

LYMPHANGITE FILARIENNE

et

ELÉPHANTIASIS DES MEMBRES.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques, reconnaissant pour point de départ l'obstruction des ganglions par la *filaria sanguinis hominis* ou une certaine gêne de la circulation, est assez fréquente en Haïti. Comme toutes les autres lymphangites, elle peut être ramenée à deux formes : la lymphangite chronique et la lymphangite aiguë.

A. **Lymphangite chronique.** — La lymphangite chronique à cause de la lenteur de sa marche, de son évolution, mérite d'être encore appelée : lymphangite filarienne, forme lente.

Selon que l'obstruction occupe les lymphatiques profonds ou les superficiels, les lymphangites chronique et aiguë de la filariose comprennent deux variétés : la profonde et la superficielle.

De ces deux variétés, la superficielle est la plus commune. L'inflammation a déjà gagné les réseaux superficiels lorsque le médecin est appelé.

La lymphangite filarienne chronique évolue sans grand fracas, généralement sans fièvre. Sa marche est lente, insidieuse. L'individu qui fait de la lymphangite filarienne ignore le plus souvent qu'il est malade. De temps à autre il éprouve une certaine lourdeur d'un des membres ou des deux membres inférieurs qu'il attribue aux fatigues de la marche ou d'une longue station debout. *Il ne s'en occupe pas.*

Le mal continue ses progrès. Des lymphatiques profonds où il siègeait au moment de ce premier éveil, il ne tarde pas ou met très longtemps, six mois à deux ans, à gagner les réseaux superficiels. C'est alors que, sans cause appréciable, un *insignifiant effort toujours signalé par le patient*, s'allume l'incendie. Le membre est rouge, douloureux, lourd, tuméfié et force au repos.

La douleur est persistante et d'une grande acuité. Le rougeur se présente sous forme de véritables traînées correspondant aux vaisseaux lymphatiques enflammés. Elles sont séparées par des intervalles de peau saine ou bien l'on constate une rougeur diffuse, lorsque l'inflammation occupe les réseaux lymphatiques. La division en lymphangite tronculaire et lymphangite radulaire se retrouve donc ici.

Les ganglions de l'aîne peuvent participer à l'inflammation. On observe parfois des varices de la région très développées qui longent tout le membre.

En dehors de ces signes, l'aspect général du membre affecté ne change pas beaucoup, il est seulement plus gros, plus volumineux qu'à l'état ordinaire.

Pendant la poussée lymphangitique, mais en général à la suite de poussées successives assez nombreuses, il se peut produire la rupture d'un des troncs lymphatiques. La peau à ce niveau s'est amincie et a fini par donner passage à de la lymphe dont la quantité varie de quelques grammes à un litre et plus. Lorsque, dès le début d'une lymphangite filarienne aiguë, ce phénomène se produit, on peut s'attendre à voir s'installer l'éléphantiasis ou l'érysipèle. Il ne faudrait pourtant pas déduire de ce fait que l'éléphantiasis ou l'érysipèle d'origine filarienne représentent une étape secondaire dans l'infection filarienne. L'observation a en effet démontré qu'il n'en est absolument rien. La lymphangite filarienne peut n'aboutir jamais à l'éléphantiasis ou à l'érysipèle et ces deux affections s'installer pour ainsi dire d'emblée.

Dans la lymphangite lente, la température est exceptionnellement 38° et s'accompagne de sensation de froid.

La lymphangite filarienne n'existe pas seulement sur les membres inférieurs. On l'a notée au cou, à la poitrine, à la face, à l'abdomen, à la langue, au lobule de l'oreille. Les membres supérieurs, le scrotum, le prépuce, le pénis sont très fréquemment atteints chez l'homme.

La lymphangite filarienne est assez commune chez la femme. Nous l'avons rencontrée sur les grandes et les petites lèvres, sur les seins, les membres inférieurs.

