

tumeur sans trop la comprimer, elle me donna nettement la sensation de petits *boyaux mollasses*, qui se déplaçaient sous les doigts. En exerçant une certaine pression, la tumeur se réduisait en très grande partie, pour se reproduire, dès que cette pression cessait. Lorsque le malade était couché, la tumeur était moins tendue sans pourtant disparaître. Elle était surtout tendue dans la station verticale et à l'occasion des efforts.

Le malade dit ressentir une certaine pesanteur dans la région, qui le gêne beaucoup. Le testicule gauche est également augmenté de volume, moins pourtant que le droit. Les ganglions du triangle de Scarpa sont dilatés du côté droit.

L'examen du sang révèle de nombreuses larves de filaires. Après quelques jours de repos, la tumeur avait notablement diminué de volume. Elle donnait au palper une sensation de tumeur très molle, sans caractère bien défini, se confondant insensiblement vers la partie inférieure avec l'hydrocèle. »

La symptomatologie analysée et développée dans le chapitre diagnostic complètera d'une façon très satisfaisante l'observation qu'on vient de lire.

#### PATHOGÉNIE.

Nous ne saurions mieux faire, pour expliquer le mode de production de la colique filarienne, que de donner ici la description pathogénique faite par le Dr LÉON AUDAIN dans les différents travaux qu'il a publiés sur la filariose génitale.

« La filaire-mère pénètre dans un des troncs lymphatiques testiculaires. Que va-t-il se passer? Verrons-nous se produire une poussée d'œdème considérable, comme dans les cas d'éléphantiasis des bourses? La tumeur, une fois constituée, ira-t-elle en augmentant sans cesse? Evidemment non. Les conditions anatomiques des deux organes sont trop différentes, pour que l'aspect clinique de leurs affections ne varie point.

Le scrotum, la verge, le prépuce, sont desservis par les ganglions inguinaux internes au nombre de *deux*. Le testicule est pourvu de huit à *dix troncs lymphatiques* se rendant dans les ganglions lombaires.

Il est compréhensible, d'après les données de l'anatomie, que la gêne et la suppression de la circulation lymphatique scrotale soient plus aisées que pour le testicule.

Qu'une filaire-mère vienne à se loger dans le système lymphatique testiculaire, deux cas peuvent se produire : ou bien la circulation sera simplement entravée dans l'un des troncs, ou elle sera interrompue. Dans le premier cas, on constatera du côté du testicule une *certaine* gêne de la circulation lymphatique, caractérisée par de la tuméfaction, de la douleur, et souvent par un épanchement dans la vaginale (forme orchitique).

Au bout d'un temps assez court, la circulation lymphatique se rétablissant par les anastomoses, toute douleur cessera.

La glande néanmoins conservera un volume supérieur au volume antérieur à cause de l'épanchement de lymphes qui s'est fait dans le tissu conjonctif.

Qu'il y ait oblitération totale, la gêne sera plus grande, les douleurs plus violentes, la tuméfaction plus marquée. Mais comme le testicule n'est pas un organe extensible *l'effort va porter non seulement sur les radicules lymphatiques, mais sur toute la partie du tronc située au-dessous de l'obstacle.*

Si on se rappelle le trajet abdominal des troncs lymphatiques du testicule, on comprendra que les douleurs produites par cette distension intérieure suivent une direction assez analogue à celles qu'on observe dans la colique néphrétique et que le tableau clinique soit presque identique dans ces deux affections (forme urétrique ou colique filarienne.)

Il importe également de ne pas négliger les irradiations par action réflexe; celles-ci se produisent du côté opposé et rendent bien compte de la sensibilité de l'autre testicule, des douleurs que le malade accuse le long de l'autre ure-

tère, des phénomènes spasmodiques du col vésical et de l'anus. Suivons maintenant des yeux le trajet des veines, artères spermatiques et des troncs lymphatiques testiculaires qui les accompagnent.

