

L'éléphantiasis arabum aux îles Wallis, et la théorie filarienne

Par V. BROCHARD.

En attendant d'autres détails sur la microfilaire des îles Wallis (1), on peut enregistrer, par ordre d'observation, quelques autres faits intéressants dans ces îles : la fréquence notable de l'éléphantiasis Arabum, l'absence de maladies sûrement filariennes, l'abondance d'abcès superficiels et d'adénites inguinales, enfin la brièveté, un peu plus accentuée qu'ailleurs, des attaques d'éléphantiasis.

La première étude de cette affection dans ces îles vient d'être présentée par M. le Dr VIALA, mon prédécesseur sur place (2). Si la découverte postérieure d'une microfilaire, et d'une microfilaire nouvelle, semble devoir affaiblir *a priori* les conclusions de l'auteur, ce que nous éluciderons plus tard, je demeure entièrement d'accord avec lui sur les données purement cliniques de son exposé, image fidèle de faits positifs, quand bien même inattendus. Il n'est pas inutile de citer les plus importants :

« *Filariose.* — L'unique manifestation de la filariose dans ces îles est l'éléphantiasis.

« Je n'ai jamais rencontré la chylurie ni l'hématochylurie. L'hydrocèle, qui est très répandue, ne m'a jamais donné à la ponction que du liquide citrin, et je n'ai jamais trouvé un seul cas d'hydrocèle chyleuse : j'ai interrogé sur ce point beaucoup d'indigènes : l'existence de la chylocèle semble complètement ignorée des naturels, qui connaissent pourtant bien l'hydrocèle, et se font eux-mêmes des ponctions.

« L'ascite chyleuse, le chylothorax, la diarrhée chyleuse n'existent pas aux Wallis ni à Futuna. Je n'ai rencontré ni adéno-lymphocèle, ni varices lymphatiques... Le lymphoscrotum n'existe pas aux îles Wallis et Horn. Je n'y ai jamais observé d'abcès lymphatiques.

(1) Cf. notre note du 9 mars 1910. Une microfilaire, également apériodique, a été signalée récemment aux Fidji, par A. D. BRUNWINN (*Journ. of trop. Med.*, 15 déc. 1909).

(2) Cf. *Annales d'Hyg. et de Méd. Coloniales*, 1909, p. 422.

« Par contre, l'éléphantiasis est extrêmement répandue. Dans les divers « ouvrages de pathologie exotique que j'ai consultés à ce sujet, j'ai toujours « vu citer l'Inde, l'Arabie, l'Algérie, la Côte Occidentale d'Afrique, les îles « de la Société, les îles Samoa surtout, comme étant les domaines de prédi- « lection de l'éléphantiasis. Mais les chiffres que donnent les auteurs m'auto- « risent à penser que l'archipel uvéen représente à coup sûr l'un des points « du monde où l'éléphantiasis est le plus répandue. Elle semble être un peu « moins fréquente à Futuna qu'à Wallis, où la moitié de la population en est « certainement atteinte.

Ces données représentent quatre années d'observation sur une petite population de 4.000 habitants. On se convaincra qu'elles n'aient guère laissé place à l'erreur. Mes recherches les confirment. Il semble toutefois que le cinquième seulement, au lieu de la moitié de la population, fournisse sa part à l'éléphantiasis, ce qui demeure encore une proportion considérable. J'ai opéré aussi des hydrocèles : elles ne contenaient que du liquide citrin, sans microfilaire. Je n'ai encore vu, ni entendu citer, aucun cas d'hydrocèle chyleuse, d'ascite chyleuse, de diarrhée chyleuse, de lymphoscrotum, d'adéno-lymphocèle, de varices lymphatiques, ni d'abcès lymphatiques. Ces affections sont inconnues aux Wallis, Par contre, une particularité sur laquelle mon prédécesseur n'a peut-être pas suffisamment insisté, et qui tire une importance nouvelle de la présence de filaires dans le pays, consiste dans l'extrême fréquence des abcès superficiels et des adénites inguinales.

Les abcès siègent sur le tronc comme sur les membres. Fort souvent, on ne leur trouve pas de porte d'entrée. Ils peuvent devenir volumineux. Le fait à retenir est qu'ils n'entraînent qu'une faible réaction générale, hors de proportion avec leur volume. Parfois même, ils se résorbent tout seuls, comme je l'ai constaté. L'incision met régulièrement à jour un pus jaune et bien lié, renfermant une sorte de diplocoque ou de diplo-bacille, qu'on retrouve aux Wallis dans beaucoup de suppurations, à la surface des ulcères, ou dans les crachats, et sur lequel je reviendrai plus tard.

