

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-entérique 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*.

C'est contre elle qu'il faut diriger tous *les coups de la thérapeutique*. Les applications chaudes sur la région lombaire, cataplasmes ou compresses; les bains chauds (à environ 37° 5) amènent une certaine accalmie. Il importe donc de ne point les négliger.

Il est bon de faire prendre au malade, si les vomissements le permettent, une potion bromurée et chloralée, de l'antipyrine à la dose de deux ou trois grammes dans le courant de la journée; mais le moyen le plus efficace est, sans contredit, la morphine en injections hypodermiques. Injecter pendant la première journée de deux à quatre centigrammes de chlorhydrate de morphine, suivant l'intensité de l'accès ou l'âge du malade. Si l'accès se prolonge au delà de 24 heures, injecter le second jour de un à trois centigrammes de ce sel, suivant les besoins.

Le même traitement pourra être employé à chaque accès jusqu'à l'apparition de la tumeur funiculaire qu'on guettera avec soin.

C'est à peu près tout ce qu'on peut faire dans la période initiale. La tumeur apparaît-elle? Il ne faut point trop se hâter d'intervenir. Il faut la laisser vieillir un peu, surtout si on remarque qu'elle se développe rapidement. L'observation que nous publions ici est à ce point de vue très instructive. Ayant remarqué la formation d'un varicocèle lymphatique chez un malade qui offrait les symptômes d'une colique filarienne, le docteur LÉON AUDAIN lui proposa l'opération qui fut agréée et faite suivant les principes indiqués plus loin. Le cordon mis à nu, les lymphatiques sous l'influence du repos, de la position horizontale, de la chloroformisation peut-être, s'étaient tellement rétractés qu'ils ne furent, *sauf un seul*, pas même vus. Celui-là même n'avait pas plus de deux millimètres de largeur environ. La ligature et la résection n'en étaient pas possibles. Le malade ne perdit pas cependant absolument le bénéfice de l'opération. Il portait aussi une hydrocèle qui fut opérée séance tenante. Il est depuis lors soulagé, mais cette *opération précoce* n'a été que palliative. En supprimant l'hydrocèle qui, par les tractions exercées sur le cordon, peut

être une cause de fréquence plus grande des accès, on a rendu service au malade; mais il n'est pas guéri. Une intervention nouvelle s'imposera plus tard.

Lorsque le varicocèle est bien constitué et est devenu *permanent* (c'est un point très important d'indication opératoire) : l'heure de l'intervention chirurgicale a sonné.

Le malade doit être préparé à l'opération suivant les règles générales : repos de quelques jours, bains, purgation, antiseptie intestinale. L'anesthésie générale est plus à recommander que la cocaïnisation. Le malade chloroformé, une toilette des plus sérieuses doit être faite de toute la région hypogastrique, pubienne, crurale, périnéale, scrotale et inguino-crutale. On rase les poils de la région pubienne. On se débarrasse des matières grasses de la région par un bon brossage, par une friction prolongée de la peau avec de l'alcool ou de l'éther et on recouvre les régions avoisinantes de compresses imbibées de liqueur de Van Swieten ou d'un autre antiseptique puissant.

Le premier temps de l'opération consiste dans l'incision de la peau. Celle-ci doit être longue, commencer au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal et finir jusqu'à la partie la plus déclive des bourses. Il faut, en effet, que le testicule et la vaginale soient sous les yeux de l'opérateur qui assez souvent aura à faire, outre la cure radicale du varicocèle lymphatique, celle de l'hydrocèle qui coexiste assez souvent.

La peau et le dartos étant sectionnés, on trouve une couche de tissu cellulaire parfois lâche, parfois résistante et disposée sous forme de lames, comme dans une des observations du Docteur LÉON AUDAIN. Il faut sectionner ce tissu cellulaire. Dans l'un et l'autre cas, la section sur la sonde cannelée est indiquée.

Le tissu cellulaire sectionné, le paquet des vaisseaux lymphatiques ectasié s'offre à la vue. C'est généralement le groupe antérieur qui est pris. Le deuxième temps consiste à séparer le paquet lymphatique des autres éléments du cordon. Pour cela, attirant en avant d'une main la tumeur, on glisse à sa partie postérieure, dans le tissu

cellulaire lâche qui s'y trouve, la sonde cannelée, à laquelle on imprime un mouvement de va et vient du testicule à l'anneau inguinal. A défaut de sonde cannelée, le doigt rend dans ce temps de l'opération d'inestimables services. En général, on arrive assez facilement à séparer la masse des lymphatiques des éléments du cordon. Il est absolument indispensable que cette séparation se fasse *en bloc*. Il ne faut pas essayer de dissocier les lymphatiques, de les séparer les uns des autres. On prolonge, de cette façon, inutilement l'opération; on détermine des traumatismes du testicule fort dangereux pouvant déterminer une gangrène partielle ou totale de cet organe.

Lorsqu'on a achevé l'isolement du paquet lymphatique variqueux, il importe de *le lier et de le réséquer*.

La ligature se fait en deux points : à la partie supérieure, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, et à la partie inférieure, *le plus près possible* de l'extrémité supérieure du testicule. Avant de placer la ligature supérieure, il faut avoir soin d'attirer un peu à soi le paquet lymphatique, de façon à ce que la partie sectionnée remonte dans le canal inguinal.

Au moment de la ligature, on peut se trouver en présence de deux cas : 1° Le paquet n'offre pas une grande épaisseur; 2° le paquet est volumineux. Dans le premier cas, on doit faire une ligature simple au catgut bien stérilisé; dans le second, diviser au moyen de l'aiguille de DESCHAMPS, le paquet en deux et faire deux ligatures séparées qu'on pourra enserrer ensuite dans un nœud commun. En général, la division du paquet en deux suffit. Cependant, le cas l'exigeant, il faudrait le diviser en trois.

