testicule droit a le volume d'un œuf de dinde. Ses caractères sont les mêmes que ceux que je viens d'indiquer. Contrairement à ce qu'on décrit d'habitude, je ne trouve aucun épanchement dans la vaginale. Celui-ci avait dû néanmoins exister autrefois, car la vaginale est adhérente aux testicules dans toute son étendue.»

Il importe de noter ce passage d'une brochure publiée par LÉON AUDAIN sur la filariose génitale: « Le varicocèle lymphatique, manifestation clinique tardive de la filariose génitale, a besoin pour se produire, non seulement de conditions anatomiques dépendant de la paroi même des lym-

phatiques, mais encore de conditions anatomiques dépendant de la région qu'ils traversent. Aussi pouvons-nous jusqu'à preuve du contraire, émettre cette proposition : *le varicocèle peut exister et ne se manifester cliniquement que si les conditions anatomiques de la région le permettent.* »

DIAGNOSTIC.

La colique filarienne, dans les premiers accès du moins, alors que le varicocèle lymphatique n'est pas constitué, ne peut être confondue qu'avec certaines affections douloureuses. Plus tard, lorsque la tumeur est constituée, elle peut être prise pour certaines affections d'un ordre tout différent.

De toutes les maladies où le symptôme douleur joue le rôle prédominant, la *colique néphrétique* est sans contredit celle qui rappelle le plus la colique filarienne et de fait, lorsque la colique filarienne se montre sans fièvre, le diagnostic est réellement délicat : brusquerie du début, douleur, vomissements, localisations et irradiations de la douleur, constipation, suspension ou diminution notable des urines sont des symptômes communs aux deux affections. L'examen des urines émises peut permettre la différenciation de ces deux sortes de coliques. Tandis qu'il est souvent donné de constater, dans les urines de la colique néphrétique, de la *boue urineuse*, des graviers de diverses natures (hippurique, phosphatique ou oxalique), dans la *colique filarienne*, on ne trouve rien de semblable; les urines, si l'individu n'est pas un filarien vésical, offrent leurs caractères normaux.

L'attention devra toujours se porter vers les testicules et les régions du cordon. Si la peau de cette région est rouge; s'il y existe de la douleur spontanée que la pression exagère, de la tuméfaction de la région du cordon et du testicule, le doute n'est plus possible, il s'agit bien là d'une colique filarienne. Ces symptômes n'ont aucune analogie

avec les irradiations testiculaires et la rétraction du testicule de la colique néphrétique.

Lorsqu'avec le tableau clinique précédent, on note un grand frisson, de la température et les symptômes habituels de la fièvre, il n'y a pas à hésiter une minute, car, dans la colique néphrétique, il y a apyrexie. Les accès de colique filarienne se ressemblent tous et pour peu qu'on en ait vu un, on a, pour ainsi dire, vu tous les autres.

Divers renseignements cliniques contribueront à asseoir solidement le diagnostic : l'existence de quelque autre manifestation de la filariose (membres, organes génitaux externes, adéno-lymphocèle inguino-crurale, filariose vésicale, présence des larves de la filaire dans le sang, séjour dans un pays où la filariose est endémique). Nous ajouterons que l'âge semble avoir une certaine importance. En effet, dans toutes les observations recueillies, nous ne voyons que des adultes atteints de la colique filarienne. Le sexe joue également un rôle très important : dans presque tous les cas rapportés par E. AUDAIN, sauf une observation au sujet de laquelle le Dr LÉON AUDAIN pose un point d'interrogation, il s'agit *du sexe masculin*. Est-ce à dire que la colique filarienne ne puisse exister chez la femme? Existe-t-il des conditions anatomiques des lymphatiques qui s'opposent matériellement à sa production?

En tous cas, le diagnostic, on le comprend, serait plus ardu que chez l'homme à cause de la situation profonde des ovaires et des lymphatiques qui en partent. Cependant il ne sera pas impossible en tenant un compte sévère du cachet spécial de la filariose et en recherchant avec soin les moindres indices de la maladie (*note du Dr LÉON AUDAIN*).

