

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*

amas de petits tubes durs, irrégulièrement pelotonnés auxquels font suite des vaisseaux lymphatiques ectasiés, présentant sur leur trajet des dilatations variqueuses assez remarquables et suivant des directions nombreuses.

Habituellement la peau est normale. Elle peut être charginée, rouge, tuméfiée. La position horizontale ou verticale, la toux n'ont point une influence considérable sur le volume de la masse ganglionnaire hypertrophiée qui, dans les cas d'adéno-lymphocèle inguino-crurale, peut occuper toute la région du pli de l'aîne.

Les fatigues musculaires, au contraire, la marche, les efforts brusques et violents produisent une augmentation sensible de leur volume.

Le plus généralement, ces tumeurs évoluent sans fracas. Dans certains cas cependant, il se produit de véritables crises douloureuses. La région est d'une sensibilité extrême; le moindre attouchement provoque une douleur telle qu'elle force le patient à s'aliter. La douleur est persistante et peut durer de trois à huit jours.

La fièvre est constante. La température s'élève rapidement, atteint 39°, 40°. Elle est précédée ou accompagnée de grands frissons ou de sensations de froid. Une abondante transpiration remplace quelquefois le frisson.

Le patient « ne se supporte pas »; il a des malaises qui se traduisent en nausées, en abondantes transpirations froides. On note quelquefois de l'inappétence, de la diarrhée, des vomissements abondants. La diarrhée ne cesse généralement qu'avec les douleurs. Pendant les accès le patient urine souvent et peu à la fois. Rien de particulier dans les urines.

H. BRODIER rapporte un cas signalé par Fox où l'adéno-lymphocèle coexistait avec l'ascite. Le matin, dit H. BRODIER, la tumeur ganglionnaire était moins volumineuse, l'ascite était considérable dans la journée: à mesure que la tumeur reprenait son volume normal, l'ascite décroissait et était à peine marquée, quand le malade se couchait.

Cette constatation clinique prouve que tout le système lymphatique, depuis le canal thoracique, jusqu'aux réseaux superficiels participent de la gêne circulatoire. L'ascite

mentionnée dans l'observation de Fox est une ascite filarienne.

L'obstruction du canal lymphatique partout où elle se produit peut donner lieu soit à une transsudation de lymphes à travers les parois du vaisseau obstrué et enflammé, ou provoquer même la rupture du vaisseau et donner lieu à un écoulement de lymphes. Les lymphatiques du péritoine n'échappent pas à cette règle. Nous ne voyons là que la reproduction du phénomène assez courant qui s'observe dans l'écoulement lymphogène pendant les accès lymphangitiques des membres, dans le lympho-scrotum et l'éléphantiasis des bourses et des membres inférieurs.

C'est par le même mécanisme que MANSON et AUDAIN expliquent la chylurie et l'hémato-chylurie dans la filariose vésicale.

La même opinion a été soutenue par R. MONIEZ dans son *Traité de parasitologie* paru récemment (1896).

L'ascite chyleuse qu'on observe assez fréquemment au cours de la filariose, dit-il, s'expliquerait également par un simple obstacle mécanique de la lymphes. Il importe de dire cependant que l'ascite chyleuse d'origine filarienne est d'observation rare en Haïti.

L'évolution de l'adéno-lymphocèle est lente.

Il se fait dans quelques cas une rupture des vaisseaux circonvoisins de la masse ganglionnaire donnant lieu à une abondante transsudation lymphogène à travers la peau de la région. La lymphes qui s'écoule au-dehors peut être évaluée à deux, trois, quatre cents grammes. Elle peut atteindre un à deux litres. Dans ces cas, on ne tarde pas à constater un affaiblissement notable de l'organisme qui est profondément anémié.