B). **Lymphangite aiguë.**— La lymphangite aiguë, dite forme fébrile de la lymphangite filarienne, débute habituellement sans prodromes. Elle est accompagnée d'un état général plus ou moins accusé. Embarras gastrique, grand frisson, fièvre qui peut atteindre 40°. Sans les symptômes locaux, on croirait avoir affaire à un accès de fièvre paludéenne. Nous ne croyons pas nécessaire d'insister sur cette forme qui ne diffère de la forme apyrétique que nous venons de décrire que par la brusquerie de son début, la fièvre et l'importance que prennent les symptômes généraux. Les symptômes locaux sont identiques.

Diagnostic.— Les lymphangites filariennes, forme lente ou apyrétique, forme aiguë ou fébrile, sont parfois d'un diagnostic assez épineux. Bien des auteurs ayant observé dans les pays chauds, les ont confondues avec les lymphangites streptococciques, l'érysipèle et la lymphangite paludéenne dont jusqu'ici on n'a pas fait une étude assez consciencieusement scientifique et sur laquelle nous nous proposons de revenir dans un travail qui paraîtra ultérieurement.

L'examen du sang vient fixer le diagnostic. On se rapellera que le sang recueilli la nuit est celui qu'il importe de soumettre à l'analyse, si l'on veut échapper à toute cause d'erreur.

On ne négligera pas la marche de la maladie, son évolution clinique qui diffère de ce qui s'observe dans les diverses autres espèces de lymphangites connues.

La persistance de la douleur, la direction des travées rouges, la marche lente, insidieuse, apyrétique de la maladie, le plus souvent entrecoupée de phénomènes congestifs : lourdeur du membre, l'écoulement de lymphes, l'augmentation persistante du volume du membre sont d'un concours puissant pour asseoir, en dehors de tout examen microscopique, un diagnostic précis. Les lymphangites filariennes fébriles accompagnent ou précèdent quelquefois un accès de colique filarienne ; le doute dans ce cas n'est pas possible.

Les médecins qui pratiquent dans les pays chauds ne manqueront pas de faire un examen aussi complet que

possible quand il s'agit de lymphangite. La précision du diagnostic dépend souvent de la manière dont le patient a été observé. S'écarter de cette règle serait commettre une grave faute, car la lymphangite dont le diagnostic général est si facile offre parfois de grandes difficultés au point de vue du diagnostic étiologique.

Eléphantiasis des membres.— L'éléphantiasis d'origine filarienne est une affection à évolution assez curieuse. Il y a deux formes cliniques d'éléphantiasis imputables à l'entozoaire de DEMARQUAY.

La première forme que nous appelons forme lente de l'éléphantiasis et que certains auteurs, parmi lesquels il faut citer H. BRODIER, considèrent comme l'aboutissant de la lymphangite filarienne chronique, présente un ensemble de symptômes qui lui sont propres et lui créent une physionomie spéciale.

Nous dénommons la deuxième forme éléphantiasis aigu à cause du grand fracas qui l'accompagne et de la rapidité excessive de sa marche.

L'un des caractères les plus constants de l'éléphantiasis des membres inférieurs est sans conteste le développement exagéré de la partie malade.

Dans la première forme clinique, le membre affecté peut atteindre un volume considérable sans présenter aucun symptôme autre qu'une gêne dans la marche, une certaine lourdeur du membre. L'éléphantiasis, lymphangite chronique du membre, peut être chronique d'emblée ou encore s'installer après une série de poussées lymphangitiques aiguës, de plus en plus rapprochées. La fièvre peut faire défaut surtout dans le premier cas. D'autres fois, lorsque la maladie progresse par poussées aiguës, on constate de la rougeur, de la chaleur, de la tuméfaction du membre, une température oscillant entre 37° 8 et 39° 5. La langue est légèrement saburrale ; il y a des troubles gastro-intestinaux variant d'intensité selon le degré ou l'âge de l'infection.

L'augmentation de volume est le symptôme qui attire le plus l'attention. La partie malade ne tarde pas d'ailleurs à

prendre des dimensions considérables. On constate, en même temps, que les vaisseaux lymphatiques sont de consistance dure, élastique. Ils peuvent se rompre ou être le siège d'importantes varices.