En un point de son trajet, ce paquet vasculo-lymphatique croise la direction de l'uretère au-devant duquel il est placé. Quoi d'étonnant, dans ces conditions, que les vaisseaux gorgés de lymphe, distendus, exercent une compression sur l'uretère, capable d'*interrompre momentanément le cours de l'urine, d'éveiller des douleurs qui suivent dès lors réellement* les irradiations de la colique néphrétique et d'offrir tous les symptômes fonctionnels observés dans cette maladie?

Est-ce simplement une hypothèse? Rapportez-vous à mon observation II, vous verrez que le malade est resté pendant toute la *période suraiguë sans uriner et que la vessie percutée n'avait paru vidée ou à peu près* et qu'au moment où les douleurs cessèrent, l'urine pût être retirée de la vessie en assez grande quantité: un demi-litre en une fois.

Ce processus pathogénique explique donc bien la symptomatologie que j'ai faite de la forme urétérique de la filariose testiculaire. Elle rend aussi bien compte de la forme orchitique, comme on l'a vu plus haut.

La poussée d'hydrocèle simple qu'on constate presque toujours dans ces cas ne doit pas nous étonner. La circulation sanguine peut être en effet, elle aussi, gênée par la tuméfaction des troncs lymphatiques, d'où extravasation séreuse dans la vaginale. Il ne s'agit là, du reste, que d'une simple extravasation: j'ai eu soin de faire remarquer dans le cours de mon travail que l'épanchement qui accompagne les poussées orchitiques n'est jamais considérable. » (LÉON AUDAIN).

Après cette étude pathogénique de la poussée de colique filarienne, il est utile d'indiquer la pathogénie du varicocèle lymphatique, ainsi qu'AUDAIN l'a exposé dans sa « *Leçon clinique sur la filariose génitale, (Port-au-Prince, 1899)* » :

Les différents cas qu'il nous a été donné d'observer ou d'opérer nous permettent d'affirmer que lorsque la filaire siège dans le territoire lymphatique d'un testicule, toutes

les parties lymphatiques sont prises depuis les radicules lymphatiques testiculaires jusqu'aux ganglions lombaires.

Dans les observations parues en 1894, nos malades présentaient de la colique filarienne ou quelques irradiations douloureuses vers la région lombaire (cas d'orchite filarienne), ce qui, pour moi, est une preuve que le processus ectasique s'est fait sentir plus ou moins fortement sur les troncs testiculaires dans leur trajet abdominal en même temps que dans le testicule.

Chez les deux malades, opérés de varicocèle, l'un par ALBARRAN, en 1895, l'autre par moi, en septembre 98, il a été facile de constater *de visu* que l'ectasie des lymphatiques ne s'arrêtait pas à l'orifice externe du canal inguinal, mais se prolongeait dans la cavité abdominale, aussi loin que la ligature pouvait être portée.

Enfin, vous avez pu voir, chez le malade que je viens d'opérer, 29 septembre 1899, que *bien que rien d'anormal n'ait semblé exister du côté du cordon*, nous avons trouvé en ce point des lésions très marquées des lymphatiques testiculaires, consistant en une ectasie telle qu'avant de faire la ligature, il m'a fallu m'assurer par la dissection qu'il s'agissait réellement de lymphatiques et non d'une anse vide d'intestin hernié. *Considérés séparément*, ils se gonflaient sous l'influence des efforts, et dépassaient la grosseur du pouce. Et vous avez pu voir, Messieurs, cette ectasie exister bien au-delà de l'orifice externe du canal inguinal.

Par conséquent, MM., prenez pour ce qu'elles valent les différentes formes cliniques que j'ai décrites. Il faut bien vous montrer les manifestations d'une maladie sous les différentes variétés qu'elle peut revêtir pour vous éviter tout embarras au lit du malade; mais dites-vous bien que, quelle que soit la variété clinique de la filariose génitale à laquelle vous avez affaire (je ne parle naturellement pas de l'éléphantiasis du scrotum et de la verge), *tout le système lymphatique testiculaire est malade, est ectasié*, depuis les radicules jusqu'aux ganglions lombaires. Dans la colique filarienne qui, au point de vue clinique, représente à notre esprit un effort de la maladie plus spécialement localisée

dans la partie abdominale des troncs lymphatiques testiculaires, l'ectasie porte non-seulement sur cette portion des lymphatiques et sur les radicules lymphatiques au niveau du testicule, comme le prouvent la tuméfaction et les douleurs testiculaires, mais encore sur la portion intermédiaire, sur les lymphatiques du cordon. L'anatomie pathologique vient de nous le démontrer.

