

FILARIOSE, CHYLURIE, etc.

PAR LE D^r MONCORVO FILS

Directeur-Fondateur de l'Institut de Protection et Assistance de l'Enfance.
 Chef de service de Pédiatrie de la Policlinique générale de Rio de Janeiro.

Sous le nom de *filariose de Wucherer* (Silva Araujo, Brésil) on désigne le groupe d'affections produites par la *filaire sanguinis hominis* découverte par Wucherer, à Bahia (Brésil), en 1866.

La *filariose* est une maladie particulière des régions tropicales qu'on peut observer aussi dans les zones voisines des tropiques.

W. Roberts, Bird, Bouchut et Proust ont cité l'existence de la *filariose* chez des individus qui n'avaient jamais quitté l'Europe.

Les pays où elle a été fréquemment signalée sont la Chine, l'Indoustan, l'Indo-Chine, les îles de Java, Bourbon, Maurice et Madagascar, la Colonie du Cap, l'Égypte et l'Australie. En Amérique, la *filariose* fut rencontrée dans l'Équateur, les Antilles (Cuba, Guadeloupe, Martinique, Saint-Domingue), les Guyanes française et anglaise, le Venezuela, le Chili et le Pérou. Au Brésil, elle a été autrefois plus fréquente qu'aujourd'hui. Il est très difficile de traiter ce sujet dans un chapitre spécial, parce qu'on ne rencontre pas en médecine un seul travail complet consacré à cette partie si intéressante de la pathologie infantile, même dans les pays où la maladie règne endémiquement.

Synonymie. — Grâce aux modalités morbides qu'elle affecte en clinique, les auteurs les plus anciens ont donné les dénominations les plus diverses à la *filariose*.

Pour Corre, par exemple, existait une *lymphémie endémique* sous la dépendance de laquelle étaient les *varices* (*angio* et *adéno-lymphocèles*), les *thromboses lymphatiques*, les *œdèmes*, les *lymphangites* et les *érysipèles spéciaux*, les *engorgements du testicule* et du *cordon* et les *décharges lymphoïdes* (lymphurie et hémato-lymphurie). Mahé a proposé pour ces manifestations la dénomination générale de *lymphoses* : Bonnel-Roncière, celle de *helminthiase* : la confusion causée par l'insuffisance de connaissances étiologiques étant très grande, un distingué médecin brésilien, Silva Araujo, qui a bien étudié le parasite découvert par Wucherer, a proposé le nom de *filariose de Wucherer*, désignation acceptée par Pedro Severiano de Magalhães, Azevedo Sodré, Moncorvo père et d'autres. Parmi les multiples dénominations données à la *filariose*, c'est ce nom que nous avons adopté depuis longtemps.

Historique. — L'histoire de la *filariose* peut être divisée en 5 périodes.

1^{re} Période primitive qui commence avec Sauvages, en 1675, ou Chapotain, en 1812; l'origine de la maladie était inconnue. Investigations de Klug,

Muller, Morgagni, Diemerbroeck, Vieussens, Alibert, Proust, Chevalier, Rayer et Sigaud; contributions des médecins brésiliens Julio de Moura, Valladao, E. Maia, Jose Bento da Rosa, Jobim, De Simoni, Meirelles et J. Reis.

2^o Période égyptienne. Commence en 1851 avec Bilharz, qui découvre le parasite *Distoma hæmatobium* (*Bilharzia hæmatobia* — Cobbold).

Viennent ensuite les études de Griesinger et Gubler, et celles des cliniciens brésiliens Catta-Preta, N. Gonzaga, Felix Martins, Pereira Rego, J. L. Costa, Autran, Nicolau Moreira et Pinheiro Guimarães.

3^o Période brésilienne. C'est celle de la découverte, par Wucherer, de la *filaria sanguinis hominis* dans les urines d'un malade atteint de *chylurie* (1866). De là datent les curieuses recherches et découvertes de divers médecins brésiliens, Silva Lima, Almeida Couto, Silva Araujo, Bernhaus de Lima, Pedro S. de Magalhães, dont les travaux ont été confirmés par Leuckart, Salisbury, S. Cobbold, Creveaux, Corre, Davaine, Balbiani, O'Neill, Manson, etc. Pour certains auteurs, Demarquay aurait, en 1865, à Paris, vérifié le nématode à l'examen microscopique du liquide d'une tumeur laiteuse des bourses.