Traitement. — Il est purement chirurgical. Praticqué selon la technique opératoire de L. AUDAIN, l'opération donne d'excellents résultats. Elle est simple lorsque la masse ganglionnaire est petite; assez délicate, au contraire, lorsque cette masse est volumineuse.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DANS LES CAS DE GROSSES ADÉNO-
LYMPHOCÈLES INGUINO-CRURALES

par le Docteur Léon Audain.

Existe-t-il en chirurgie des méthodes opératoires ?

Il y a certes des procédés applicables à des cas plus ou moins semblables, dont la connaissance peut nous faciliter certaines opérations; mais ces procédés, par l'infinie variété que présente le plus souvent la même opération, se trouvent en défaut et ce sont justement ces surprises de chaque heure qui font de la chirurgie un art des plus intéressants et des plus passionnants.

Le chirurgien me fait l'effet d'un général d'armée. Celui-ci doit posséder à fond les théories indispensables aux mouvements combinés d'énormes masses d'hommes, de chevaux, de canons, de matériel d'approvisionnements et d'ambulances.

Il doit savoir les règles qui président à l'attaque et à la défense; il doit arrêter, avant de s'engager dans une lutte où son honneur est en jeu, son plan d'attaque ou de défense.

Mais que de fois n'est-il pas obligé par la force des circonstances de modifier, sinon dans son ensemble, du moins en des parties fort importantes, la conduite qu'il s'était tracée !

Qu'importe, si, par son sang-froid, la rapidité de ses décisions, l'habileté de l'exécution, il arrive néanmoins, sans trop de dommage pour ses propres troupes, au but qu'il s'était proposé ? Tel l'opérateur.

Il doit dans le cours de l'opération pouvoir, sans même que l'assistance s'en aperçoive, changer ou modifier son plan d'attaque générale, suivant les difficultés qu'il rencontre sur son chemin, suivant les imprévus qui peuvent se dresser devant lui.

Il doit savoir attaquer de front une position qu'il peut enlever de front, contourner la position, si cela est nécessaire, combiner ses attaques, exécuter, s'il le faut, d'habiles

mouvements tournants et cela avec sûreté, rapidité, élégance et propreté.

La chirurgie qui, au début peut-être, était un *art manuel*, comme l'indique son nom, est devenue par les progrès incessants qu'elle a faits, un *art intellectuel*.

Dans le cours d'une opération, le cerveau travaille infiniment plus que la main.

Je ne puis avoir par conséquent la sotte présomption d'imposer à qui que ce soit une *méthode* chirurgicale. Qu'il me soit permis seulement de dire les règles générales qui, dans des cas d'adéno-lymphocèles inguino-crurales importantes, m'ont permis de bien conduire l'opération à fin.

Le tracé de l'incision me semble avoir une grande importance. Si pour une grosse adéno-lymphocèle inguino-crurale, par exemple, on mène une incision *simple* partant de l'arcade de FALLOPE et descendant plus ou moins bas, parallèlement à l'axe de la cuisse, on court presque inévitablement à un échec. Les gros lymphatiques sont coupés ou déchirés pendant la dissection de la peau; la lymphe coule à flots; on perd un temps précieux à pincer les lymphatiques que les pinces elles-mêmes dilacèrent.

L'incision qui me paraît la meilleure est la suivante: tracer une ligne parallèle à l'arcade de FALLOPE, plus ou moins loin de cette arcade suivant les cas; des deux extrémités de cette ligne, mener une ligne, plus ou moins parallèle à l'axe de la cuisse et descendant aussi bas qu'il le faut pour dépasser l'extrémité inférieure de la tumeur.

Il est une précaution des plus indispensables à prendre; il faut que ces incisions soient faites en *tissu sain*, assez loin des lymphatiques, pour qu'on n'ait aucune crainte de les blesser avant l'heure. L'incision en profondeur doit atteindre l'aponévrose.

Ceci posé, le but à atteindre est le suivant: rabattre ce large lambeau rectangulaire de haut en bas.