De même, Messieurs, le varicocèle lymphatique ne va pas en général sans lésion des lymphatiques testiculaires et sans ectasie de la portion abdominale des troncs lymphatiques testiculaires.

De même enfin, la forme dite orchitique s'accompagne d'ectasie des troncs jusqu'au niveau du siège de l'obstacle, c'est-à-dire probablement au niveau des ganglions lombaires. Car il ne faut point regarder la tuméfaction testiculaire comme une manifestation absolument locale de la filariose : c'est un indice de la gêne générale de la circulation lymphatique du testicule.

Mais pourquoi ces manifestations cliniques variées ?

Elles tiennent, selon moi, à deux facteurs principaux : la pression intérieure de la colonne lymphatique et le degré de résistance des canaux lymphatiques.

Observez la marche clinique de la filariose génitale. Dans presque toutes les observations que j'ai publiées, vous noterez que le testicule est toujours en jeu. Il se tuméfie, devient douloureux, la peau des bourses même rougit ; frisson, fièvre, etc. Les phénomènes douloureux s'apaisent ; une nouvelle poussée se produit plus ou moins longtemps après ; mais, fait capital, après les poussées, le testicule reste gros.

Je vois là, Messieurs, une analogie frappante avec ce qui se passe du côté des membres. Rappelez-vous, en effet, que sous l'influence de la gêne circulatoire lymphatique, dans le cas de lymphangite du membre inférieur, le malade est pris de frisson, de fièvre ; et que vous notez du côté du membre de la *tuméfaction*, de la chaleur, de la douleur, de la rougeur, et qu'après l'accès, si vous n'avez soin d'exercer une sage compression, le membre reste gros.

Vous constatez alors facilement une tuméfaction des ganglions inguino-cruraux. Les troncs lymphatiques intermédiaires aux ganglions tuméfiés et aux radicules lymphatiques *forcés* sont sinon dilatés, mais sous pression : cela est indubitable.

Et remarquez que la gêne de la circulation ganglionnaire a sur les troncs lymphatiques et les radicules testiculaires une influence autrement néfaste que celle qui se produit dans les ganglions correspondant aux membres ; car, ici des anastomoses nombreuses entre le système lymphatique profond et le superficiel s'opposent à une exagération de la pression intra-tronculaire, tandis que les huit ou dix troncs qui naissent du testicule et de l'épididyme se portent vers l'anneau inguinal sans s'*anastomoser* et, de là, montent jusqu'au voisinage des vaisseaux du rein pour se terminer dans les ganglions lombaires.

Le même fait anatomique, dilatations des lymphatiques, se passe dans le domaine des lymphatiques testiculaires. A défaut des preuves que nous avons pu recueillir dans nos opérations, la logique seule nous forcerait à l'accepter. La variété des formes cliniques de la filariose génitale est sous la dépendance directe de l'intensité de la gêne circulatoire lymphatique. Supposez-la légère, vous aurez une poussée testiculaire légère (forme orchitique).

Mais, que l'obstacle soit d'emblée très grand, les troncs lymphatiques *malgré leur résistance* seront momentanément dilatés par la pression intérieure très grande et vous pourrez avoir, *d'emblée aussi*, une colique filarienne avec forte poussée testiculaire.

Cependant, il faut le dire, au début de l'affection, les manifestations testiculaires occupent la scène clinique d'une façon plus marquée que la colique filarienne.

Observons encore de plus près la marche clinique de la filariose génitale.

Comme vous avez pu voir, dans mes observations antérieures, elle n'est point *continue*. Vous avez certainement remarqué dans toutes les observations que les accès plus ou moins éloignés au début de la maladie, se rapprochaient

de plus en plus jusqu'à se présenter chez un de mes malades (*Varicocèle lymphatique*, 1898) tous les 15 à 20 jours.