Les adénites sont inguinales dans l'immense majorité des cas. Je mets en dehors les adénites vénériennes, d'ailleurs fort rares ici. Celles dont je parle et qu'on peut appeler *fugitives*, ont toujours une allure uniforme : brusquement, une tuméfaction induite et peu mobile apparaît dans le pli inguinal, ou un peu au-dessous. Presque d'emblée, la tumeur atteint son volume maximum, d'une noix à une orange. Une douleur assez vive peut l'ac-

compagner, ainsi qu'une traînée rouge de lymphangite superficielle. Fait à noter, ce stade ne dure que quelques heures. Alors apparaît la fièvre, qui chasse la douleur. Parfois, cet ordre est renversé. La fièvre le cède en aussi peu de temps, et la crise est terminée en un jour, deux au plus. Progressivement, l'adénite disparaît, et il ne reste, parfois, de cette alerte qu'un petit ganglion dur dans l'aîne.

Quelle est l'origine de ces inflammations secondaires? Il n'y a guère de doute que ce ne soit la malpropreté, et les excoriations des jambes, si fréquentes ici. Ces mêmes conditions sont réunies dans l'Inde, l'Arabie, l'Algérie, la Côte occidentale d'Afrique, les îles de la Société, les îles Samoa, soit dans tous les pays où sous certaines latitudes, les habitants vont pieds et jambes nus. On remarquera que ce sont précisément les pays à éléphantiasis.

Pourtant, en Chine, l'immense majorité des habitants portent des chaussures. Mais les « coolies », qui fournissent les 9/10^e des cas d'éléphantiasis, travaillent jambes nues, et la plupart des habitants des rivages du Sud, où sévit surtout l'affection, peinent pieds nus dans la vase. Quant aux femmes, leurs pieds étant bandés depuis la naissance, il serait intéressant de connaître leur pourcentage éléphantiasique par rapport à celui des hommes. En cinq ans de séjour en Chine, je n'ai pas rencontré une femme chinoise éléphantiasique.

Mon prédécesseur est d'accord avec moi lorsqu'il affirme n'avoir jamais observé d'abcès filariens aux Wallis. En effet, à plusieurs reprises, j'ai rencontré la microfilaire apériodique et à gaine sur certains de ces sujets porteurs d'abcès (dans le sang périphérique, le pus n'en contenant jamais). Mais, l'examen minutieux du pus, l'exploration attentive de la poche, ne révélèrent aucune trace de filaire ou de débris de filaire adulte. M. le D^r VIALLA n'a pas rencontré de filaire adulte en quatre années de pratique.

Par contre, deux faits demeurent acquis: abcès et adénites se manifestent respectivement par des signes cliniques constants. Ils n'entraînent qu'une réaction très faible: caractère important, qui paraît bien plaider pour une unité d'origine. D'ailleurs, l'adénite évolue parfois en abcès. Ceci posé, on peut, je crois, avancer:

1^o Que l'agent infectieux de ces inflammations superficielles ne possède qu'une virulence peu considérable;

2° Qu'il est très répandu ;

3° Qu'il existe vraisemblablement à la surface du sol (adénites presque invariablement inguinales), et dans les vêtements (abcès du tronc). L'origine filarienne des uns et des autres doit être après examen, définitivement écartée.

Mais si elles n'ont aucun rapport avec la filariose, ces infections secondaires n'ont-elles rien de commun avec l'éléphantiasis ? Leur distribution géographique coïncide déjà avec celle de cette affection, et d'une manière au moins aussi indiscutable qu'en ce qui concerne *Microfilaria nocturna*. Semblable coïncidence se vérifie aux Wallis, où nous ignorons encore le rôle de ce parasite. Si les adénites dures, *fugitives*, qu'on y rencontre, sont sans rapport avec la masse fluctuante de l'adéno-lymphocèle, par exemple, on s'aperçoit par contre, à bref délai, que leur description répond exactement à celle des adénites qui ouvrent, presque exclusivement, aux îles Wallis, la crise initiale de l'éléphantiasis.

