

l'hypertrophie des ganglions de l'aîne, les abcès lymphatiques, les épanchements laiteux des séreuses, l'hydrocèle laiteuse.

Anatomie pathologique et pathogénie. — La *Filaria sanguinis hominis*, décrite par Otto Wucherer, est un ver nématode qui se trouve à l'état *embryonnaire* chez l'homme (1). (Bancroft a signalé un cas d'abcès lymphatique du bras contenant une filaire adulte.) La filaire peut être *diurna*, *nocturna*, ou *perstans* (Patrick, Manson).

La présence de la filaire détermine certaines altérations du système lymphatique qui finissent par créer un état ectasique des troncs et des réseaux lymphatiques avec hypertrophie ganglionnaire et dégénérescence caséuse du ganglion; souvent elle détermine de l'éléphantiasis. Une grande partie de la lymphangite filarienne se rattache à la lymphangiectasie que nous décrivons en détail plus loin. Teichmann et Virchow ont signalé une prolifération épithéliale des petits vaisseaux lymphatiques dont la paroi est épaissie.

La filaire femelle se loge dans un ganglion lymphatique, elle pond des œufs qui deviennent des larves, ces larves émigrent dans les vaisseaux cutanés; la plupart accomplissent leur migration la nuit. On trouve ces larves dans la lymphe et dans le sang.

Étiologie. — La lymphangite filarienne, comme la filariose, est une maladie des pays chauds; on la rencontre en Asie, en Afrique, en Océanie, sur la côte de Coromandel, dans la Basse-Égypte, au Brésil, aux îles Barbades, à Malabar, aux Antilles, à Ceylan.

Les mauvaises conditions hygiéniques, les habitations malsaines, l'état de malpropreté individuelle y prédisposent. Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes. On observe cette affection surtout à l'âge adulte, de vingt-cinq à soixante ans.

Symptomatologie. — La lymphangite filarienne peut exister sur presque tous les points de l'économie; on l'observe de préférence aux membres inférieurs, sur le scrotum, le prépuce et le pénis chez l'homme, sur les grandes lèvres et les seins chez la femme; on l'a rencontrée aux membres supérieurs, à la face, rarement au cou, à la poitrine, à l'abdomen, à la langue, au lobule de l'oreille.

Aux membres inférieurs elle est souvent unilatérale; quand elle est bilatérale, un membre est toujours atteint plus profondément que l'autre, c'est surtout dans les deux tiers inférieurs de la jambe et sur le pied qu'elle a été observée.

Le scrotum est très souvent atteint en Égypte, rarement dans nos climats, il l'est presque toujours en même temps que le prépuce et le pénis; le professeur Le Dentu a montré que l'hydrocèle chyleuse et l'éléphantiasis testiculaire peuvent exister sans éléphantiasis scrotal.

(1) L'embryon est sucé la nuit par le *Culex pipiens*; l'insecte mort, la filaire devient libre, on la trouve dans les marécages des pays chauds et là elle peut être reprise par la boisson ou même dans le bain.

La présence de la filaire dans les vaisseaux et l'inflammation de ces vaisseaux déterminent l'obstruction des ganglions lymphatiques et la stase de la lymphe.

On a signalé deux formes cliniques, la forme *apyrétique* et la forme *fébrile*; c'est cette dernière qui est de beaucoup la plus fréquente.

Le début est en général brusque; c'est un véritable *accès lymphangitique*, avec frissons, fièvre, agitation et quelquefois délire; la région est chaude, rouge, gonflée, sillonnée de traînées de lymphangite, les ganglions sont engorgés. Puis les phénomènes généraux cessent, les phénomènes locaux diminuent, mais ne disparaissent pas complètement; la partie atteinte reste plus volumineuse qu'auparavant et est le siège d'un gonflement diffus.

Quelques semaines à six mois plus tard, un *second accès lymphangitique*, analogue au premier, se produit, laissant les téguments un peu plus tuméfiés et plus résistants à la pression. D'autres accès se reproduisent en nombre variable.

Il ne faut guère plus de trois accès pour que l'*éléphantiasis* soit constitué; ce dernier s'accroît lentement et progressivement. L'engorgement ganglionnaire marque quelquefois le début (glandes des Barbades), les ganglions sont très tuméfiés, indolents; plus tard, par défaut de propreté, peuvent se produire des érosions, des fissures par où suinte la lymphe, des ulcérations véritables, soit spontanément, soit après un traumatisme. L'épiderme se fendille, le derme devient lardacé, le tissu cellulaire s'œdématisé; des infections secondaires peuvent éclater, d'où la production d'abcès ou de gangrène. Rindfleisch a signalé comme variété l'*éléphantiasis lymphangiectoides*, véritable lymphangiectasie éléphantiasique.