Que prouve cette marche intermittente et ces accès qui se rapprochent de plus en plus, au fur et à mesure que la maladie vieillit, et qui, par leur intensité, désespèrent ceux qui en sont atteints?

Ils sont une preuve, Messieurs, de la lutte des lymphatiques contre l'obstacle; ils sont la preuve que l'obstacle quoique permanent n'est pas complet, puisque le calme arrive à se rétablir après ces grands fracas; ils sont enfin la preuve que dans cette lutte prolongée et incessante, les lymphatiques cèdent de plus en plus à l'ennemi intérieur. Mais où cet ennemi intérieur, cette *lymphe sous pression*, puise-t-il ses forces? Du testicule qui à certains moments peut en produire plus qu'à d'autres ou plus probablement de l'augmentation de la gêne circulatoire intra-ganglionnaire, qui le force à s'accumuler dans les troncs. Il se peut enfin que ces deux causes (gêne de la circulation ganglionnaire et surproduction de lymphe) se combinent pour donner lieu au tableau clinique de la colique filarienne.

Ce que nous voyons se produire dans les cas d'adéno-lymphocèle inguino-crurale nous explique bien ce qui se passe dans les ganglions lombaires.

Les ganglions que j'ai enlevés dans cette région sont transformés en une véritable éponge lymphatique où la circulation est manifestement gênée et ralentie. Lorsqu'on comprime ces éponges lymphatiques, elles se vident; mais comprimer, c'est mettre en jeu *une force plus ou moins grande*.

La force qui doit lutter physiologiquement contre cette gêne circulatoire est représentée dans le système lymphatique par la *vis a tergo* et l'élasticité des lymphatiques. Est-elle toujours suffisante? S'il en était ainsi, Messieurs, vous n'auriez point d'ectasie des lymphatiques au-dessous des ganglions dans l'adéno-lymphocèle crurale, vous n'auriez point non plus les diverses manifestations de la filariose génitale que je vous ai signalées.

Mais allez-vous me dire, si les diverses manifestations

de la filariose génitale ont pour cause anatomique la dilatation des lymphatiques au-dessous de l'obstacle, pourquoi ne la constatons-nous pas *toujours* au niveau du cordon et pourquoi ne voyons-nous pas se produire plus souvent cette forme de filariose génitale désignée sous le nom de varicocèle lymphatique?

La réponse, Messieurs, ne me semble point malaisée.

Dans les poussées aiguës du début, si je puis parler ainsi, cette dilatation des lymphatiques peut passer inaperçue, peut être masquée par le volume du testicule et par l'épanchement qui se produit dans la vaginale. La poussée calmée, vous ne pouvez non plus constater cette dilatation qui doit diminuer dans de grandes proportions, la *résistance élastique des lymphatiques n'étant point encore vaincue*.

Cependant, au bout d'un certain temps, sous l'influence de la pression intérieure, l'ectasie des troncs lymphatiques devient plus considérable, plus durable; les poussées de colique filarienne plus rapprochées.

Pourquoi à ce moment encore les lymphatiques du cordon semblent-ils mieux résister que le testicule et les troncs abdominaux?

J'ai écrit dans ma brochure sur « *Varicocèle lymphatique* » en 1898: « Chez mon malade, ce n'est qu'après nombre de poussées de colique filarienne que la partie inférieure même des troncs lymphatiques s'est à son tour dilatée, visible et tangible pour tous. Mais avant d'arriver à ce degré de dilatation, il a fallu huit ans. Le varicocèle lymphatique est donc une manifestation tardive de la filariose génitale ». Plus loin... « Il faut admettre que la partie inférieure des lymphatiques présente *peut-être* une résistance spéciale, dont l'histologie nous donnera un jour l'explication; mais, pour moi, je crois qu'il se produit dans ce cas un phénomène d'ordre purement physique comparable à ce que l'on remarque lorsqu'on pousse dans un tube de caoutchouc fermé à l'une de ses extrémités une injection d'eau. C'est la partie qui se trouve à l'opposé de la force qui se dilate le plus. Telle l'action possible de la *vis a tergo* sur les vaisseaux lymphatiques ».