4^o Période indienne, celle dans laquelle, en 1872, Lewis a signalé l'existence de la *Wuchereria filaria* dans le sang humain, découverte confirmée par P. Sonsino, O'Neill, Silva Araujo, Patrick Manson, Bancroft, W. Roberts, Winckel, Cobbold et M. Victorino Peirera.

5^o Période australienne. C'est celle de la découverte, en 1877, de la *filare adulte* par Bancroft, dans un abcès du bras d'un malade de Brisbane, confirmée par Cobbold, P. S. de Magalhães, Julio de Moura, Felicio dos Santos, P. Manson et d'autres. Dans cette période, Manson a vérifié la présence des *filaires* dans l'estomac du moustique *muricoca* (*Culex pipiens*) et Mackenzie a constaté la *périodicité* de la *Wuchereria filaria* dans le sang au moment du sommeil. Pedro Severiano de Magalhães a rencontré alors, dans une nécropsie qu'il faisait, en 1886, deux *filaires adultes* logées dans le ventricule gauche du cœur d'un enfant.

Les théories qui dominaient dans ces pays, où la *filariose* régnait, ont été celles du *chyle* (Carter), de la *lymphorragie* (Gubler), de l'*hématoxémie* (Valladao, Sigaud, Torres-Ilomem, Pereira Rego et d'autres), de l'*altération rénale* (Bird), de l'*innervation* (De Simoni) et la *théorie parasitaire* aujourd'hui la seule acceptée. La symptomatologie variée des modalités morbides causées par la *filariose* nous obligent à traiter séparément du *craw-craw*, de la *chylurie*, de la *lymphangite* et de l'*éléphantiasis*, etc.

CRAW-CRAW

Voilà une intéressante dermatose caractérisée par l'apparition d'une éruption de vésicules ou papules dont le liquide contient l'*embryon de filaire*. Cette affection fut signalée, en 1875, par O'Neill, en Afrique, et Silva Araujo, au Brésil. Les auteurs, qui ont décrit la maladie, ne disent rien de sa fréquence dans l'enfance. Je ne l'ai jamais rencontrée dans notre clinique de Rio de Janeiro. Le traitement antiseptique local paraît avantageux (Silva Araujo).

CHYLURIE

On ne doit pas confondre cette affection, aujourd'hui parfaitement connue, avec l'hématurie d'Égypte, due à la *Bilharzia hematobia*, ni aussi avec certaines hématuries de nature traumatique, calculeuse, diathésique, infectieuse ou d'autres.

Synonymie. — Hémato-chylurie, hématurie intertropicale (Sigaud); hématurie chylense (Creveaux); lymphurie (Gubler); albumino-pymélurie (Pereira Guimarães); pymélurie endémique des pays chauds (Bouchardat); polyurie caéuse (Alibert); pyurie laiteuse; urines laiteuses, chyleuses, caéscuses, lymphéuses, graisseuses; diabète laiteux, chyleux, albumineux (Jobini).

Étiologie. — Le facteur dominant de la chylurie est la *filaire de Wucherer*, laquelle, à l'état embryonnaire, est un ver filiforme, cylindrique, du diamètre d'un leucocyte et d'une longueur 60 ou 70 fois plus grande (Wucherer), ou 32 centièmes de millimètre de longueur sur 8 millièmes de millimètre de grosseur.

La *filare Bancrofti* est le ver adulte; la femelle a plus de 150 millièmes de longueur, et le mâle moins de 80 (P. S. de Magalhães).

Les *embryons* du parasite vivent dans le sang et dans l'urine chylense, les vers adultes dans le système lymphatique, pouvant être rencontrés dans le système sanguin (au cœur, P. S. de Magalhães); les *œufs*, dont la grosseur dépasserait celle des *embryons*, peuvent être rencontrés dans les tissus, les ganglions et les vaisseaux lymphatiques.

Le moyen de pénétration du ver dans l'organisme n'est pas bien connu; on a prétendu que l'eau servait de véhicule aux *œufs* et *embryons* de *filare*.