Pour cela, dégagez les bords du lambeau d'abord en haut, avec *les doigts* de préférence. Lorsque vous vous sentirez arrêté par *quelque chose* qui semble adhérer à

la profondeur, reprenez le travail en dehors, si vous le voulez et agissez de même avec les doigts jusqu'à ce que vous éprouviez la même résistance.

Passez alors au côté interne, décollez la tumeur le plus possible sur toute la longueur de votre ligne d'incision. Attendez-vous cependant à être encore arrêté.

Il n'en est pas moins vrai que la tumeur attaquée de trois côtés successivement sera en grande partie séparée de l'aponévrose fémorale. Vous pouvez déjà la rabattre et essayer de voir ce qui, des trois côtés, vous a arrêté un moment dans votre œuvre de décollement.

Vous remarquerez que ce sont de gros lymphatiques qui traversent plus ou moins verticalement le *fascia cribriformis*, mettant en communication la masse superficielle avec les lymphatiques profonds.

Aidé de la vue, ce qui alors est possible, que votre doigt détache lentement de ce tronc les troncs qui lui sont accolés. Il y arrivera avec un peu de patience et d'habileté.

A ce moment, faites passer autour de ce tronc anatomique votre aiguille de DESCHAMPS armée d'un catgut assez fort et enserrez-le dans un nœud solide.

Avant de sectionner, placez sur le tronc une pince longue, de façon à interrompre par ce bout aussi l'écoulement de la lymphe; coupez alors entre la pince et le catgut.

Attaquez de tous côtés de la même façon ces troncs qui vous avaient arrêté.

Leur section faite, vous décollez encore une certaine masse de la tumeur.

Si vous trouvez, après ce premier temps, d'autres troncs plus centralement placés qui font encore obstacle au décollement, agissez à leur égard, comme vous venez de faire pour les autres, et, peu à peu, progressivement, vous détacherez votre tumeur de toutes ses adhérences profondes.

L'opération est presque achevée. Il ne reste plus qu'à placer des nœuds de catgut ou provisoirement des pinces sur les gros troncs venus de la partie inférieure de la cuisse pour isoler entièrement la tumeur.

Ceci fait, détachez-la de la face profonde de la peau, avec laquelle elle a pu contracter quelques adhérences.

Si un lymphatique se rompt à ce moment, vous n'avez guère à vous en préoccuper, puisque la tumeur est déjà cernée de tous côtés.

Après une bonne antiseptie, remettez votre lambeau en place; fixez-le par un aussi grand nombre de points de suture que nécessaire. Placez un drain dont l'extrémité sortira par l'un des angles inférieurs de votre plaie et faites un bon pansement antiseptique avec spica en huit de chiffre un peu serré.

Faut-il s'occuper des lymphatiques profonds, les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements?

Je crois la chose absolument inutile: l'opération précédente m'a paru suffisante pour amener une guérison durable.

Faut-il poursuivre les lymphatiques superficiels de la partie inférieure de la cuisse et de la jambe?

La chose est encore inutile, car j'ai observé que ces lymphatiques disparaissaient d'eux-mêmes après l'opération, sans doute par coagulation de la lymphe dans le tronçon inférieur.

Dans la poursuite inutile des lymphatiques profonds, on court risque de blesser la veine fémorale, ainsi que j'ai eu l'occasion de le voir faire par un de mes confrères. Dans le cas que je rapporte, le bistouri m'ayant été alors confié, j'eus le plus grand mal à arrêter l'hémorragie, car la déchirure de la veine se trouvait juste en face de la fémorale profonde. La ligature placée sur la fémorale superficielle était forcément insuffisante. Je ne me rendis maître de l'hémorragie qu'en ligaturant également le tronc de la fémorale profonde.

En suivant la technique que j'indique, on évitera cette complication aussi grave qu'émouvante.

FILARIOSE MAMMAIRE.

