

## D'Eugène Vinson à André Thiroux : de la filariose lymphatique à la peste, à l'île de La Réunion

Aubry P<sup>1</sup>, Gaüzère BA<sup>2</sup>

1. Centre René Labusquière, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, France

2. Service de réanimation polyvalente, CHR de La Réunion, site Centre hospitalier Félix Guyon, Saint Denis, Réunion, France

*Med Trop* 2010; 70 : 443-445

En 1899, André Thiroux, jeune médecin des colonies, en poste à Madagascar, met en évidence la présence à l'île de La Réunion du bacille de la peste chez un autochtone. La peste n'avait jamais été jusqu'alors dépistée à La Réunion, car confondue avec une forme clinique grave de filariose lymphatique : la lymphite infectieuse.

### La filariose lymphatique à La Réunion au XIX<sup>e</sup> siècle

Brygoo et Brunhes ont écrit en 1971 : « Si, dès 1834, A. Salesse dissertait sur l'hématurie ou pissement de sang observée à Maurice et à La Réunion, ce sont surtout les tumeurs lymphatiques qui frappèrent l'attention des premiers cliniciens » (1). Dès 1858, Mazaé Azéma, médecin de l'hôpital civil de Saint Denis de La Réunion, avait rapproché les urines chyleuses, les maladies du système lymphatique et l'éléphantiasis des Arabes (2), ce qu'il confirmera vingt ans plus tard en 1878 dans son *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds* (3).

L'origine filarienne de l'hématochylurie de Bourbon a été démontrée sans équivoque par Robin en 1873 à partir du dépôt d'urines d'un malade atteint d'hématurie chyleuse que lui avait envoyé Foncervines, médecin de la marine, en poste à La Réunion. Robin écrit : « Je viens de trouver dans ce dépôt les larves de filaires ou de stronges décrites par Wucherer et Leuckart [...] » (4).

Au XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs travaux ont été consacrés par des chirurgiens et des médecins de la marine à l'hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds ou hématurie tropicale, à la lymphangite endémique, à l'éléphantiasis.

Ainsi, en 1877, Eugène Vinson fait paraître dans les *Annales de Médecine Navale* un article intitulé « Contribution à

l'étude de la lymphite grave (maladie des glandes) à Maurice et à l'île de La Réunion » (5). Eugène Vinson, né à Sainte Suzanne de La Réunion en 1831, avait été admis à l'École de Médecine Navale de Brest en 1849. Après avoir servi à l'île de Nuku-Hiva dans l'archipel des Marquises en 1854, puis en Nouvelle-Calédonie (1855-1856), il démissionna de la Marine en 1857, revint à La Réunion en 1858 comme praticien civil, puis en 1872 s'installa à l'île Maurice où il travailla à l'hôpital de Moka jusqu'en 1905. Confronté à cette maladie au cours de ses différents séjours dans les îles, Vinson connaissait donc bien la lymphite, « la maladie des glandes », comme on l'appelle vulgairement.

Vinson écrit « La lymphite, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, spontanée ou secondaire, affecte deux formes types : l'une, franchement inflammatoire ; l'autre, infectieuse ». Il ajoute : « La lymphite superficielle, essentielle [...] caractérisait surtout la forme fébrile de l'éléphantiasis des Arabes, et ses lieux d'élection étaient : 1<sup>e</sup> les membres inférieurs, du coup de pied au genou, le bas de la jambe principalement ; 2<sup>e</sup> les organes génitaux-scrotum et même presque grandes lèvres ; 3<sup>e</sup> les seins ; 4<sup>e</sup> les avant-bras. On donnait et on donne encore vulgairement le nom d'érysipèle à cette forme de la maladie lymphatique ». Vinson complète l'étude de la lymphite superficielle en citant deux ordres de causes déterminantes : la lymphite superficielle spontanée et la lymphite superficielle traumatique. « Lorsque la lymphite est spontanée, elle est généralement une des manifestations de l'éléphantiasis fébrile [...]. Les ganglions lymphatiques auxquels aboutissent les vaisseaux qui forment la trame superficielle atteinte d'inflammation sont, le plus souvent, sensibilisés et engorgés et servent de barrière à la lymphite [...]. Lorsque la lymphite superficielle est née d'un traumatisme, des traînées rouges



Figure 1. André Thiroux. © Institut Pasteur de Madagascar.

apparaissent, qui conduisent parfaitement aux ganglions et éclairent le diagnostic. Elles ont la forme de rubans plus ou moins larges, étendus du point lésé (point suppuré quelconque) aux premiers ganglions ».