Je crois encore à l'intervention de cette force, je crois que les lymphatiques du cordon, soumis à une pression moindre que ceux de l'abdomen, se laissent vaincre beaucoup plus tard que ceux-ci par la pression intérieure.

Cependant laissez-moi, Messieurs, attirer votre attention sur une disposition très spéciale du tissu cellulaire dans la région du cordon. Ce sera pour nous, en dehors de ce qui vient d'être dit, une explication suffisante de la rareté de la *manifestation* du varicocèle lymphatique.

Dans l'observation de varicocèle lymphatique publiée en 1898, vous pouvez lire page 23 : « Après section du tissu cellulaire, l'opérateur rencontra une série de membranes qui formaient autant de sacs à la tumeur. Ces différents sacs cellulaires étaient *extrêmement minces* et plus loin ..

« L'opérateur se servant de la sonde cannelée sépara le paquet des lymphatiques dilatés des tissus environnants grâce à la *grande laxité du tissu cellulaire*. Arrivé à la partie postérieure du paquet, on aperçut le canal déférent. Il fut séparé de la tumeur au moyen de la sonde cannelée, le tissu cellulaire qui l'unissait à la tumeur n'offrant qu'une *faible résistance*.

Tissu cellulaire mince et lâche : varicocèle lymphatique considérable.

Dans l'observation du malade opéré par moi le 29 septembre 1899.

« Il y avait au-devant du cordon un *tissu cellulaire très dense* que j'ai dû enlever couche par couche. Ce n'est qu'après incision de la dernière en dédolant que je remarquai quelques lymphatiques contournés sur eux-mêmes. Jusqu'alors, pas trace de tumeur lymphatique. Lorsqu'au contraire le cordon fut dégagé de ce tissu cellulaire dense qui l'enserrait, les lymphatiques prirent *sous nos yeux* un développement considérable : leurs flexuosités s'accrurent, leur volume augmenta si bien que je dus réséquer un paquet de lymphatiques d'environ 15 centimètres. »

Tissu cellulaire formant au devant du cordon des sacs très denses : *pas de varicocèle apparent*; dès que ces sacs sont enlevés, *production immédiate du varicocèle*.

La comparaison de ces deux observations est bien intéressante ; et je pense que vous admettrez, comme moi, que ce tissu cellulaire dense exerçait directement sur les lymphatiques une compression telle qu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de se développer vers la partie antérieure, de se montrer à l'endroit où nous avons l'habitude de les trouver, de constituer, en un mot, cette variété clinique qu'on appelle le varicocèle lymphatique. Ces lymphatiques dilatés, comprimés en avant, se trouvaient, comme nous l'avons vu, appliqués sur la partie supérieure du testicule avec lequel ils ne semblaient former qu'une tumeur.

Messieurs, cette nouvelle observation vient singulièrement affirmer les conclusions de mon travail de 1898 sur le varicocèle lymphatique. Nous n'avons pour les compléter qu'à ajouter que le varicocèle, manifestation clinique tardive de la filariose génitale, a besoin pour *se produire*, non-seulement de conditions anatomiques dépendant de la paroi même des lymphatiques, mais encore de conditions anatomiques dépendant de la région qu'ils traversent. Aussi, Messieurs, pouvons nous jusqu'à preuve du contraire, émettre cette proposition : *le varicocèle peut exister et ne se manifester cliniquement que si les conditions anatomiques de la région le permettent* ».

Il est un dernier cas clinique que nous ne pouvons passer sous silence et qui a été rapporté dans LA LANTERNE MÉDICALE (avril 1900) par le Dr LÉON AUDAIN. Il s'agit d'un cas de *varicocèle lymphatique avec intégrité absolue du testicule*.

« *Etude de la pièce*. — A la partie postérieure de la masse se trouvent une artère et deux veines qui avaient été bien isolées de la masse antérieure, mais qui ont été enlevées avec la tumeur à cause de certaines déchirures veineuses qui s'étaient produites pendant l'isolement de ce petit paquet vasculaire.