Les poussées lymphangitiques, quand elles doivent aboutir à l'éléphantiasis, durent en général assez longtemps. Leur durée varie de 6^{hs} à 48^{hs}.

Au début et dans l'intervalle des poussées lymphangitiques, la peau de la région ne change pas beaucoup d'aspect. Souvent elle semble normale bien qu'habituellement unie, lisse et luisante. Dans l'intervalle des poussées, il existe toujours un certain œdème dur, élastique, ou parfois un œdème mou plus marqué. La peau est difficile à pincer.

Lorsque la maladie est de date ancienne, sous l'influence des poussées congestives répétées, il se fait une ou plusieurs ruptures de vaisseaux lymphatiques qui laissent écouler une abondante quantité de lymphes. La peau prend un aspect particulier qui l'a fait comparer à celle de l'éléphant : épaissement considérable, changement de coloration, plis et sillons nombreux, développement considérable de la couche épidermique et des papilles, rareté des poils, dilatation des orifices des glandes sébacées. L'examen du sang conduit le plus souvent au diagnostic de la cause.

Eléphantiasis des membres d'origine filarienne (forme aiguë ou fébrile). — Le début de la forme aiguë de l'éléphantiasis des membres peut être facilement confondu avec celui d'une poussée de lymphangite aiguë. L'attention se portera de préférence vers l'éléphantiasis que nul autre symptôme n'annonce encore si, à ce moment déjà, on constate de nombreuses ruptures de lymphatiques donnant issue à une grande quantité de lymphes.

Cette rupture prématurée des vaisseaux enflammés est un indice rarement trompeur. La multiplicité des solutions de continuité change considérablement l'aspect du membre. La lymphe écoulee au dehors atteint souvent une telle quantité qu'elle jette rapidement l'organisme dans une anémie excessive capable de mettre la vie en danger. La

peau s'épaissit, elle est parcheminée et présente de nombreux sillons correspondant le plus ordinairement aux vaisseaux lymphatiques. La lymphe s'écoule par ces sillons et vient baigner la surface externe du membre.

L'épaississement de la peau s'explique par la stagnation de la lymphe dans les tissus que traversent les lymphatiques, à l'exsudation de la lymphe au travers des parois ou à la rupture des vaisseaux qui ont cédé à la pression continue exercée par un apport sans cesse croissant de lymphe et à la difficulté de sa circulation par suite de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques par les larves d'une filaire adulte et surtout par les œufs pondus par cette filaire.

Cette conception n'est d'ailleurs pas nouvelle. Elle concorde absolument avec les vues de MANSON sur la manière de se comporter de la lymphe dans les lymphangites et l'éléphantiasis d'origine filarienne à la suite des ruptures des lymphatiques enflammés. Le volume du membre, comme dans la première forme d'éléphantiasis, ne tarde pas à s'accroître dans de notables proportions.

Traitement. — Les lymphangites et l'éléphantiasis sont passibles du même traitement. Le sulfate de quinine, le changement de climat, la compression ont été recommandés presque unanimement par les auteurs. L'*élixir de Pensylvanie*, (SÉJOURNÉ) l'*élixir de Virginie* donnent parfois de bons résultats.

LE LYMPHO-SCROTUM.

Définition. — Le lympho-scrotum est une affection d'origine filarienne caractérisée par la rougeur de la peau des bourses, par la dilatation variqueuse des lymphatiques et par la présence, sur le trajet des vaisseaux dilatés, de vésicules herpétiformes remplies d'un liquide de nature lymphatique.

Géographie. — Le lympho-scrotum est commun dans les pays intertropicaux. On l'observe aux Indes, à Calcutta, Bombay, aux Iles Ceylan, aux Antilles (Cuba, Jamaïque,

etc.) Il semble moins fréquent en Haïti que les autres manifestations de la filariose.