La guérison est exceptionnelle; la mort survient par anémie ou par complication.

Diagnostic. — Le diagnostic se fait par la recherche de la filaire dans le sang ou dans le liquide s'écoulant des fissures, c'est-à-dire dans la lymphe; la filaire n'existe ordinairement qu'à l'état embryonnaire chez l'homme; ordinairement comme elle est nocturne, il faut de préférence la rechercher la nuit (1).

Traitement. — Le traitement doit être au début celui de toute lymphangite aiguë, puisqu'on est en présence d'un accès lymphangitique.

Le sulfate de quinine et le changement de climat ont été très recommandés. La compression a donné des améliorations; dans certains cas bien localisés, l'amputation a été pratiquée avec succès.

(1) La plupart des malades atteints de lymphangite filarienne croient avoir une *hernie crurale* et entrent à l'hôpital pour demander la cure radicale (Moty, 6 cas de filariose, *Soc. de Chir.*, févr. 1891).

VIII. — LYMPHANGITE CHRONIQUE.

La lymphangite chronique simple est une des questions les plus obscures de la pathologie lymphatique ; on ne peut actuellement lui assigner une place à part. Les observations de Cooper et d'Andral, celle de Halle, semblent se rapporter à des cas de lymphangite tuberculeuse ou syphilitique. Dans le cas de Cooper, il existait une induration des lymphatiques du cordon avec nodosités au niveau des valvules, chez un individu ayant des testicules volumineux ; dans le fait de Halle, il y avait atrophie des vaisseaux lymphatiques.

D'après Allard, la lymphangite chronique engendrerait l'éléphantiasis ; nous avons vu en effet que les accès lymphangitiques répétés entraînent l'éléphantiasis ; d'autre part la lymphangite filarienne aboutit tantôt à l'éléphantiasis, tantôt à l'adéno-lymphocèle.

Les œdèmes chroniques scléromateux ou œdèmes lymphatiques, étudiés par Virchow et par Renaut (de Lyon), seraient constitués par des poussées de lymphangite chronique.

IX. — LYMPHANGIECTASIES.

Les dilatations variqueuses des lymphatiques ou lymphangiectasies peuvent porter sur les ganglions, *lympho-adénocèles*, sur les troncs lymphatiques, *varices tronculaires*, sur les réseaux, *varices réticulaires*. Ces trois variétés de lymphangiectasies peuvent être isolées ou réunies.

Historique. — La dilatation du canal thoracique avait été signalée depuis longtemps (Guiffart-Bassuis), ainsi que l'ectasie des lymphatiques viscéraux (Ackermann, Mascagni, Sandifort, etc.). En 1860 et en 1863, Nélaton signale deux observations de varices ganglionnaires sur le vivant (Hasse, Henke, Horn les avaient déjà signalées à l'autopsie). Les varices des réseaux furent étudiées par Meckel, Michel, Demarquay, Zambaco, David. Mais le type clinique de l'adéno-lymphocèle fut en réalité créé par Th. Anger (1867) (1) ; depuis, de nouvelles observations furent publiées en assez grand nombre. Parmi les travaux plus récents nous citerons ceux de Chipault (1888 et 1889), la thèse de Poix (1892), et la thèse de Bessio (1895) qui rapporte un nouveau cas de lympho-adénocèle observé dans le service de Th. Anger (2).

(1) La première observation d'adéno-lymphocèle publiée est d'Amussat (1836) ; — la deuxième est de Nélaton (1860) ; — la troisième est de Trélat (1865) ; — la quatrième est de Th. Anger (1867).

(2) TH. ANGER, Des tumeurs érectiles lymphatiques : adéno-lymphocèle, 1867. — CHIPAULT, Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (adéno-lymphocèle) (*France méd.*, juin-juillet 1888) ; Varices lymphatiques et lymphangiomes (*Rev. gén., Gaz. des hôp.*, 15 décembre 1888) ; Varices lymphatiques du derme (*Arch. gén. de méd.*, juin 1889). — POIX, De l'adéno-lymphocèle, thèse de Bordeaux, 1892.

Étiologie. — Au point de vue étiologique, nous diviserons les lymphangiectasies en *congénitales*, *spontanées*, *filariennes*, *mécaniques* ou *symptomatiques*. Nous signalerons auparavant la plus grande fréquence des lymphangiectasies dans l'enfance et l'adolescence (de douze à vingt-cinq ans) ; cependant une des observations de Th. Anger rapporte le début de l'adéno-lymphocèle à l'âge de trente-quatre ans et les faits publiés en France se rattachent à un âge plus avancé (de vingt-cinq à trente ans). Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes.