« Cette artère est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal et dure. Elle offre de larges flexuosités ; longueur vingt centimètres. La masse des lymphatiques, très volumineuse à la partie supérieure, largeur cinq centimètres,

va en diminuant *progressivement de haut en bas* pour n'avoir guère plus dans son ensemble, à environ six centimètres de la ligature inférieure, qu'un centimètre d'épaisseur. C'est du reste à partir de ce point qu'on voit les lymphatiques nettement ectasiés, flexueux. Avant dégagement des lymphatiques, on constata que le paquet des lymphatiques avait environ vingt-cinq centimètres de longueur. L'artère qui est en arrière semble la corde d'un arc qui soutiendrait la masse des lymphatiques.

« Dissection. — Après dissection de la pièce, on constate que la longueur des lymphatiques a presque doublé (environ 50 centimètres) sans compter la partie saine qui se trouvait dans le voisinage de l'extrémité supérieure du testicule (5 centimètres). Ces lymphatiques dilatés ont donc subi un *allongement considérable* (55 centimètres).

« La dissection nous a permis de constater l'existence de *sept troncs malades*. Trois de ces troncs, les plus rapprochés de la peau, sont remarquables par leurs dimensions, leurs flexuosités. Ils forment un *petit groupe* assez intimement uni. En arrière de ce groupe, on constate l'existence de quatre autres lymphatiques formant un *second groupe*. L'ectasie de ce dernier est très notable, bien que moins marquée que pour le groupe antérieur. Le second groupe est placé immédiatement au devant d'une des artères et de deux veines du cordon que l'on aperçoit à la gauche de la préparation. A la partie supérieure gauche de la pièce, on voit une lame de tissu conjonctif serré, de la largeur d'une paume de main d'enfant. Dans cet espace sont réunis *six troncs lymphatiques* qui se continuent, comme on peut facilement le constater, avec les troncs décrits plus haut. L'un des troncs d'origine manque; il a sans doute été sectionné pendant l'opération. On remarque sur la pièce que les trois troncs qui se continuent avec les lymphatiques du groupe antérieur sont plus dilatés que les trois autres qui sont en rapport avec le groupe postérieur. Mais, fait important, l'ectasie est infiniment moins marquée à ce niveau que pour les parties des lymphatiques plus éloignés du testicule. Il semble même que l'augmentation de volume

des lymphatiques ne se soit pas faite d'une façon *progressivement ascendante*; car, à une dizaine de centimètres du bout inférieur de la préparation, on constate que les lymphatiques sont devenus *sans transition* au moins deux fois plus gros.

« Plus près du testicule, le calibre des lymphatiques a été encore en diminuant, si bien qu'il ne fut pas nécessaire de placer la ligature au ras de l'extrémité supérieure, les parties paraissant saines...

« L'existence de ces deux groupes rend bien compte de l'aspect noté pendant l'opération. Il semblait qu'on n'eût affaire qu'à deux immenses lymphatiques beaucoup plus volumineux dans leur ensemble que le pouce.

« On conçoit facilement le volume qu'avait acquis ce varicocèle lymphatique, en se figurant le nombre des tortuosités que ces deux groupes dilatés au maximum ont dû décrire pour tenir dans un espace aussi court que celui qui sépare l'extrémité supérieure du testicule de l'orifice externe du canal inguinal.

« Cette observation offre un intérêt très grand au point de vue de l'étude clinique du varicocèle lymphatique d'origine filarienne.

« Rappelons-nous avant tout que le testicule est absolument *indemne de toute lésion*, que les troncs lymphatiques ne sont pas altérés au même degré et que *plusieurs troncs ont échappé à toute altération*, et nous aurons une explication pathogénique des plus simples de cette nouvelle forme clinique de varicocèle lymphatique.

« Contrairement à ce que nous avons vu jusqu'à présent, nous constatons aujourd'hui une ectasie des troncs abdominaux et des lymphatiques du cordon jusqu'à quelques centimètres du testicule, cet organe étant absolument sain. La pièce anatomo-pathologique que nous avons disséquée avec le plus grand soin, l'examen minutieux du testicule pendant l'opération ne laissent absolument aucun doute sur ce point. Voilà le fait important, le fait nouveau que nous allons essayer de vous expliquer.