Le diagnostic avec les *coliques intestinales*, les douleurs de *l'étranglement interne* est trop aisé pour que nous y insistons.

La névralgie lombo-abdominale avec ses irradiations douloureuses le long de la masse sacro-lombaire et vers les organes génitaux pourrait, à première vue, en imposer pour la colique filarienne apyrétique, mais la rougeur des

bourses, la tuméfaction de la région testiculaire et du cordon n'existent pas dans la névralgie lombo-abdominale. Les caractères de la douleur diffèrent dans les deux affections; elle est presque continue dans la colique filarienne, et à rémissions plus ou moins longues dans la névralgie lombo-abdominale. En outre, *les points douloureux* de la névralgie lombo-abdominale, faciles à explorer, permettront de trancher assez facilement la question.

Lorsque le malade n'en est pas à ses premières poussées de colique filarienne, que le varicocèle lymphatique a eu le temps de se constituer, quelles sont les maladies avec lesquelles la confusion est possible?

L'erreur de diagnostic la plus fréquente, celle que les médecins non prévenus de l'existence de la colique filarienne, et que même parfois ceux qui ont étudié cette maladie peuvent, dans certains cas, commettre, est de prendre le varicocèle lymphatique pour une *hernie inguino-scrotale*.

Les malades le plus souvent vous consultent pour une tumeur siégeant, comme la hernie inguino-scrotale, dans la région du cordon, tumeur réductible, pénétrant dans le canal inguinal, se gonflant sous l'influence de la toux et des efforts, se reproduisant après avoir été réduite. N'y a-t-il vraiment pas là matière à confusion?

Cependant, lorsqu'on est habitué au varicocèle lymphatique, le diagnostic se fait presque à coup sûr. L'interrogatoire, en vous montrant que le malade a eu déjà une ou plusieurs poussées de douleurs avec manifestations inguino-scrotales, comme nous les avons vues dans la poussée de colique filarienne, mettra déjà un peu sur la voie du diagnostic. L'existence de quelque autre manifestation filarienne ou de larves de la filaire dans le sang, sur laquelle on ne peut cependant pas tabler d'une façon positive, sera un signe de probabilité de plus. Mais il faut le dire, en dehors de ces signes, les caractères mêmes de la tumeur sont assez nets pour imposer le diagnostic.

Nous empruntons les symptômes du varicocèle tant aux écrits qu'aux communications du Dr LÉON AUDAIN: « Entre le testicule et le canal inguinal, au siège habituel du varico-

cèle 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 à la vue bosselée, 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 mous* 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 ou à l'occasion des efforts ».

Il est un fait sur lequel le Docteur LÉON AUDAIN insiste d'une façon particulière (*communication personnelle*) c'est sur la façon de se reproduire de la tumeur. Tandis que dans la hernie, après réduction, on voit la tumeur se reproduire assez rapidement de *haut en bas*, dans les cas de varicocèle lymphatique qu'il a observés, on voit la tumeur revenue à son volume primitif d'une façon si insensible qu'on n'a pu savoir comment, à la manière d'une *poire en caoutchouc* qu'on a pressée dans la main et qu'on abandonne ensuite à elle-même.

L'aspect bosselé n'est pas signalé dans toutes les observations, la tumeur le plus souvent même est lisse, rénitente.

Lorsqu'on comprime un varicocèle lymphatique, il ne faut point s'attendre à observer ce symptôme qu'on trouve parfois dans la hernie, le gargouillement. Il n'a été noté dans aucune des observations du Docteur LÉON AUDAIN. Par conséquent, toutes les fois qu'il y a gargouillement, il n'y a pas de varicocèle lymphatique, il s'agit de hernie. Malheureusement l'absence du gargouillement ne nous permet pas d'énoncer la proposition inverse, car nombre de hernies peuvent se réduire à la muette, dans les cas d'entéroccèle, par exemple.

Il est un petit symptôme sur lequel notre attention a

été attirée (*communication écrite du Docteur LÉON AUDAIN*) : c'est, vers la fin de la réduction de la tumeur, une certaine sensation de *fuile liquide* sous les doigts. C'est un bon symptôme. Par contre, il ne faut pas attacher beaucoup d'importance au choc que reçoit à la toux le doigt introduit dans le canal inguinal. Il *peut être identique* à celui qu'on ressent dans la hernie inguino-scrotale.