I. LYMPHANGIECTASIE CONGÉNITALE. — Elle a été signalée par Thilesen, Patterson ; elle serait due à une ectasie congénitale des vaisseaux lymphatiques, et pourrait être l'origine de certains kystes congénitaux.

II. LYMPHANGIECTASIE SPONTANÉE. — La lymphangiectasie dite spontanée a été observée en France (Th. Anger), en Allemagne, en Autriche, en Suède, etc., et dans les pays chauds.

III. LYMPHANGIECTASIE FILARIENNE. — Une partie des lymphangiectasies dites des pays chauds (type exotique : à la Réunion, maladie des glandes) par opposition aux lymphangiectasies de nos climats (type indigène), est due à la filariose, ce qui expliquerait la plus grande fréquence de l'adéno-lymphocèle et des varices lymphatiques dans les pays chauds où les deux variétés de lymphangiectasie peuvent se rencontrer.

IV. LYMPHANGIECTASIES MÉCANIQUES OU SYMPTOMATIQUES. — Elles comprennent deux variétés : les lymphangiectasies par *compression*, et les lymphangiectasies par *inflammation*.

Les premières ont été signalées à la suite de tumeurs (Mascagni, Sœmmering, Richet) (cette tumeur était rétro-péritonéale dans le cas de Busey), ou de cicatrices d'abcès ganglionnaires (Scholtz).

Les secondes sont consécutives à des lymphangites répétées qui amènent l'oblitération partielle des vaisseaux, laquelle entraîne leur ectasie. Ces faits ont été étudiés surtout à propos des varices lymphatiques du pénis (Trélat, Huguier) et des organes génitaux en général.

Pathogénie. — Comme l'ont montré les expériences de Th. Anger, la compression et l'oblitération des voies lymphatiques ne suffisent pas à créer le type de la lymphangiectasie ; la lymphangiectasie expérimentale du chien par ligature du canal thoracique n'est en effet que temporaire. Dans un grand nombre de cas observés dans les pays chauds, on peut incriminer la filaire ; elle a été trouvée dans le liquide des varices lymphatiques par Manson, Lewis, Azéma, Lancereaux. Gubler avait déjà signalé la chylurie dans cette affection. Mais on ne trouve pas la filaire d'une façon constante et c'est dans ces cas que la pathogénie reste encore obscure. Il faudrait, d'après Verneuil,

— J.-B. BESSIO, Contribution à l'étude des adéno-lymphocèles, thèse de Paris, 1895. — TENNESON et DARIER, *Soc. de dermat.*, décembre 1893. — HANOT, *Soc. méd. des hôp.*, 22 février 1895. — LEREDDE, *Arch. de méd. expér.*, 1896.

VIII. — LYMPHANGITE CHRONIQUE.

La lymphangite chronique simple est une des questions les plus obscures de la pathologie lymphatique ; on ne peut actuellement lui assigner une place à part. Les observations de Cooper et d'Andral, celle de Halle, semblent se rapporter à des cas de lymphangite tuberculeuse ou syphilitique. Dans le cas de Cooper, il existait une induration des lymphatiques du cordon avec nodosités au niveau des valvules, chez un individu ayant des testicules volumineux ; dans le fait de Halle, il y avait atrophie des vaisseaux lymphatiques.

D'après Allard, la lymphangite chronique engendrerait l'éléphantiasis ; nous avons vu en effet que les accès lymphangitiques répétés entraînent l'éléphantiasis ; d'autre part la lymphangite filarienne aboutit tantôt à l'éléphantiasis, tantôt à l'adéno-lymphocèle.

Les œdèmes chroniques scléremateux ou œdèmes lymphatiques, étudiés par Virchow et par Renaut (de Lyon), seraient constitués par des poussées de lymphangite chronique.

IX. — LYMPHANGIECTASIES.

Les dilatations variqueuses des lymphatiques ou lymphangiectasies peuvent porter sur les ganglions, *lympho-adénocèles*, sur les troncs lymphatiques, *varices tronculaires*, sur les réseaux, *varices réticulaires*. Ces trois variétés de lymphangiectasies peuvent être isolées ou réunies.