« Pourquoi le testicule n'est-il point atteint? Est-ce à

cause du jeune âge de la maladie (un an et demi à deux ans)? Peut-être; mais l'étude de la pièce anatomique que j'ai eu l'honneur de vous présenter vous donne des renseignements moins hypothétiques et, je crois, la solution du problème. Vous avez vu que sept troncs lymphatiques sont ectasiés, dont trois considérablement et quatre moyennement. Pour les trois troncs du groupe antérieur, il est permis de supposer un obstacle très grand de la circulation lymphatique. Pour les quatre autres, il existe sans aucun doute une gêne de cette circulation, mais selon toute vraisemblance, elle est moins marquée que dans le cas précédent. Mais les troncs lymphatiques testiculaires sont pour le moins au nombre de dix. Il est donc logique d'admettre que trois au moins des troncs lymphatiques testiculaires fonctionnent librement, normalement et suppléent d'une façon suffisante à l'obstruction plus ou moins marquée des autres. Autrement comment s'expliquer l'intégrité parfaite du testicule? Ces troncs auraient-ils fonctionné éternellement ou se seraient-ils un jour obstrués à leur tour, déterminant des lésions testiculaires? Il nous est bien difficile de le dire.

« Autrement dit, avons-nous surpris la maladie en voie d'évolution, ou bien avons-nous eu affaire à une localisation définitive de la filaire, par conséquent à une variété clinique fixe, susceptible d'être retrouvée sur d'autres malades? C'est encore un point qu'il est bien difficile de résoudre. Une foule d'autres questions se présentent à l'esprit. En supposant un obstacle absolu à la circulation lymphatique, la lymphe reste-t-elle indéfiniment dans les lymphatiques sans se coaguler? La chose est peu probable, puisque le sang avec lequel elle offre de grandes analogies au point de vue surtout de la teneur en fibrine, se coagule dans les vaisseaux, lorsque son cours est arrêté. N'est-ce pas même cette coagulation lymphatique qui, créant à la suite des opérations des conditions de vie nouvelles et très défavorables pour la filaire adulte, en entraîne la mort et amène par suite la guérison de nos opérés? Mais nous n'avons jamais trouvé jusqu'à présent, même dans les cas

de très grandes dilatations, qui permettent de supposer un arrêt de la circulation lymphatique, de lymphe coagulée dans ces vaisseaux. Deux hypothèses sont plausibles pour expliquer ce fait. Ou bien la circulation par le bout ganglionnaire n'est jamais *entièrement entravée*, ou bien le déversement d'une certaine quantité de lymphe dans les vaisseaux ectasiés produit une hypertension et une sorte de remous de la lymphe qui la porte à changer momentanément de cours et à gagner par des voies lymphatiques intra-testiculaires, certains troncs encore libres dans leur fonctionnement. En ces cas, ces lymphatiques se videraient pour ainsi dire par *regorgement*. Il est fort possible que, même lorsque tous les troncs testiculaires sont pris, cette circulation lymphatique à *rebours* se fasse par les voies les moins obstruées. Un petit fait m'a frappé, qui est du reste noté dans mon observation. Après avoir chassé la lymphe des lymphatiques du cordon, si on a soin d'exercer une forte compression au niveau du canal inguinal, *la tumeur ne se reproduit pas*. Dès que cette compression cesse, on la voit se reconstituer. Le contraire eût dû se produire, la lymphe cheminant de bas en haut. La lymphe *semble dans le cas présent tomber de la partie supérieure vers l'inférieure*, comme si son cours eût été changé.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Chez les individus atteints de colique filarienne, on trouve, en général, dans le sang, des larves de la filaire. On peut rencontrer à l'état permanent ou à l'état passager certaines autres manifestations de la filariose des membres, de la verge, du scrotum sous forme d'éléphantiasis, ou bien la filariose vésicale dont le symptôme capital est, comme on le sait, la chylurie ou lymphaturie ou l'hématochylurie; mais il faut savoir que la colique filarienne peut être la *manifestation première* de la filariose. Ceci a une grande importance au point de vue du diagnostic. Quel est l'état local observé dans les cas de colique filarienne? Dans les cas anciens, les lymphatiques testiculaires sont