L'histoire médico-chirurgicale des affections parasitaires du sein ne s'est occupée jusqu'à ce jour, à part les maladies microbiennes proprement dites, que des kystes hydatiques et de l'actinomyose du sein. Malgré nos patientes recherches, nous n'avons trouvé, signalée ni décrite chez aucun auteur, la filariose mammaire. En un mot, la littérature médicale est muette; et ce chapitre, que nous sachions, n'a pas encore été décrit, du moins dans les classiques. Nous essayons de l'esquisser à grands traits n'ayant d'autre guide à consulter que quelques observations recueillies par nous en Haïti et une importante leçon clinique de notre maître, M. le Dr LÉON AUDAIN.

La *filaria sanguinis hominis*, de même que l'échinococcus et l'actinomyces, peut choisir comme terme de ses longs voyages la région mammaire et se loger dans les vaisseaux lymphatiques ou les ganglions où aboutissent les lymphatiques du sein et déterminer par sa présence des troubles filariens.

Les voies par lesquelles le parasite s'insinue dans la mamelle sont diverses. D'abord, il nous paraît logique d'invoquer ici la théorie de l'infection par l'eau de boisson, pour expliquer l'arrivée du parasite en ce point.

Les étapes du chemin à parcourir sont les suivantes. Les larves de filaire précédemment ingérées avec l'eau de boisson, passent de la cavité intestinale dans le système de la veine porte qui est reliée aux mammaires internes par de nombreuses ramifications veineuses et aboutissent enfin par voie de contiguïté aux lymphatiques mammaires. Ou bien, ce qui est encore possible, la larve de la filaire émigrerait du canal thoracique à la région mammaire en suivant la voie des lymphatiques des parois thoraciques qui sont au nombre des affluents du canal thoracique.

L'insuffisance des documents et le peu d'observations que nous avons à notre disposition ne nous permettent pas de préciser la part de l'âge dans l'étiologie de la fila-

riose mammaire. En tout cas, il nous est permis de supposer que la période d'activité de la glande mammaire a une assez grande importance au point de vue du développement de l'affection. Chez une femme dont nous avons recueilli l'observation, la maladie a débuté vers l'âge de 25 ans. Le phénomène de l'effort apparaît, toujours, comme cause occasionnelle de l'apparition de la maladie.

Il est bon de souligner, dès maintenant, que ce « phénomène » de l'effort ne manque presque jamais dans les autres formes de filariose, qu'il nous sera donné d'étudier dans ce travail. Le phénomène de l'effort est donc le symptôme précurseur de tous les autres accidents qui constitueront la *crise filarienne*.

La filariose mammaire revêt deux formes : aiguë et chronique.

Dans la forme aiguë, la douleur qui ne manque jamais fait suite au phénomène de l'effort. Cette douleur a une certaine acuité et présente ce caractère spécial de s'irradier au bras correspondant. La durée de la douleur est de 2 ou 3 jours; cependant elle peut être plus longue. Lorsqu'elle persiste pendant 20 ou 30 jours, il faut penser à la formation d'un abcès, accident commun dans les cas de poussées lymphangitiques filariennes des membres inférieurs.

L'évolution de la maladie se fait avec ou sans fièvre; les vomissements au début sont ordinairement la règle. Le sein, dès la première poussée, a augmenté de volume; il est rouge, tuméfié, douloureux à la pression. L'auréole est rouge, étalée; les lymphatiques auréolaires sont dilatés, variqueux, et font des saillies bien nettes sous la peau (lymphangiectasie auréolaire). Entre les dilatations existent des sillons plus ou moins irréguliers. Ces varices auréolaires en imposent parfois pour des dilatations veineuses. Mais la confusion n'est guère possible si l'on se donne la peine d'un examen sérieux.

Dans la filariose mammaire, la méthode de palpation présente une certaine particularité qu'il faut connaître, afin de se mettre à l'abri de toute méprise. C'est que les

lymphatiques superficiels ne sont pas toujours les seuls intéressés. Lorsque l'adéno-lymphocèle axillaire est bien constituée, l'obstruction porte ses effets aussi bien sur les lymphatiques profonds de la mamelle, périacineux et intralobulaires, ainsi que l'a si bien décrit le Dr LÉON AUDAIN, que sur les vaisseaux de la peau. En palpant le sein uniquement avec les doigts, on éprouve la sensation de tumeurs multiples, de véritables néoplasmes.