Historique. — La dilatation du canal thoracique avait été signalée depuis longtemps (Guiffart-Bassuis), ainsi que l'ectasie des lymphatiques viscéraux (Ackermann, Mascagni, Sandifort, etc.). En 1860 et en 1863, Nélaton signale deux observations de varices ganglionnaires sur le vivant (Hasse, Henke, Horn les avaient déjà signalées à l'autopsie). Les varices des réseaux furent étudiées par Meckel, Michel, Demarquay, Zambaco, David. Mais le type clinique de l'adéno-lymphocèle fut en réalité créé par Th. Anger (1867) (1) ; depuis, de nouvelles observations furent publiées en assez grand nombre. Parmi les travaux plus récents nous citerons ceux de Chipault (1888 et 1889), la thèse de Poix (1892), et la thèse de Bessio (1895) qui rapporte un nouveau cas de lympho-adénocèle observé dans le service de Th. Anger (2).

(1) La première observation d'adéno-lymphocèle publiée est d'Amussat (1836) ; — la deuxième est de Nélaton (1860) ; — la troisième est de Trélat (1865) ; — la quatrième est de Th. Anger (1867).

(2) TH. ANGER, Des tumeurs érectiles lymphatiques : adéno-lymphocèle, 1867. — CHIPAULT, Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (adéno-lymphocèle) (*France méd.*, juin-juillet 1888) ; Varices lymphatiques et lymphangiomes (*Rev. gén., Gaz. des hôp.*, 15 décembre 1888) ; Varices lymphatiques du derme (*Arch. gén. de méd.*, juin 1889). — POIX, De l'adéno-lymphocèle, thèse de Bordeaux, 1892.

Étiologie. — Au point de vue étiologique, nous diviserons les lymphangiectasies en *congénitales*, *spontanées*, *filariennes*, *mécaniques* ou *symptomatiques*. Nous signalerons auparavant la plus grande fréquence des lymphangiectasies dans l'enfance et l'adolescence (de douze à vingt-cinq ans) ; cependant une des observations de Th. Anger rapporte le début de l'adéno-lymphocèle à l'âge de trente-quatre ans et les faits publiés en France se rattachent à un âge plus avancé (de vingt-cinq à trente ans). Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes.

I. LYMPHANGIECTASIE CONGÉNITALE. — Elle a été signalée par Thilesen, Patterson ; elle serait due à une ectasie congénitale des vaisseaux lymphatiques, et pourrait être l'origine de certains kystes congénitaux.

II. LYMPHANGIECTASIE SPONTANÉE. — La lymphangiectasie dite spontanée a été observée en France (Th. Anger), en Allemagne, en Autriche, en Suède, etc., et dans les pays chauds.

III. LYMPHANGIECTASIE FILARIENNE. — Une partie des lymphangiectasies dites des pays chauds (type exotique : à la Réunion, maladie des glandes) par opposition aux lymphangiectasies de nos climats (type indigène), est due à la filariose, ce qui expliquerait la plus grande fréquence de l'adéno-lymphocèle et des varices lymphatiques dans les pays chauds où les deux variétés de lymphangiectasie peuvent se rencontrer.

IV. LYMPHANGIECTASIES MÉCANIQUES OU SYMPTOMATIQUES. — Elles comprennent deux variétés : les lymphangiectasies par *compression*, et les lymphangiectasies par *inflammation*.

Les premières ont été signalées à la suite de tumeurs (Mascagni, Scemmering, Richet) (cette tumeur était rétro-péritonéale dans le cas de Busey), ou de cicatrices d'abcès ganglionnaires (Scholtz).

Les secondes sont consécutives à des lymphangites répétées qui amènent l'oblitération partielle des vaisseaux, laquelle entraîne leur ectasie. Ces faits ont été étudiés surtout à propos des varices lymphatiques du pénis (Trélat, Huguier) et des organes génitaux en général.

Pathogénie. — Comme l'ont montré les expériences de Th. Anger, la compression et l'oblitération des voies lymphatiques ne suffisent pas à créer le type de la lymphangiectasie ; la lymphangiectasie expérimentale du chien par ligature du canal thoracique n'est en effet que temporaire. Dans un grand nombre de cas observés dans les pays chauds, on peut incriminer la filaire ; elle a été trouvée dans le liquide des varices lymphatiques par Manson, Lewis, Azéma, Lancereaux. Gubler avait déjà signalé la chylurie dans cette affection. Mais on ne trouve pas la filaire d'une façon constante et c'est dans ces cas que la pathogénie reste encore obscure. Il faudrait, d'après Verneuil,

— J.-B. BESSIO, Contribution à l'étude des adéno-lymphocèles, thèse de Paris, 1895. — TENNESON et DARIER, *Soc. de dermat.*, décembre 1893. — HANOT, *Soc. méd. des hôp.*, 22 février 1895. — LEREDDE, *Arch. de méd. expér.*, 1896.