Historique — Cette maladie a été étudiée pour la première fois en 1858, par ARDASEER JANSETJSE et WONG, DE CANTON. Peu après, LEWIS, FAYRER et MANSON, WANDIKE CARTER, MAC LEOD, TILBURY FOX, FERNAND ROUX, etc. y ont ajouté des aperçus nouveaux. M^r le Dr LÉON AUDAIN, dans différents mémoires sur la filariose et surtout dans un article paru dans la « *Lanterne médicale*, » a contribué à faire connaître l'existence de cette affection dans notre pays.

Description. — Le lympho scrotum atteint aussi bien les enfants que les adultes, mais il frappe ces derniers avec une plus grande fréquence. Cette affection évolue quelquefois lentement et procède par poussées. Souvent même le malade qui en est atteint porte sa maladie pendant des années sans en être incommodé. Le premier accès de lympho-scrotum a lieu parfois sans phénomènes généraux ni douleur. Et la maladie ne trahit son existence que par l'apparition sur le scrotum de petites vésicules qui, au bout de quelques jours, se rompent et laissent écouler un liquide qui n'est autre chose que de la lymphe.

Mais cette modalité clinique n'est pas la règle. Le lympho-scrotum n'a pas toujours une allure aussi bénigne. La scène s'ouvre dans bien des cas avec brusquerie. Le malade est pris subitement au cours d'une santé satisfaisante de fièvre précédée de frissons violents : La température atteint 38°, 39° et même 40°. Il existe en même temps de la céphalalgie, des douleurs au creux épigastrique, des douleurs dans les bourses avec irradiations dans les aines et les cuisses. La langue du malade est saburrale. Si à ce moment on examine le scrotum, on note que la peau est chaude. Le scrotum a une coloration rouge lie-de-vin. Cette rougeur scrotale n'est pas localisée; elle s'étend à la verge et souvent gagne de proche en proche la peau de la région iliaque. Les lymphatiques superficiels du scrotum sont turgescents et dilatés. « Ils se contournent et se dirigent en divers sens. Ils sont séparés les uns des autres par

des sillons. Ces canaux ainsi contournés présentent des parties dilatées et rétrécies. Les portions dilatées ne le sont pas régulièrement, de sorte qu'on ne peut pas dire que ces canaux soient moniliformes. Chaque dilatation est le siège de dilatations plus petites séparées par des sillons moins marqués que le précédents. Cette disposition au niveau de chaque grande dilatation présente l'aspect d'un paquet de petites ectasies.

L'un des vaisseaux dilatés peut atteindre un volume considérable. Chez un malade opéré par le Dr LÉON AUDAIN une des varices avait atteint le volume d'un doigt. HENDI rapporte aussi l'observation d'un malade chez lequel le calibre d'un vaisseau lymphatique dilaté admettait facilement l'introduction d'une grosse plume.

La peau du scrotum est semée de vésicules dont les dimensions varient depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Ces vésicules, qui ont l'aspect de vésicules d'herpès, se rompent à un moment donné. Leur rupture est due sans doute à l'amincissement de la peau qui finit par céder sous la pression du liquide épanché.

Ce liquide est blanc ou rosé. Recueilli dans un vase, il devient rouge au bout de 10 à 15 minutes. Il forme tantôt une seule couche, tantôt il se divise en deux couches : l'une supérieure, qui a une coloration jaune citrin, l'autre inférieure épaisse formant un coagulum qui est rouge. Densité de liquide : 1010. Il contient de l'albumine, des cellules lymphatiques, de la graisse, etc. L'examen microscopique révèle presque toujours la présence dans ce liquide de larves de la *filaria sanguinis hominis*.

La lymphorrhagie n'a pas les conséquences fâcheuses des grandes pertes sanguines. Un grand écoulement de lymphe ayant duré 24 heures n'a guère impressionné l'état général d'un de nos malades. Cependant le patient éprouve un peu de malaise, s'il était déjà antérieurement débilité. La quantité de liquide épanché est quelquefois considérable : un médecin ayant pratiqué dans l'Inde en a pu recueillir plusieurs litres. Pendant deux jours, un malade opéré par le Dr AUDAIN a présenté une lymphorrhagie con-

tinue qui força en plusieurs fois de changer les draps du lit.