Il est une erreur de diagnostic qui peut être faite et que nous trouvons signalée dans l'une des observations publiées dans la thèse d'EUG. AUDAIN (*obs. de LÉON AUDAIN et de M. RICOT, son assistant*). Un malade se présente avec une adéno-lymphocèle inguino-crurale, qu'opère M. le Dr HUDICOURT, chirurgien de la Polyclinique PÉAN. Deux mois après, il est pris d'une attaque de colique filarienne si classique qu'elle fut immédiatement diagnostiquée : colique filarienne et pointe de hernie inguinale gauche. Il n'existait aucun varicocèle apparent. L'opération faite le 29 septembre 1899 montra qu'une disposition scléreuse de la région, empêchant la production du varicocèle lymphatique, qui, perceptible seulement au niveau du canal inguinal, avait été pris pour une *pointe de hernie inguinale*. Le Docteur LÉON AUDAIN a opéré un autre malade chez lequel le diagnostic porté était : *adéno-lymphocèle inguino-crurale, et pointe de hernie inguinale*. Dans le cours de l'opération, il s'aperçut que cette pointe de hernie n'existait pas. Un gros lymphatique de l'anneau crural, accolé contre la paroi du canal inguinal, refoulait celle-ci fortement au moment des efforts et de la toux principalement, simulant à s'y méprendre une pointe de hernie.

Si nous relatons ces faits, c'est pour bien montrer que le choc ressenti par le doigt n'a qu'une valeur diagnostique insuffisante.

Certaines autres affections siégeant au niveau du cordon pourraient être prises au premier abord pour un varicocèle lymphatique, telle l'*hydrocèle en bissac*. Ses caractères sont trop tranchés pour que l'erreur soit longtemps possible. L'hydrocèle congénitale avec persistance du canal péritonéo-vaginal ? L'interrogatoire suffit à trancher la question :

l'existence de la tumeur dès le jeune âge, l'absence des poussées de coliques filariennes antérieures. En cas de doute, une simple ponction permettrait de résoudre la question.

Le diagnostic avec le *varicocèle sanguin* semble, *a priori*, devoir être plus délicat et plus difficile. Il n'en est rien au fond. Sans même faire entrer en ligne la marche générale de l'affection qui diffère absolument de celle du varicocèle sanguin et qui attire nécessairement l'attention sur le siège lymphatique de la tumeur; sans même tenir compte des nombreuses conditions générales qui feraient pencher la balance plutôt en faveur du varicocèle lymphatique, il semble (puisque les médecins qui ont l'habitude d'observer ces deux sortes d'ectasies vasculaires de la région du cordon ne les confondent guère), qu'il existe des différences physiques assez sensibles entre ces deux sortes de varicocèle, du moins pour les cas moyens qu'on a le plus l'occasion d'observer.

Dans le varicocèle sanguin, les bourses sont bien plus allongées, la tumeur paraît plus rapprochée du testicule et va en *s'effilant vers l'anneau* inguinal. La peau en général est mince, facilement isolable de la tumeur qui forme au-dessous d'elle comme un paquet bien distinct. La palpation de la masse dans le varicocèle sanguin donne la sensation d'un paquet de vers plus ou moins entremêlés. Lorsqu'on comprime la tumeur veineuse, qu'on la débarasse du sang qu'elle contient, la tumeur, lorsque la compression cesse, se reproduit de *bas en haut*. C'est au niveau de la partie inférieure de la région du cordon, près du testicule, qu'elle devient tout d'abord *le plus manifestement apparente*. Cela tient-il à la disposition anatomique des veines (valvules) qui empêche le sang de gagner les parties placées au-dessous de lui ? La chose est sinon certaine, du moins fort probable.

Dans le varicocèle lymphatique, au contraire, le scrotum, à droite et à gauche, n'a pas cet allongement remarquable. La forme de la tumeur est plutôt *globuleuse*, elle est presque aussi marquée au niveau de l'anneau qu'à la partie inférieure.