De cette façon, on est facilement induit en erreur et conduit à diagnostiquer lipôme ou fibrôme du sein quand il ne s'agit vraiment que de dilatations des vaisseaux blancs périacineux. On évitera une erreur de diagnostic, si dans ces cas, l'on a soin d'appliquer la paume de la main à plat sur la mamelle et d'étaler celle-ci plus ou moins fortement sur la paroi thoracique; s'il s'agit réellement de néoplasmes du sein, on éprouvera de nouveau les sensations perçues par le palper ordinaire. S'agit-il, au contraire, de filariose mammaire, sous l'influence de la pression exercée par la main exploratrice, toute sensation de tumeur disparaîtra.

Dans le cours de la filariose mammaire, un ou plusieurs ganglions de l'aisselle sont hypertrophiés. Cependant, le plus ordinairement, il y a un ganglion qui présente un volume plus gros que celui des autres. Et, chose remarquable, le tronc lymphatique qui dessert ce ganglion est également plus gros et tuméfié. Cette particularité bien intéressante a conduit le Dr L. AUDAIN à penser, dans sa clinique sur la filariose mammaire, que la filaire adulte a probablement élu domicile dans ce ganglion dont l'obstruction détermine l'ectasie tronculaire.

M. le Dr LÉON AUDAIN a fait la même remarque au sujet des ganglions lombaires dans les cas de filariose génitale.

Forme chronique.— La filariose mammaire devient chronique après une ou plusieurs poussées aiguës. Le sein dans la forme chronique subit la loi générale à tous les organes touchés par la filaire: il s'épaissit et augmente de volume. L'hypertrophie est parfois si considérable que le sein descend jusqu'au niveau de la ligne ombilicale ou même plus

bas. La peau qui, à la période aiguë, avait conservé son poli, devient mate, chagrinée, épaisse et ne glisse plus avec autant de facilité qu'à l'état normal sur les parties profondes. C'est l'éléphantiasis filarienne du sein.

Complication.— Une complication intéressante de la filariose mammaire signalée et décrite par le Dr AUDAIN dans sa clinique sur la filariose mammaire, est la *mastite*. Cette mastite est aiguë, sub-aiguë, ou chronique. Elle atteint parfois une telle acuité, qu'elle domine pour ainsi dire, à certains moments, toute la maladie.

Se produit-elle dans la forme *banale* ou *cutanée* de la filariose mammaire? La chose n'est pas impossible, mais elle n'est pas d'observation courante.

Dans le cas qui fit l'objet de la belle clinique d'AUDAIN, il s'agissait d'une forme rare, la *forme profonde*. Le sein était volumineux. Les lymphatiques superficiels très dilatés, surtout dans la région auréolaire; les lymphatiques profonds considérablement ectasiés. Lorsque par la pression du sein à plat, on réduisait le volume des lymphatiques, on sentait des nodosités plus ou moins volumineuses, dures, disséminées dans l'épaisseur du sein gauche où siégeait la filariose, nodosités qui étaient l'indice certain et le vestige de poussées de mastite plus ou moins ancienne.

Diagnostic.— La lymphangite filarienne mammaire ne peut être confondue avec l'éléphantiasis.