Lorsque la lymphorrhagie cesse, les vésicules s'affaissent et disparaissent. Ces vésicules présentent une particularité intéressante au point de vue du diagnostic. Dans la station debout, on les voit augmenter de volume et s'affaisser lorsque l'individu est dans la position horizontale. La même remarque est à faire au sujet des vaisseaux dilatés.

Complications. — Les désordres observés au cours de cette affection ne restent pas toujours localisés au scrotum. Dans bien des cas, outre l'épaississement et l'allongement des bourses, on constate que le cordon est également pris : il est douloureux et l'on sent sur toute sa longueur un ou plusieurs lymphatiques dilatés. Le lympho-scrotum peut s'accompagner d'autres manifestations de la filariose génitale.

Le testicule est également intéressé dans quelques cas par le *processus* inflammatoire : il est douloureux et on observe même un épanchement de lymphes dans la vaginale (hydrocèle chyleuse).

Les lymphatiques de la région crurale, ceux situés dans le voisinage du ligament de Poupart, les ganglions de l'aîne sont quelquefois engorgés (adéno-lymphocèle crurale). Les ganglions sont spongieux et réductibles à la pression.

Marche — Durée — Terminaison. — Une première poussée de lympho-scrotum est généralement suivie d'autres accès qui laisseront entre eux des intervalles plus ou moins longs. Les accès ont des durées variables : 2 à 8 jours au plus. La fièvre qui marque presque toujours le début des accès dure de 24 à 48 heures. Puis elle cesse brusquement et le malade éprouve un apaisement général : les différents symptômes s'amendent. Après chaque crise, les bourses vont en augmentant de volume jusqu'au jour où leurs dimensions deviennent une infirmité et la répétition des accès un ennui pour le malade. A ce moment-là, une intervention chirurgicale s'impose.

Pronostic. — Le pronostic du lympho-scrotum repose sur la fréquence de la répétition des accès. Plus ceux-ci seront fréquents, plus la santé du malade sera altérée. L'hygiène,

le port d'un suspensoir, la compression méthodique rendent des services incontestables au malade. La chirurgie seule le débarrasse de son mal.

Diagnostic. — La rougeur et la tuméfaction des bourses, la présence des varices et des vésicules, la lymphorrhagie, l'examen microscopique du liquide épanché, la marche générale de la maladie permettent un diagnostic sûr.

Quand on suit le malade, on ne peut pas confondre le lympho-scrotum avec l'éléphantiasis des bourses. Dans cette dernière maladie, la peau est crevassée, rugueuse, épaissie. Son épaississement peut être si considérable qu'il est impossible de délimiter les organes situés dans la profondeur.

ÉLÉPHANTIASIS DES BOURSES.

Définition. — L'éléphantiasis des bourses est une maladie causée par l'oblitération et l'organisation des lymphatiques du scrotum et caractérisée par l'épaississement considérable et la pigmentation de la peau et l'augmentation du volume des bourses.

Historique. — L'étude de l'éléphantiasis a été faite depuis longtemps. C'est encore aux médecins de l'Inde que nous devons les premières descriptions de cette maladie.

En Europe, VIRCHOW, REINDFLEISCH, TEUCHMANN, NEPVEU, CORNIL, RANVIER, etc., ont contribué à faire connaître son anatomie pathologique.

Etiologie. — L'éléphantiasis d'origine filarienne reconnaît pour cause les troubles survenus dans la circulation lymphatique. L'obstruction des vaisseaux est complète, permanente et n'est point compensée par la lymphorrhagie comme dans le lympho-scrotum. Une action mécanique directe ou l'adéno-lymphite oblitérante amène généralement cette obstruction lymphatique. Comment expliquer cette obstruction par action mécanique directe?

Bien que ce mécanisme soit incriminé par un grand nombre d'auteurs, il est encore impossible de dire comment il agit pour produire l'obstruction.