L'observation clinique le montre : cette affection débute le plus souvent par une attaque d'adénite, dont la brièveté, un peu plus grande ici qu'ailleurs, et les signes cliniques, semblent calqués sur ceux des adénites *fugitives*. La crise primitive et les crises secondaires ont la même durée moyenne, un jour et demi. Il s'agit manifestement d'une infection tenace, qui s'exaspère à certains intervalles. Mais on trouve rarement les septénaires de pyrexie dont les auteurs tirent un signe de diagnostic différentiel avec le paludisme (1). Les autres symptômes de l'adénite éléphantiasique confirment ceux des adénites *fugitives* : même induration, même immobilité, même brièveté des attaques. Si bien, qu'*a priori*, rien n'interdit d'envisager celles-ci comme la première, lointaine, parfois stérile condition de l'éléphantiasis.

Ainsi, d'une part, l'absence de manifestations lymphatiques ou chyleuses, de l'autre, une brièveté plus prononcée des attaques, caractérisent l'éléphantiasis des Wallis. Mais ces caractères ne sont nullement de nature à altérer la physionomie générale de la maladie, qui n'est autre que l'éléphantiasis arabum : mêmes particularités endémiques, même marche, même aspect physique, mêmes ravages. Ces deux affections ne peuvent être nosologiquement distinctes, et la pensée n'en est pas venue à M. le D^r VIALA. Nous pouvons donc affirmer, qu'au point de vue clinique (le seul

(1) LE DANTEC, *Traité de Pathol. Exot.*, 2^e éd., p. 1037.

qui, dans cette question de l'éléphantiasis, ne prête pas à discussion), c'est l'éléphantiasis arabum typique qui existe aux Wallis. En est-il de même sous le rapport de l'étiologie et de la pathogénie ?

Il existe donc dans ces îles une infection banale peut-être, mais endémique au même titre que l'éléphantiasis, et présentant avec celle-ci des rapports étroits. On retrouve une infection similaire, sinon peut-être identique, dans tous les pays à éléphantiasis.

D'autre part, il n'existe pas aux Wallis de maladies sûrement filariennes, et cependant l'éléphantiasis y sévit dans une proportion notable, sous la forme d'éléphantiasis arabum.

Ces données cliniques éclairent d'un jour nouveau la question de l'étiologie de cette affection, car de deux choses l'une :

Ou aucune filaire n'existe aux Wallis, pays d'éléphantiasis arabum typique, et la théorie filarienne succombe *ipso facto* ;

Ou l'on y trouve *F. Bancrofti*, ou une autre filaire, mais douée des mêmes propriétés pathologiques, sans quoi cette théorie succomberait encore. Il serait alors difficile d'expliquer comment une cause, unique dans ses effets, sinon entièrement dans sa nature, engendrerait indifféremment deux processus pathogéniques pour ainsi dire diamétralement opposés (présence ou absence de manifestations lymphatiques ou chyleuses), aboutissant par surcroît à une entité clinique identique.

MANSON édifie presque exclusivement sa théorie sur la coexistence des maladies à filaire avec l'éléphantiasis : des 7 arguments qu'il présente à cet effet, 6 ont trait à cette coïncidence (1). Que devient la valeur de ces 6 arguments, en présence d'une éléphantiasis arabum se développant librement, à l'exclusion de toute maladie sûrement filarienne, notamment de varices lymphatiques ou de lymphoscrotum, cités par l'auteur comme le plus fréquemment associés à cette affection.

Reste la coïncidence, énoncée par MANSON, des distributions géographiques de l'éléphantiasis et de *F. Bancrofti*. Elle se vérifie donc aux Wallis, toutes réserves faites sur la détermination spécifique exacte de la filaire que nous y avons découverte. Mais cette concession, loin de fortifier la théorie de l'auteur, l'infirmes encore davantage : l'observation clinique de l'éléphantiasis arabum aux îles Wallis montre, en effet, que la coexistence d'un parasite, pourtant si voisin de *F. Bancrofti*, ne permet pas de

(1) MANSON, *Maladies des pays chauds*, Ed. fr., 1908, p. 585.

découvrir même la trace de ces affections filariennes, ou dites telles, auxquelles MANSON s'est appliqué avec tant d'ingéniosité à rattacher l'étiologie de l'éléphantiasis arabum.

OBSERVATIONS

N° 1. *Eléphantiasis de la jambe.* — Homme de 36 ans, malade depuis trois ans. Hérité éléphantiasique nulle.

Début de l'affection : adénite inguinale dure, petite, douloureuse. Fièvre ; irradiation de la douleur dans le membre inférieur jusqu'au pied. Lymphangite réticulaire. Durée de la crise initiale : deux jours.

L'adénite diminue vite de volume. La jambe avait subi, dès le lendemain de la crise, un léger commencement d'hypertrophie.