C'est bien là, dans la lymphite spontanée, la description clinique de la lymphangite inflammatoire de la filariose lymphatique, survenant sur des atteintes lymphatiques constituées (lymphoedème ou éléphantiasis).

Vinson décrit ensuite les principaux caractères de la lymphite profonde : « Dans la lymphite profonde, frisson initial plus ou moins prolongé, plus ou moins intense, absence de rougeur de la peau, même quand un lymphocèle est le point de départ de l'inflammation infectieuse, pas de bandes rouges le long des lymphatiques profonds, pas d'épaississement ni d'élargissement appréciable de ceux-ci, lors même qu'ils sont très douloureux ; acuité toujours beaucoup plus vive du symptôme douloureux dans les vaisseaux et les ganglions affectés, réaction intense ». Pour Vinson, « il n'y a pas à en douter, l'inflammation des lymphatiques profonds est une véritable infection de l'appareil lymphatique par du pus [...] ».

• Correspondance : aubry.pierre@wanadoo.fr

On peut s'interroger sur la nature de l'infection, cause de la lymphite profonde. Il ne s'agit pas, à l'évidence, de poussées inflammatoires dues au streptocoque d'un lymphoedème ou de surinfections, qui sont fréquentes une fois les atteintes inflammatoires filariennes constituées, réalisant les «dermato-lymphangio-adénites». La distinction entre lymphangite aiguë, dermo-hypodermite et érysipèle est d'ailleurs plus théorique que réelle puisque ces différentes entités ont un profil sémiologique monomorphe «une grosse jambe rouge aiguë fébrile», ce qui n'existe pas dans la lymphite profonde décrite par Vinson. La lymphite profonde n'est-elle pas une forme de peste?

### La peste à La Réunion au XIX<sup>e</sup> siècle

Elève de la première promotion de l'École de Santé Navale de Bordeaux (1890-1891), André Thiroux fut envoyé en 1894 à la Martinique où sévissait la fièvre jaune qu'il contracta et à laquelle il survécut. A son retour, il fit un stage à l'Institut Pasteur de Lille dans le laboratoire d'Albert Calmette, puis à l'Institut Pasteur de Paris dans le laboratoire d'Alphonse Laveran. En 1895-1897, il servit au Sénégal, puis au Soudan. Il fut désigné en 1898 pour Madagascar où il débarqua à Tamatave le 5 janvier 1899, alors que la peste y faisait son apparition. Devenu le premier directeur de l'Institut vaccino-gène et antirabique créé par Gallieni à Tananarive en 1898, il fut envoyé en mai 1899 en mission à La Réunion, appelé par le Dr Preux, Chef du service de santé, pour y étudier une maladie depuis longtemps connue sur place sous le nom de lymphangite infectieuse (6).

C'est donc un médecin doté d'une solide connaissance de la peste qui débarqua à La Réunion. Outre son expérience de la peste humaine à Tamatave, Thiroux, en pastorien, avait eu connaissance : de la découverte du bacille de la peste par Yersin en 1894, de l'identité de la peste murine et de la peste humaine établie également par Yersin, du rôle de la puce vectrice découvert par Simond en 1898, des travaux de Calmette, Yersin et Borrel sur le vaccin contre la peste d'abord étudié sur les lapins (1895-1896), puis appliqué à l'homme en 1897, et enfin des travaux sur le sérum anti-pesteux mis au point par les mêmes auteurs.

A peine débarqué, Thiroux autopsia un sujet décédé dans le quartier où s'étaient produits des cas suspects, établit formelle-

ment le diagnostic de peste ainsi que le caractère endémique, alors que pour les médecins locaux, il s'agissait de la première épidémie. Thiroux écrit : ce sujet «était porteur d'un ganglion crural douloureux à gauche, du volume d'une amande, dans lequel l'examen microscopique révélait la présence d'un coccobacille se décolorant par la méthode de Gram et présentant tous les caractères du bacille de Yersin [...]». Il ajoute «Deux expériences faites avec le sérum anti-pesteux de Yersin me permettent de déterminer exactement la nature pesteuse de l'affection (Ndlr : il s'agit d'expériences faites sur des souris) [...]. Ces différentes expériences permettent d'affirmer l'existence de la peste à La Réunion ; néanmoins, il faut expliquer pourquoi la maladie n'a pas pris la forme épidémique [...]. Il faut également rendre compte de la cause de l'absence d'épidémie véritable sur les rongeurs. A mon avis, les deux faits sont connexes : le peu de virulence du microbe pour les souris et les rats, qui ne peuvent expérimentalement être infectés, ni par piqûre, ni par ingestion, explique le peu d'extension de la maladie, les rongeurs en étant les principaux disséminateurs. Cependant, je crois qu'il faut admettre en même temps une autre cause : l'endémicité de l'affection, ayant peut-être amené une plus grande résistance chez les personnes et les animaux» (7).