Quelques expérimentateurs, entre autres MORNO, DUPUYTREN, TH. ANGER, COLIN, ont essayé de produire l'éléphantiasis en liant le canal thoracique. Le résultat est resté négatif pour une raison facile à s'expliquer: il semble qu'il ne suffit pas seulement que le canal thoracique soit obstrué, il faut aussi que la circulation lymphatique collatérale soit dans un état de gêne profonde. Ces conditions étiologiques n'ont pu être réalisées jusqu'ici. Nous pensons aussi que la pénurie de la circulation *vicariante*, — si l'expérience pouvait la produire complètement — ne serait pas encore suffisante. L'éléphantiasis est due également aux modifications morbides des parois des vaisseaux blancs et au processus irritatif qui atteint en même temps le tissu conjonctif ambiant.

C'est ici le moment d'examiner les relations existant entre l'éléphantiasis et le lympho-scrotum. Ces deux états morbides sont-ils, comme le pensent FAYRER, TILBURY COX, FERNAND ROUX, des degrés divers d'une même maladie?

Bien que ce dernier auteur ait consacré deux chapitres distincts à la description de ces deux processus, il s'est fait le défenseur convaincu des idées de FAYRER et de COX, et conclut en faveur de l'unité des deux affections. Au point de vue pathogénique toutes les manifestations filariennes reconnaissent une même cause déterminante: c'est l'obstruction lymphatique. Cette obstruction lymphatique est dans certains cas *presque complète*; dans d'autres cas, *complète et absolue*. Il n'y a de variable dans toutes ces maladies filariennes que leur mode d'évolution qui change suivant les régions et les territoires organiques affectés. L'obstruction des vaisseaux lymphatiques arrive en général de deux façons distinctes: 1^o la filaire adulte s'insinue dans le calibre d'un vaisseau lymphatique et l'obstrue; 2^o ou bien la filaire avorte: au lieu d'embryons, elle pond des œufs. Ces œufs, comme nous le savons déjà, ont un plus grand diamètre que celui des hématies et obstruent le vaisseau lymphatique. La filaire adulte, de même que les œufs, par action de présence, irritent les parois vasculaires qui s'enflamment.

Eh bien, dans l'éléphantiasis comme dans le lympho-scrotum, il y a obstruction. Mais cette obstruction est complète et absolue dans l'éléphantiasis et presque complète dans le lympho-scrotum.

Peut-on s'appuyer sur ce fait pour prouver l'unité des deux affections?

Tout au plus la différence de degré de l'obstruction lymphatique établit entre elles un lien de parenté pathogénique que nous ne nions pas. Mais ces deux maladies, une fois constituées, conservent chacune cliniquement et anatomopathologiquement son individualité propre.

Cependant on nous objectera que le lympho-scrotum se transforme en éléphantiasis. Cette objection a son importance; mais l'éléphantiasis n'est pas une terminaison fatale du lympho-scrotum. Il faut des circonstances spéciales, il faut l'apparition d'éléments morbides surajoutés (processus irritatif de la peau, poussée lymphangitique franche compliquant le lympho-scrotum) pour que cette transformation ait lieu.

L'on sait aussi que l'éléphantiasis s'établit bien souvent sournoisement, sans réaction générale, après une période de gonflement et d'œdème mou par place de la peau.

En outre, l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis a des caractères qui le différencient nettement du lympho-scrotum.

Tandis qu'ici l'on ne découvre comme lésion matérielle que l'état variqueux des lymphatiques, dans l'éléphantiasis, il y a un travail d'organisation qui vient s'ajouter à l'ectasie des vaisseaux: hypertrophie de la couche épidermique, transformation fibreuse des éléments du derme et prolifération conjonctive.

Le premier peut aboutir au second, mais le second peut naître indépendamment du premier.

L'éléphantiasis du scrotum est aiguë ou chronique d'emblée. Dans le premier cas, elle succède à des poussées successives de lymphangite scrotale et sa symptomatologie est celle des poussées lymphangitiques aiguës.