Après la ligature, résection du paquet de lymphatiques. Il est bon de placer, avant de les couper, une ligature à environ un centimètre des ligatures supérieure et inférieure et faire la section entre deux ligatures pour éviter dans la plaie un écoulement de lymphe, peu dangereux, il est vrai, mais absolument inutile.

Il est recommandé, avant d'abandonner à elles-mêmes les surfaces sectionnées, de les toucher avec une solution

phéniquée à 5 %. A ce moment, toilette de la plaie, hémostase parfaite, fixation du testicule à l'angle supérieur de la plaie (orchidopexie), application d'un drain qu'on fixera à l'angle inférieur. Puis suture de la peau au crin de Florence.

Pansement antiseptique. Il faut exercer sur la région opérée une certaine compression, afin que les liquides puissent facilement s'écouler au dehors.

Au bout de quatre jours, ablation des fils en totalité ou en partie, suivant la rapidité de la réunion. Ablation du drain. En général, la réunion se fait par première intention et le malade est guéri au bout de huit à douze jours. Il est bon, néanmoins, de le maintenir pendant trois semaines environ dans la position horizontale.

Telle est l'opération classique, suivant les renseignements qu'a eu l'obligeance de nous fournir le Dr LÉON AUDAIN.

Ce chirurgien a dû, dans certains cas (lorsque les testicules sont très gros), faire à l'opération classique certaines modifications. Elle consiste à fixer à la peau une collerette circulaire de la vaginale et à laisser le testicule au dehors. Il a donné à cette opération le nom d'*exorchidopexie*. Elle est analogue à l'exothyropexie de Mr JABOULAY. Il semble, d'après la relation du Dr LÉON AUDAIN (*Des formes cliniques de la filariose chez l'homme*, pages 76 et 77), que l'exorchidopexie a agi sur les testicules comme l'exothyropexie sur la glande thyroïde. « Dès le premier pansement, quatre jours après l'opération, je constate que les deux testicules ont perdu considérablement de leur consistance. Ils donnent au doigt la sensation de testicules normaux. Réunion partout par première intention. L'ouate est tachée d'un liquide jaune un peu collant au doigt. La surface testiculaire est rouge, parcourue de grosses ramifications vasculaires. Le volume des testicules semble un peu moins fort qu'au moment de l'opération. A la date du 16 mai (1), les testicules étaient dans l'état suivant : le droit est revenu

(1) L'opération avait eu lieu le 20 avril.

à son volume normal; la cicatrisation est complète. Le gauche a perdu au moins la moitié de son volume. La plaie n'est guère plus grande qu'une pièce de 5 francs. La cicatrisation de ce côté aussi a fait de grands progrès. Le 11 juin, les deux testicules ont leur volume et leur consistance normaux. La cicatrisation est complète partout et le malade peut être considéré comme guéri. »

Le Dr LÉON AUDAIN a revu ce même malade en août 1901, la guérison s'est maintenue et depuis lors le malade jouit d'une excellente santé.

Il n'y a pas bien longtemps encore, le système lymphatique était pour ainsi dire le *noli me tangere* de la chirurgie. Les moindres interventions étaient suivies de complications formidables, qui, pendant longtemps, ont rendu les chirurgiens assez timides à l'égard des opérations sur les lymphangiectasies. Aujourd'hui, aucun chirurgien n'hésitera à faire l'ablation des adéno-lymphocèles inguino-crurales ou autres et des varicocèles lymphatiques.

Pour ce qui est de cette dernière opération, résection des lymphatiques du cordon, si on a soin de prendre les précautions antiseptiques, qui sont, du reste, de rigueur dans toutes les opérations, on n'aura à redouter absolument aucun accident. Les plaies se cicatrisent par première intention sans manifestation fébrile d'aucune sorte. On peut le voir par la lecture des observations qui ont été publiées dans l'intéressante thèse du Dr EUG. AUDAIN.

Après la résection du ou des varicocèles lymphatiques, le Docteur LÉON AUDAIN a pu constater d'une façon constante la guérison des poussées de colique filarienne et le retour immédiat à la santé de malades rendus véritablement *impotents* par la répétition incessante des accès. Nous ne saurions donc trop recommander ce mode de traitement aux médecins surtout qui exercent dans des pays où la filariose est endémique.

Dans une seule des observations du Dr LÉON AUDAIN, nous notons que chez un malade opéré, il y a un an, d'un varicocèle *lymphatique double* il y eut, d'un côté, à droite, réapparition de coliques filariennes beaucoup moins vio-

lentes et de durée beaucoup moins grande, environ trois mois après l'opération. Ce malade, réexaminé, porte au-dessus du testicule droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon qui présente les caractères d'un varicocèle en voie de reproduction. Il suffira d'en faire l'ablation pour voir probablement cesser, à tout jamais, ces accidents nouveaux.

Comment agit l'opération? Selon toute vraisemblance, la résection entraîne entre le bout réséqué et les ganglions obstrués d'abord une stase de la lymphe qui probablement finit par se coaguler et peut-être s'organiser.

On comprend que ces conditions puissent être défavorables à l'existence de la filaire-mère qui finit par succomber. La filaire-mère gênée dans son existence extérieure ne peut-elle émigrer dans un autre territoire lymphatique? La chose n'est pas impossible, cependant nous devons avouer que nous n'avons pas d'observation à ce sujet.

FIN.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UANL