La rougeur de la peau, la dilatation et la tuméfaction douloureuse des vaisseaux lymphatiques, l'existence des sillons ne permettent pas de confondre les deux maladies. L'erreur est possible jusqu'à un certain point quand il s'agit de varices sanguines. « Mais la rareté des varices sanguines du sein ne saurait entrer en ligne, puisque les varices lymphatiques sont au moins aussi rares; le début brusque de la filariose mammaire, sans traumatisme, à la suite d'un simple *effort*; l'intensité des symptômes de la première heure, le frisson, la fièvre ne vont pas avec l'idée d'une phlébite initiale, qui aurait plus tard suppuré. Voyons ce qui se passe dans une phlébite de la saphène, pour

prendre un vaisseau superficiel et facile à observer. Elle peut s'établir sans frisson, sans fièvre et l'on constate une rougeur suivant la direction du vaisseau et un cordon plus ou moins dur.

« La fièvre peut s'allumer, si la suppuration s'établit, mais les phlébites suppurées ne courent pas les rues.

« La tuméfaction n'est considérable que lorsque l'endophlébite arrête la circulation d'un membre ou d'un segment de membre avec assez de rapidité pour que la circulation n'ait pas eu le temps de se rétablir par les anastomoses. La phlébite guérie par résolution ou par périphlébite suppurée, tout rentre dans l'ordre en un temps plus ou moins long et si par hasard, les individus conservent pendant quelque temps une tuméfaction générale du membre de nature œdémateuse, vous ne voyez pas se produire, sauf de rares exceptions, de grosses varices des membres. S'il en est ainsi des membres, pourquoi en serait-il différemment de la mamelle où les varices sont autrement difficiles à se produire ?

Et si d'autre part, tous les symptômes se rapportent bien à la filariose, si le début est bien celui de la filariose, si la marche est essentiellement celle de la filariose, pourquoi les dilatations de vaisseaux, que nous constatons dans le cours d'une semblable maladie, pourraient-elles être étiquetées « dilatations sanguines ? » (Filariose mammaire, Dr AUDAIN).

Remarque.

(Docteur Audain).

La filariose se comporte au niveau de la mamelle de la même façon que partout ailleurs.

Deux cas peuvent se présenter : l'oblitération ganglionnaire est incomplète ou bien l'obstruction est totale.

Dans le premier cas, la circulation lymphatique se fait encore ; les ganglions correspondant aux lymphatiques

cutanés seuls sont pris ; vous avez affaire dans ce cas soit à la *lymphangite aiguë* du sein à répétition dont il vient d'être parlé et peut-être à un certain degré de lymphangiectasie profonde, qui cliniquement nous échappe, ou bien à la forme chronique cutanée hyperplasique, connue sous le nom d'*éléphantiasis du sein*.

Dans d'autres cas, certes beaucoup plus rares, tel que celui qui a fait l'objet de ma clinique sur la filariose mammaire, vous avez affaire à une *adéno-lymphocèle axillaire* totale pour la partie ganglionnaire correspondant à la mamelle, adéno-lymphocèle à la suite de laquelle on voit se produire la *lymphangiectasie totale* des vaisseaux blancs de la mamelle, superficiels et profonds. La peau participe naturellement à l'hypertrophie générale. Cette affection, pour rare et curieuse qu'elle soit, n'offre donc rien d'original du côté de la mamelle au point de vue pathogénique.

Lorsque l'adénopathie filarienne est limitée au groupe des ganglions axillaires correspondant aux membres supérieurs, ce sont ceux-ci, comme je l'ai observé maintes fois, qui offrent les lésions éléphantiasiques et lymphangiectasiques.

Dans la filariose génitale, c'est encore le même processus pathogénique : adéno-lymphocèle lombo-aortique entraînant la dilatation de tous les lymphatiques dépendant de ce groupe ganglionnaire, d'où varicocèle lymphatique et dilatation des lymphatiques testiculaires.

Même remarque pour l'adéno-lymphocèle inguino-crotale et les lymphangiectasies des membres inférieurs.

FILARIOSE VÉSICALE.

L'envahissement du système lymphatique de la région vésicale par la filaire de DEMARQUAY provoque un ensemble de troubles auxquels nous donnons le nom de filariose vésicale.

Les auteurs ont employé des termes différents pour désigner cette même manifestation filarienne : hémato-chylu-