Pour Patrick Manson, il serait nécessaire que le *Culex pipiens* (moustique *muricoca*, Brésil) suçât le nématoïde du sang du malade. L'insecte ainsi infecté ne tarde pas à pondre et, peu après, meurt généralement à la surface de l'eau. Les dernières recherches de Manson et celles de Low montrent que les choses se passent tout autrement.

Au 7^e jour, les embryons gagnent le thorax du moustique, et au 20^e jour ils remontent jusqu'à sa tête. On pouvait donc supposer qu'ils descendaient directement du tube digestif du moustique dans les vaisseaux sanguins de l'homme (H. Polaillon).

Le *Culex pipiens* ne paraît pas être le seul agent de transmission de la *filariose*. On pense que l'anophèle est aussi capable de transmettre cette maladie (Polaillon).

Hérédité. — Quelques faits paraissent démontrer l'hérédité de la maladie (Cassien, Rayer, Creveaux, M. P. Gonçalves Silva, Almeida Couto, Martins Costa, Silva Lima, etc.). J'ai pu recueillir quelques cas qui parlent en sa faveur. P. S. de Magalhães conteste l'hérédité de la *filariose*.

Age. — Dans la littérature médicale, les cas de chylurie signalés chez les enfants ne sont pas très nombreux. Cependant Salesse affirme que, à

la maladie, Priestley a vu un cas de chylurie chez un garçon de 8 ans Amyot un autre.

Au Brésil, Torres-Homen a observé l'affection chez un enfant de 2 ans Felicio dos Santos chez un de 18 mois; Castro Rabello, sur 90 chyluriques, trouve deux enfants (un de 11 ans et un autre de 14 ans). Sur 48 000 décès d'enfants de 0 à 7 ans de la statistique démographique de Rio de Janeiro, de 1864 à 1886, on ne rencontre pas un seul cas de chylurie *craw-craw*. Pendant 5 années, le Bureau de l'hôpital de la Miséricorde de Rio de Janeiro, sur 22 726 petits malades traités, n'en donne qu'un 3 atteints de chylurie.

Pour notre part, sur plus de 15 000 enfants du Service de pédiatrie et de la Polyclinique générale de Rio, 2 seulement souffraient de l'affection. Au Dispensaire de l'Institut de protection et assistance de l'enfance, sur près de 6000 petits malades, aucun n'avait été affecté de chylurie. Sur 20 cas de chylurie de notre clinique, un appartient à un nouveau-né de 1 mois et un autre à un garçon de 12 ans; tous les autres malades ont plus de 19 ans.

Race. — Aucune race, même la noire, ne jouit d'une immunité complète.

Sexe. — On ne peut pas dire que la chylurie ait une prédilection pour l'un ou l'autre sexe.

Anatomie pathologique. — Encore mal étudiée. Pour quelques-uns, les reins seraient volumineux, blancs, dégénérés; pour d'autres, le cœur serait graisseux. Très communes seraient les dilatations sanguines et lymphatiques des reins, de la vessie, etc. Les urines chyluriques et le sang des malades contiennent des *embryons de filare*.

Symptomatologie. — La chylurie est une affection capricieuse, essentiellement chronique, quelquefois survenant sans prodromes, parfois suivie de douleur et pesanteur de la région lombaire, de malaise, etc. La caractéristique de l'affection, c'est la couleur laiteuse de l'urine.

Elle peut être de couleur café au lait, chocolat, sanguinolente, se coagulant presque toujours peu après l'émission. Voilà une observation de chylurie qui montre ce que nous venons de dire :

Alphonse, nègre, 12 ans, né à Rio, est venu demander mes soins le 14 janvier 1898. Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole à l'âge de 5 ans et variole à 7 ans. Pas d'autre maladie.

Sans cause appréciable, cet enfant a commencé à souffrir, il y a près de trois mois, à l'occasion de la miction, de spasmes vésicaux, accompagnés d'émission d'urines légèrement troubles, à peu près laiteuses et coagulables, jusqu'à présent, où elles se montrent tout à fait hémato-chyluriques.