Lorsqu'on a chassé la lymphe qu'elle contient, la tuméfaction se reproduit en *descendant insensiblement* de l'anneau inguinal vers le testicule. La peau n'a pas non plus cette minceur, cette *isolabilité* que nous trouvons dans le varicocèle sanguin. Il semble que la pression, dans le varicocèle lymphatique, soit plus grande et que, par suite, la tumeur soit plus au contact de la face profonde de la peau.

La *sensation de vers* n'est pas aussi nette que dans le varicocèle sanguin; on a plutôt la sensation d'anses intestinales descendues dans la région du cordon. Il est enfin un point sur lequel le Dr LÉON AUDAIN a bien attiré notre attention, c'est le mode de réplétion de la tumeur lorsqu'on l'a débarrassée de son contenu. Dans certains cas, lorsque la tumeur n'est pas volumineuse, on peut observer la réplétion de *haut en bas*; mais lorsque le varicocèle a atteint le volume d'un œuf de poule ou plus, il est difficile de saisir ce mécanisme. La tumeur revient assez rapidement, insensiblement et uniformément à sa dimension primitive, semblable, d'après la comparaison énoncée plus haut, à *une poire comprimée puis abandonnée à elle-même*. Il est probable que ces modes de réplétion tiennent à l'obstacle que trouve la lymphe au niveau des ganglions lombaires et à la modification profonde qui, se produisant dans la structure des valvules lymphatiques, permet à la lymphe de refluer vers les parties inférieures.

Il est un diagnostic sur lequel nous ne pouvons nous empêcher d'insister, car il a donné lieu à des négations et à des affirmations également énergiques: il s'agit de l'*orchite paludéenne*. On comprend facilement la ressemblance étonnante qui puisse exister entre cette forme d'orchite et les manifestations testiculaires de la filariose. Le tableau clinique de ces deux affections est presque identique. Si le diagnostic peut être relativement facile dans les pays à malaria où la filariose ne sévit pas, il est loin d'en être de même dans ceux où ces deux maladies marchent de pair et où l'examen du sang, au cours d'un accès, peut déceler la présence et des corpuscules de LAVERAN et des larves de la *filaria sanguinis hominis*.

La question doit être soumise à une étude nouvelle, maintenant que la colique filarienne et les manifestations testiculaires de la filariose ont conquis, dans la science, le droit de cité. Les observateurs de l'avenir devront s'attacher à bien distinguer dans ces cas bizarres d'orchite des pays chauds la part exacte qu'il faut faire à l'impaludisme et à la filariose. Ils devront s'entourer de tous les renseignements capables d'éclaircir cette question. Disons en passant que la quinine ne doit pas être prise comme moyen de diagnostic, car certaines fièvres, la malarique comme la filarique, étant (en dehors des fièvres continues) des manifestations fébriles *essentiellement* intermittentes, doivent nécessairement tomber et qu'il ne faut point attribuer au médicament ce qui tient à l'essence même de la maladie. La fièvre pneumonique cesse brusquement le septième ou le neuvième jour, parce qu'il est de la nature de la pneumonie de se comporter ainsi. Nous ne prétendons pas que l'orchite paludéenne ne puisse réellement exister. Ne voit-on pas nettement les parotides avec lesquelles les testicules ont une sympathie si grande bien qu'inexpliquée se prendre parfois dans le cours de l'impaludisme (mot aujourd'hui impropre que remplacerait mieux celui de « laverania »). Pourquoi dans ces conditions les testicules ne pourraient-ils pas être influencés? Ce qu'il importe de savoir, c'est si la manifestation testiculaire de l'impaludisme, la fièvre mise de côté, se montre avec l'éclat douloureux que nous lui voyons dans la filariose génitale interne; c'est si l'orchite paludéenne est réellement aussi fréquente que l'ont décrit les observateurs des pays chauds. ROUX a dit dans son ouvrage: « si on doit admettre l'orchite paludéenne, je n'en suis pas moins convaincu que c'est un accident très rare. Je n'en ai pas trouvé une seule observation dans les mémoires cependant si complets de CHEVERS et de FAYRER. Je n'en ai pas trouvé un seul cas dans l'Inde et au Sénégal. Les seules orchites que j'ai vues au Bengale et qui n'étaient pas produites par les causes étiologiques habituelles, étaient celles qu'on rencontre assez souvent dans la période prémonitoire de