Et pour prouver la réalité de cette endémicité, Thiroux suggère que certains cas de «lymphangite infectieuse» et de «bubons climatiques» précédemment rapportés à La Réunion n'étaient en fait que des manifestations de la peste bubonique passées inaperçues. Il écrit «la description clinique qu'en donnent en 1877 Vinson et en 1879 Mazaé Azéma semble bien correspondre à une description clinique de la peste» (7, 8). Il ajoute : «une seule objection peut être faite : c'est qu'une maladie infectieuse, telle que la peste, ne débute pas dans un pays sous une forme endémique ; j'ai donc recherché quelles étaient les dernières épidémies qui avaient sévi à La Réunion et à Maurice». Il cite l'épidémie de «relapsing fever» apparue à La Réunion en 1864 et rattachée par le Dr Mac Auliffe au paludisme. Il rapproche de la peste une maladie observée en Inde par un médecin anglais, Murchison, qui écrit : «On a observé dans l'Inde, une fièvre adynamique, rémittente, soupçonnée infectieuse, et plus connue sous le nom de Palidiscase ou de Mahamurée. On trouvera une excellente description de cette maladie dans le 2<sup>e</sup> édition du livre du Dr. Moorhead, Clinical researches on

diseases in India. Il suffit de dire ici que la maladie est supposée contagieuse et qu'elle a le caractère intermittent, avec une grosse tendance à devenir continue, et que les phénomènes adynamiques sont très marqués; l'éruption rubéolique et les pétéchies n'ont été observées dans aucun cas; mais dans un grand nombre, on a noté dès le début un gonflement glandulaire de l'aîne, de l'aisselle et du cou. La mortalité a été considérable» (7).

Et de conclure : «la maladie connue à La Réunion sous le nom de lymphangite infectieuse est bien réellement la peste à l'état endémique, et il existe dans la colonie un foyer jusqu'alors méconnu, puisqu'on peut suivre cette lymphangite à peu près depuis 1870 et que depuis cette époque on l'y a toujours constatée, présentant des recrudescences au moment de la saison fraîche». (7).

Cette découverte inattendue ne plût ni aux colons, dont le commerce et les déplacements s'en trouvèrent contrariés, ni à certains médecins de l'île qui niaient l'existence d'une infection qu'ils n'avaient pas diagnostiquée ou voulu reconnaître plus tôt.

Ayant trouvé la peste, ce qu'on ne lui demandait pas, Thiroux poursuit : «Il est probable que l'apparition de la peste à La Réunion remonte à 1864 et peut être même à une époque antérieure, puisque Follet y a étudié, en 1828, une épidémie présentant les caractères d'une septicémie et sur laquelle je n'ai pu trouver de renseignements sur place, mais qui a causé la mort de quatre cinquième des malades» (7).

Dans une lettre du 5 septembre 1899 à l'inspecteur général du Service de Santé des Colonies, le sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, le Docteur Emile Roux, confirmait que le germe isolé par Thiroux était bien le bacille de la peste. Le Ministre des colonies, Albert Degrais, transmettait cette lettre au gouverneur de La Réunion le 6 septembre, concluait : «[...] les malades atteints d'adéno-lymphite, soumis à l'observation de MM Preux et Thiroux, étaient incontestablement infectés de peste bubonique [...]»