Depuis trois ans, crises tous les deux mois, de un jour environ. Depuis quelque temps, la jambe augmente plus rapidement de volume.

Aucune varice, rien de particulier par ailleurs.

Une microfilaire aperiodique et à gaine par préparation.

N° 2. *Eléphantiasis double des jambes.* — Homme de quarante ans, malade depuis dix ans.

Hérité éléphantiasique nulle.

La maladie a débuté successivement dans chaque membre par une adénite inguinale dont il reste encore trace du côté gauche. Ces adénites devenaient douloureuses à l'époque des crises. Elles étaient toujours dures.

Durée de la crise initiale : un jour.

Crises tous les trois ou quatre mois, principalement influencées par les travaux pénibles.

Pas de varices ni d'autres manifestations filariennes.

Pas de microfilaires dans le sang.

N° 3. *Eléphantiasis double des jambes.* — Homme, 38 ans environ, malade depuis huit ans.

Hérité : père mort éléphantiasique des quatre membres, frère éléphantiasique avancé des deux jambes, comme lui.

Membre inférieur droit. — Le premier pris. Adénite inguinale, compliquée d'abcès ultérieur. On l'incise : pus abondant. Douleur le long du membre jusqu'au pied (face interne, ce qui est de règle). Cordon lymphatique. Durée de la crise initiale : deux jours.

La pachydermie fut assez longue à s'établir. Au début, accès chaque semaine : maintenant, toutes les trois semaines. Circonférence au mollet : 0 m. 60 cm.

Membre inférieur gauche. — Atteint cinq ans après l'autre, a acquis en 5 ans les mêmes dimensions. Circ. : 0 m. 60 cm.

Deux petits ganglions subsistent, durs et mobiles, dans l'aîne.

Pas de microfilaire dans le sang. Mais le frère éléphantiasique dans le même état en présente d'abondantes.

N° 4. *Eléphantiasis des quatre membres et du scrotum.* — Homme, 55 ans environ, malade depuis 14 ans.

Hérité éléphantiasique nulle.

Les deux bras sont très volumineux : 39 et 40 cm. de tour. Les deux jambes le sont beaucoup moins. Le scrotum, qui atteignait le volume d'une tête d'adulte, a été opéré il y a 4 ans.

Début : *Membre inférieur droit.* — Adénite dans l'aîne droite, dure et dou-

loureuse. Cordon lymphatique le long de la face interne de la cuisse, de la jambe, et du pied. Crise initiale 2 jours.

La douleur commença par l'adénite. Elle se porta ensuite au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne. Puis elle remonta au genou, où elle rejoignit la première. Le malade est très explicite sur ce point (1).

La lymphangite n'apparut qu'après les deux jours de douleurs. Durant les crises qui apparurent ensuite, les douleurs survinrent régulièrement dans l'ordre indiqué. Lorsque les deux douleurs de la cuisse et de la jambe s'étaient réunies au genou, celle de la cuisse, et de l'adénite disparaissait, et la fièvre survenait.

Membre inférieur gauche. — Un ganglion apparut dans l'aîne du côté gauche trois mois après le début de la maladie. Crises semblables en tous points à celles du membre droit ; mêmes caractères de douleur, même ordre de celles-ci. Mais les crises successives des deux membres alternaient régulièrement : jamais ils n'étaient pris en même temps. Ces crises survenaient toutes les 3 semaines.

Scrotum. — Le scrotum ne fut pris que quatre ans après. Douleurs dans les deux aines à chaque crise, qui alternaient aussi avec celles des jambes. Jamais le scrotum n'était pris en même temps que celles-ci.

Le malade se fit opérer de cette tumeur.

Bras. — Aussitôt après, les deux bras furent pris simultanément tandis que la maladie cessait dans les jambes. C'est pourquoi aujourd'hui, soit 14 ans après le début de l'affection, ces dernières ne paraissent que peu atteintes en comparaison des bras.

Ceux-ci furent et sont toujours pris alternativement, un seul jour durant : le lendemain, le bras a augmenté de volume. Les crises ont lieu tous les 2 mois. C'est donc tantôt l'un, tantôt l'autre qui paye son tribut à la maladie. La fièvre ne dure chaque fois que quelques heures.

Actuellement, crises tous les 2 mois, avec douleurs aux mains et aux poignets, ainsi qu'aux avant-bras. C'est toujours la douleur aux mains qui précède la fièvre, de quelques heures seulement, exactement comme elle la précédait aux jambes.

15 microfilaires a périodiques et à gaine dans les préparations.