l'éléphantiasis ». Le Docteur LÉON AUDAIN, plus affirmatif, met fortement en doute l'existence de l'orchite paludéenne. « Disons, écrit-il en 1894 dans sa brochure sur les formes génitales de la filariose, « que réellement les auteurs habitant un pays où l'impaludisme fleurit ont rapporté faute de mieux à l'impaludisme des accidents dont ils ignoraient la vraie cause! Leurs esprits étaient prévenus en faveur de l'impaludisme.

« Pour moi, je ne vois dans tous ces cas d'hydrocèles accompagnant les orchites, dans tous les cas d'orchites *bizarres* qu'une forme atténuée de la lymphangite testiculaire d'origine filarienne ». Tout récemment, (décembre 1901 à mars 1902), le docteur LÉON AUDAIN a assisté à une épidémie de malaria. Il nous écrit qu'en réunissant les observations de plusieurs médecins de Port-au-Prince, on peut reconstituer le tableau clinique parfait de la malaria aiguë avec presque toutes les formes cliniques décrites, l'intermittente franche, la continue gastrique simple, la continue typhoïde, l'hystérimforme, la méningitique, la cérébro-bulbaire, la gastro-entéritique avec vomissements de sang noir et selles mélaniques, l'hémorragique uréthrale, l'accès avec poussée parotidienne, la néphritique, etc..., mais qu'il n'a pas eu l'occasion, et qu'aucun médecin, à sa connaissance, n'a eu l'occasion d'observer un seul cas d'orchite paludéenne.

Il existe donc, au sujet de l'étiologie de certaines orchites des pays à malaria et à filariose, une *querelle d'école* que nous ne saurions trancher pour le moment, mais sur laquelle à propos du diagnostic, il importait d'appeler la sérieuse attention des médecins.

Nous n'insisterons pas sur les autres variétés d'orchites, dont le diagnostic, pour tout clinicien attentif, n'offre réellement aucune difficulté.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la colique filarienne et de sa manifestation plus ou moins tardive, le varicocèle lymphatique, n'est pas grave, en ce sens que la maladie ne semble pas avoir jusqu'à présent *tué son homme*. Mais il mérite d'être considéré comme sérieux par les souffrances qu'il lui fait endurer et surtout par la répétition de plus en plus grande de ces souffrances. Un homme qui, à tout moment, est obligé, à l'imprévu, de s'aliter pour une période plus ou moins longue, se trouve réellement, à tous les points de vue, dans un état déplorable d'infériorité.

TRAITEMENT.

Le traitement de la colique filarienne est *médical*, avant l'apparition du varicocèle lymphatique, et *chirurgical*, dès que celui-ci est constitué. Il est très recommandé de combattre le syndrome *fièvre* par l'administration de la quinine. On pourra, si les vomissements ne s'y opposent pas, faire prendre au malade de 0.50 centigrammes à un gramme de sulfate ou d'un sel quelconque de quinine. Ce médicament ne nous semble cependant pas indispensable, car l'accès fébrile filarien, étant éminemment *intermittent*, doit tomber fatalement avec ou sans médicament. C'est peut-être pour n'avoir pas pensé à ce fait qu'on a attribué à la quinine ce grand pouvoir sur cette sorte de fièvre et qu'on l'a confondue parfois avec l'intermittente palustre, surtout lorsque les manifestations sont modérées et localisées au testicule.

Les vomissements peuvent être combattus par les moyens habituellement préconisés : potion de Rivière, éthérisation de la région épigastrique, applications froides sur cette région, ingestion d'une potion chloroformée; mais nous sommes d'avis, ces vomissements n'étant qu'un épiphénomène d'ordre réflexe, de combattre plutôt la cause de ces vomissements, la *douleur*.