### Conclusion

Comment n'a-t-on pas évoqué la peste devant le tableau de lymphite infectieuse décrit en 1877 par Vinson? La peste était pourtant bien connue des médecins européens depuis les grandes vagues pandémiques qui avaient atteint l'Europe aux XIV - XV<sup>e</sup> siècles («la peste noire, la mort dense») avec plus de 25 millions de vic-

times en Europe soit le quart de la population. Mais ni l'agent causal, ni les modes de transmission n'étaient alors connus. Par ailleurs, le distinguo nosologique entre les trois formes cliniques : bubonique, septicémique et pulmonaire, n'était pas établi, d'où la confusion autour du diagnostic étiologique d'une adénopathie. Néanmoins, certains médecins réunionnais avaient déjà suspecté une certaine parenté. Ainsi Thiroux notait-il : « [...] dans quelques cas, les symptômes décrits semblent si bien correspondre à ceux de la peste, que certains praticiens, fort clairvoyants, avaient désigné l'affection sous le nom de petite peste » (7). ■

## RÉFÉRENCES

1. Brygoo ER, Brunhes J. Historique de la filariose lymphatique à l'île de La Réunion. *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1971 ; 40 : 47-56.
2. Azema M. Considérations pratiques et étiologiques sur l'éléphantiasis des Arabes. *Gazette médicale de Paris* 1858 ; 13 : 24-6, 36-8.
3. Azema M. Traité de la lymphangite endémique des pays chauds. Saint Denis (Réunion). Typographie de Gabriel et Gaston Lahuppe ed. 1878, 145 p.
4. Robin C. in Variétés. *Arch Med Nav* 1874 ; 21 : 251-2.
5. Vinson E. Contribution à l'étude de la lymphite grave (maladie des glandes) à Maurice et à l'île de La Réunion. *Arch Med Nav* 1877 ; 28 : 22-35.
6. Girard G. André Thiroux (1869-1960). *Bull Soc Pathol Exot* 1960 ; 53 : 765-71.
7. Thiroux A. Rapport sur la lymphangite de La Réunion. *Ann Hyg Med Colon* 1899 ; 2 : 513-21.
8. Thiroux A. Peste endémique, bubons climatiques, lymphangite infectieuse de La Réunion et érysipèle de Rio. *Ann Inst Pasteur* 1905 ; 19 : 62-5.

## Lu pour vous



Quelque soit l'espace géographique ou historique dans lequel il s'inscrit, accueillir, maîtriser, soigner, sont les trois fonctions majeures et permanentes de l'hôpital.

L'histoire et la géographie se sont parfois rencontrés de façon abrupte mais quelque soit le regard que nous portons aujourd'hui sur l'histoire, l'objectif des hommes qui ont construit ces hôpitaux était l'amélioration de la santé et du bien être des populations.

Ces témoignages du passé ont été construits selon les modèles en vigueur dans les pays du nord mais ils ont été adaptés à leur nouvel environnement climatique, social et aux conditions locales d'exercice de la médecine ce qui en fait toute l'originalité.

Ces hôpitaux et les hommes qui les ont fait vivre ont participé à l'amélioration de l'état de santé dans ces pays.

Ainsi, ces témoins du passé ont fait partie de la vie sociale, médicale, économique et politique. À ce titre, il mérite notre attention et tous nos efforts pour être préservés.

C'est pourquoi à travers quelques exemples pris en Afrique de ce patrimoine méconnu nous avons souhaité le mettre en lumière.

Collection *Rives Africaines* dirigée par Caroline Gaultier-Kurhan



ISBN 978-2-914214-84-1  
Prix: 28 €

Sous la direction du Docteur Christian Mésenge

## PATRIMOINE HOSPITALIER D'AFRIQUE

ÉGYPTE - MAROC - SÉNÉGAL - BÉNIN



Parlant de la santé, il est généralement fait allusion à l'hôpital pour son suivi, son maintien et son amélioration. De ce fait, les systèmes de santé de par le monde et particulièrement en Afrique, ont souvent eu recours à des investissements croissants pour l'amélioration du système hospitalier. En conséquence, il est désormais un heureux constat que dans la plupart des pays de la région africaine on observe une certaine évolution du patrimoine hospitalier légué par la colonisation. Les bâti-

ments hérités de la colonisation sont rénovés et mieux équipés, d'autres centres hospitaliers sont construits pour répondre aux normes internationales en matière de système de soins curatifs et également à la croissance démographique. Les hôpitaux universitaires sont désormais des centres comportant des spécialistes autochtones bien formés et donnant des soins de qualité, réduisant de ce fait le nombre des évacuations sanitaires en dehors des pays, contrairement à ce qui se passait, il y a

quelques années. Quand bien même il faut se rendre à l'évidence que des efforts restent à fournir dans le sens de doter les pays africains d'un patrimoine hospitalier performant au même titre que ce qui se voit dans les pays développés, il faut tout de même reconnaître que des progrès ont été réalisés.

RAPP C

Le livre est disponible aux éditions Riveneuve est peut être acheté en ligne sur leur site (<http://www.riveneuve.com/>).