Les examens microscopiques et chimiques de l'urine pratiqués alors ont donné le diagnostic en montrant une grande quantité de *filaires sanguiniferae hominis*. J'ai institué le traitement par l'ichtyol à la dose journalière de 50 centigrammes. Cette dose fut portée jusqu'à 2 grammes.

L'urine devint progressivement moins laiteuse et, 14 jours plus tard, elle était parfaitement normale.

Il y a encore à signaler...

La maladie marche quelquefois très lentement, sans le moindre accident, pendant de longues années. Dans certains cas, toutefois, on observe des phénomènes douloureux, coliques et strangurie par difficulté dans l'émission des caillots chyleux qui se forment dans la vessie et l'urètre. On a noté, dans quelques cas, des troubles digestifs. Dans d'autres, la *chylurie* se présente chez un individu porteur de lymphocèle ou d'autres complications.

L'observation suivante est très intéressante parce qu'elle se rapporte à un nourrisson d'un mois. Je ne connais aucun autre cas aussi précoce.

Le 12 juin 1891, j'ai examiné un petit enfant d'un mois, né à Rio, débile, dont la mère me demandait de guérir la diarrhée et la fièvre datant de la naissance.

Mère anémique, pâle, maigre, soumise, au 7^e mois, à une frayeur suivie de douleurs abdominales aiguës et périodiques qui aboutirent à un accouchement très pénible. L'enfant naquit en l'état de mort apparente et très congestionné. Le grand-père paternel et la grand-mère maternelle souffraient de néoplasies éléphantiasiques et le père avait une tuméfaction périodique des bourses, avec des crises lymphangitiques.

Ce que présentait de curieux, dès la naissance, ce petit enfant, était une tumeur de la bourse droite du volume d'un œuf de poule constituée par du liquide. La ponction donna un liquide complètement laiteux et se coagulant par le repos; en l'examinant au microscope, on y trouvait beaucoup d'*embryons de filaires*.

Quatre jours après la ponction, les urines, qui étaient parfaitement normales, se montrèrent brusquement chyleuses.

Au 5^e jour, le liquide de la bourse commence à se reproduire et les urines restent toujours laiteuses. C'était une *lymphocèle congénitale* compliquée de *chylurie*.

Quand il n'y a pas de complications (lymphangites, tumeurs lymphatiques ou tuberculose, association très fréquente), la maladie est bénigne, le malade pouvant vivre longtemps sans trouble de l'état général.

Traitement. — De nombreuses plantes ont été empiriquement recommandées par beaucoup de médecins brésiliens et même européens et américains; aucune ne s'est montrée efficace; les ferrugineux, le quinquina, les arsenicaux et les iodiques ont été très employés. Les bains de mer et le déplacement ont été utiles. Les anthelminthiques ont produit de bons résultats entre les mains de quelques observateurs.

L'extrait fluide de cotonnier a été essayé par Francisco de Castro. Le naphtol employé par Pacifico Pereira, la térébenthine par Guyon, le koussou, la fougère mâle, le thymol par Lawrie et Walsh et le bleu de méthylène par A. Flint, donnèrent de bons résultats.

Je suis convaincu de l'efficacité de l'ichtyol, méthode de traitement que je fus le premier à essayer dès le mois de janvier 1896, et que j'ai poursuivi depuis sept ans⁽¹⁾. J'ai traité jusqu'à présent 20 cas de *chylurie*; de 17 soumis au traitement par l'ichtyol, 10 sont guéris en un temps variable de 10 à 50 jours; 2 sont encore en traitement. Chez 4 le résultat fut inconnu, et finalement, chez un, la thérapeutique se montra absolument négative après plus de trois mois.

Mon procédé thérapeutique consiste dans l'application *intus* et *extra* de

l'ichtyol à doses progressivement croissantes, de 50 centigrammes à 4 grammes chez les enfants; en diminuant graduellement au bout de quelques jours lorsque les urines se montrent de plus en plus claires.

L'ichtyol a été toujours parfaitement toléré, même à haute dose, ayant administré à l'adulte jusqu'à 10 grammes par jour en capsules gélatineuses sans le moindre inconvénient. Pour l'usage externe, je fais toujours appliquer de la pommade ichtyolée à 10 ou 20 pour 100 en friction sur le bas ventre et à la région lombaire. Ma méthode de traitement a déjà très bien réussi dans les mains de quelques médecins brésiliens tels que Silva Araujo, Coelho de Magalhães, Werneck Machado et d'autres.