L'éléphantiasis chronique est précédée d'une période de

gonflement et d'épaississement œdémateux. Le volume des bourses s'accroît progressivement, grossit au point d'avoir une circonférence de deux mètres. On rapporte le cas de malades qui traînent leurs bourses sur une brouette. Les bourses sont en forme de gourdes allongées et descendent quelquefois jusqu'aux genoux et même jusqu'aux talons. La peau a perdu son poli et son aspect normal. Elle devient dure au toucher, elle est rugueuse, mamelonnée, bouslée et rhagadée; elle est comme capitonnée.

A une deuxième période plus avancée, la peau est crevassée et présente des ulcérations. La verge disparaît au milieu de ce processus hyperplasique et l'urine qui s'échappe du canal de l'urèthre baigne constamment la peau.

Les sécrétions des surfaces mélangées à l'urine dégagent une odeur fétide, incommode pour le malade.

Le volume considérable des bourses constitue pour lui une véritable infirmité. Cette hypertrophie des bourses, en effet, rend le coït impossible et est un obstacle à l'exercice de la vie sociale.

ADÉNO-LYMPHOCELE.

Les dilatations variqueuses des lymphatiques ou lymphangiectasie (lympho-adénocèles, varices tronculaires, varices réticulaires) ont été pour la première fois rapportées aux manifestations de la filariose, en 1894, par L. AUDAIN (d'Haïti) du moins pour ce qui concerne le varicocèle lymphatique.

De nombreux travaux ont été publiés sur les dilatations des lymphatiques de 1826 à 1896; mais aucun n'a établi d'une façon péremptoire la relation de cause à effet entre l'existence de la filaire et les troubles pathologiques observés.

Dès cette époque (1894), L. AUDAIN a décrit la marche clinique du varicocèle lymphatique dont nous aurons à nous occuper plus loin, avec une précision scientifique et une exactitude complète.

Symptomatologie. — Les dilatations variqueuses permanen-

tes des lymphatiques sont des manifestations tardives de la filariose.

Quand elles se présentent à l'observation, déjà le système lymphatique général de la région est pris. Rarement aussi s'observent-elles comme unité pathologique. Le plus communément, c'est à la suite d'une poussée lymphangitique aiguë ou lente des membres inférieurs; à la suite de poussée de colique filarienne avec participation testiculaire (varicocèle lymphatique ou chyleux) que se déclare l'ectasie lymphatique.

L'adéno-lymphocèle d'origine filarienne est rarement simple; elle s'accompagne de varices tronculaires ou de varices réticulaires, souvent, le plus souvent des deux à la fois. C'est une affection à évolution en général lente et indolore.

L'adéno-lymphocèle d'origine filarienne est unilatérale ou bilatérale. Elle s'observe plus souvent à gauche qu'à droite, particularité très intéressante et qu'il importe de retenir.

Elle peut occuper la région inguinale ou inguino-crurale et en imposer pour une hernie de l'une de ces deux régions. Parfois l'adéno-lymphocèle se présente sous les apparences d'une petite tumeur régulière, lisse, indolente, de la grosseur d'une grosse noix.

La peau de la région est lisse. Elle glisse sur la tumeur que l'on peut déplacer facilement en la maintenant entre deux doigts (pouce et médium); il n'y a pas d'adhérences profondes. Parfois aussi l'adéno-lymphocèle est multiple; on a deux, trois petites tumeurs de la grosseur d'une noisette chacune, indolores à la pression, réductibles. Leur volume augmente graduellement avec le temps. Lorsque les tumeurs sont petites, la réductibilité est difficile à constater. H. BRODIER prétend que la tumeur peut atteindre la grosseur d'un poing.

L'aspect de ces tumeurs peut varier suivant les individus ou mieux suivant l'âge de la maladie.

Tantôt elles sont régulières, molles, dépressibles, tantôt un peu plus résistantes, imparfaitement réductibles; au toucher, on a la sensation d'une masse qui *serait formée d'un*