LYMPHANGITE

Ce processus morbide, résultant de la phlegmasie du système lymphatique par les agents irritants, peut être causé par la *filaire sanguini hominis*, plusieurs fois vérifiée, ainsi que par des microbes divers, principalement par le *streptococcus de Fehleisen*.

Les *lymphangites tropicales* sont fréquentes chez les enfants, comme nous l'avons observé à Rio de Janeiro, où sont rares celles de *nature filarienne*. Nous avons déjà prouvé, dans nos différents travaux⁽¹⁾, que la majorité des *angioleucites infantiles* étaient de nature microbienne.

Étiologie. — Patrick Manson, Lewis, Bancroft, Cobbold, Wucherer, Silva Lima, Silva Araujo et P. Severiano de Magalhães ont signalé plusieurs cas de *lymphangites tropicales* produites par la *filaire*.

Il fut même une époque où on n'admettait pas d'autre origine pour les angioleucites spontanées. Les recherches de Somerville, Patterson, Moncorvo père, Silva Araujo, Darier, Hirsh, Guiot, Tilbury Fox, Alfredo de Costa, Lewis, P. Manson et Bancroft nous ont conduit à procéder à des investigations sur la cause des *angioleucites tropicales* des jeunes sujets dans lesquelles on n'a pu rencontrer la *filaire*.

Les travaux bactériologiques de Billroth, Rosenbach, Cornil et Babès et plus particulièrement ceux de Verneuil et Clado en 1889 et de Sabouraud en 1892, m'ont encouragé à entreprendre, à cette époque, des recherches bactériologiques qui ont prouvé à l'évidence qu'un grand nombre d'*angioleucites tropicales* observées dans l'enfance sont produites par le *streptococcus de Fehleisen* et par d'autres germes pyogéniques. Fischer et Lévy, Bonome et Uffreduzzi, Achalmé, Follet, De Brun et d'autres ont confirmé nos études expérimentales.

Hérédité. — L'étude profonde du sujet nous fait connaître plusieurs cas de familles entières affectées du mal dans les différentes modalités, ce qui nous a conduit à admettre la possibilité de l'hérédité.

Age. — La *lymphangite* n'est pas très rare dans l'enfance, elle est moins commune chez les nourrissons. Nous avons observé beaucoup de ca-

(1) Sur le traitement de la chylurie par l'ichtyol. Les nouveaux remèdes, 1897. Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, 1891.

(1) De l'identité de la lymph. aiguë et de l'érysipèle. Recherches scientifiques, 1894. Congrès Pan-Américain, 1895. — Das lymph. na Infancia e suas consequências. Rio de Janeiro, 1896. — Sur les lymph. dans l'enfance.

angioleucites infantiles et nous avons publié même 35 observations originales.

Sexe. — La lymphangite ne semble avoir aucune prédilection pour l'un ou l'autre sexe.

Symptomatologie. — Nous avons proposé de diviser cliniquement les angioleucites comme il suit :

Protopathiques	{	<i>aiguës</i>	{	bénignes (locales).
		<i>subaiguës</i>		graves (intoxication générale).
		<i>chroniques.</i>		
Déutéro-pathiques	{	<i>Syphilis.</i>	{	staphylococcus (albus, aureus, citreus, cereus, etc.), streptococcus pyogenes.
		<i>Tuberculose.</i>		
		<i>Germes pyogéniques</i>		
Complicées. — <i>Paludisme</i> (lymphangite pernicieuse).				

Le premier groupe appartient aux cas où l'on rencontre des phénomènes de phlegmasie (œdème, douleur, chaleur, rougeur, etc.).

Les lymphangites graves se traduisent par des phénomènes généraux (fièvre élevée, convulsions, délire, etc.), dont l'acuité peut entraîner la mort.

La malaria ne peut jamais être incriminée dans l'étiologie des angioleucites; elle peut d'ailleurs se développer simultanément (lymphangite pernicieuse). Les formes subaiguës et chroniques arrivent, au bout d'un certain temps, à la néoplasie éléphantiasique. Dans ce cas, il n'est pas rare d'observer la récurrence de la lymphangite aiguë.

Traitement. — L'ichtyol doit constituer la base de la thérapeutique des angioleucites. Je le donne à l'intérieur, à des doses qui varient de 30 centigrammes à 2 ou 5 grammes, selon l'âge de l'enfant, en employant le sirop de cannelle. A l'extérieur, sous forme de pommade à 10 ou 20 pour 100. Contre la fièvre on peut administrer l'antipyrine, l'asaprol, l'equisémine ou la balnéothérapie; contre l'état saburral, du calomel; contre l'adynamie, la caféine, l'alcool à petites doses, la kola, etc.

ÉLÉPHANTIASIS

On doit distinguer l'éléphantiasis des Arabes de celui des Grecs qui est la lèpre. La néoplasie éléphantiasique, qui se présente sous la forme d'un œdème dur et élastique, est due à la néoformation du tissu conjonctif, à la dilatation vasculaire lymphatique, etc.

Étiologie. — Fréquemment l'éléphantiasis est précédé par des crises lymphangitiques aiguës, subaiguës ou chroniques. En règle générale le processus est éminemment chronique et peut avoir une marche qui dure des années.

Hérédité. — Elle paraît possible, d'après l'observation d'un certain nombre de cas cités par les auteurs et même les nôtres (Moncorvo Filho, *Das lymphangites na Infancia e suas consequências*. Thèse de Rio de Janeiro, 1896).

wirker, Bussey, Neelson, Everke, Knerg, Waitz, Lindsfors, Moure, Holme Wilson, Jordan, Spietshka, Coley, Nonne, Archambault, Raphael Sarra, Moncorvo père et Moncorvo fils); le Dr Moncorvo père a recueilli 12 cas d'éléphantiasis congénital qu'il a publiés.

Âge. — L'éléphantiasis peut être rencontré dès le premier âge et souvent à la puberté.

Sexe. — La maladie atteint également les deux sexes.

Race. — Quant à la race, il faut remarquer que la race noire ne jouit guère d'une immunité complète.

Anatomie pathologique. — Il y a peu de choses à dire de particulière à l'enfance sur l'anatomie de l'éléphantiasis. D'après les travaux de Virchow, Kulemampf, Esmarch et Moncorvo père, la néoplasie éléphantiasique peut se présenter sous 5 types anatomo-pathologiques : la forme scléreuse hypertrophique (localisée ou généralisée), fibromateuse pure, télangiectasique (avec prédominance du système vasculaire sanguin, comme les nævi, les vastes angiomes confluent développés dans l'épaisseur des tissus, épaisse secondairement ou lipomateux) et finalement la forme mixte lymphangitico-télangiectasique.

Les formes scléreuse et hypertrophique sont les plus communes dans l'enfance.

Symptomatologie. — Le phénomène capital est l'augmentation de la région, après des poussées répétées de lymphangites. Souvent le processus pathologique est sourd et le malade, sans perturbations sensibles, est surpris par l'œdème qui fréquemment peut atteindre des proportions énormes. Les sièges principaux de l'affection sont les membres, surtout les inférieurs, le pénis, le scrotum et la face.

Traitement. — Pour ce qui est de la thérapeutique de l'éléphantiasis, outre les moyens dirigés contre les crises lymphangitiques, le traitement doit consister dans l'administration des iodiques, l'iodure de potassium en particulier, et la compression élastique méthodique, concurremment avec le traitement par l'électricité. On recommande l'électrolyse, méthode brésilienne de Moncorvo père et Silva Araujo, dont les succès sont extraordinaires et bien connus. Voilà comment nous traitons les néoplasies éléphantiasiques.

Maladie du sommeil, lymphoscrotum et varices lymphatiques. — La maladie du sommeil, observée en Afrique et en Australie, fut attribuée par quelques auteurs notables à l'existence dans le sang de la filaire de Wucherer. Les dernières recherches portugaises paraissent démontrer l'origine microbienne de l'affection. Nous ne savons pas si on l'a déjà rencontrée dans l'enfance. Le lymphoscrotum est très rare et notre observation citée au chapitre de la chylurie en est un curieux exemple. Les varices lymphatiques ont été, de leur côté, très rarement observées chez les enfants.