

terreur (1), peuvent rapidement donner lieu à l'engorgement éléphantiasique.

8° Il est des causes qui paraissent avoir une action plus directe, plus immédiate : ce sont l'humidité et le refroidissement. Ainsi, la culture du riz au Malabar, obligeant à avoir souvent les jambes dans l'eau; la profession de pêcheur, qui expose aux mêmes influences (Obs. de Revolat); une immersion brusque des membres inférieurs (Desmarquoy, Lasserre); les ablutions si fréquentes chez les mahométans, sont des circonstances très-propres à développer l'éléphantiasis arabe.

On a vu cette maladie se produire sur une jambe exposée dans un atelier à un courant d'air froid (2). La station prolongée, les marches excessives, peuvent faciliter l'engorgement des membres inférieurs.

9° L'éléphantiasis des Arabes serait, selon quelques observateurs, le résultat de divers états morbides généraux : des fièvres intermittentes (Hillary), d'un engorgement des ganglions lymphatiques (Hendy), du yaws (Rankine) (3), des scrofules (Nahke) (4), de la syphilis, comme semblent l'indiquer les observations de Clot-Bey, de Gaetani-Bey (5), de M. Desruelles (6) et de Pruner; mais ces diverses circonstances ne paraissent point avoir une action spéciale.

10° Des causes pathologiques locales ont eu des effets plus directs. Ainsi, une luxation du pied survenue dans le jeune âge, oblige à boiter, rend la marche fatigante, engorge la jambe et fait naître un éléphantiasis arabe (7); une inflammation ganglionnaire, suivie d'abcès (8), une piqûre à un doigt, ont produit des résultats analogues (9). La phlegmatia alba

(1) Bluff; *Nova acta naturæ curios.*, t. IX, p. 415.

(2) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 24.

(3) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXVII, p. 286.

(4) *Tract. de elephantiasi arabica*, p. 17.

(5) *Bullet. semestriel de la Soc. de Méd. de Marseille*, 1840, p. 63, 90, etc.

(6) Bergeron; Thèse, p. 35.

(7) Clinique de Heidelberg. (*Archives*, t. XIII, p. 426.)

(8) Mazaë Azéma; *Gaz. méd.*, 1858, p. 22.

(9) Lebert; *Physiol. pathol.*, t. II, p. 45.

dolens a laissé une tuméfaction irréductible qui a encore eu la même conséquence (Chevalier). Un eczéma chronique et rebelle (Gaide, 1<sup>re</sup> Obs), un ulcère ancien (Andral), peuvent amener l'hypertrophie des téguments et du tissu cellulo-adipeux.

L'érysipèle, par ses récurrences, a plus souvent encore conduit à l'éléphantiasis arabe. Il en a signalé le début, et j'en aurai bientôt à le mentionner comme l'un des phénomènes les plus remarquables de la première période.

11° Hillary a cru cette maladie contagieuse. Aucun fait n'a démontré qu'elle le soit.

c. — *Symptômes de l'éléphantiasis des Arabes.* — Le siège le plus ordinaire de l'éléphantiasis des Arabes est aux membres inférieurs, ordinairement à un seul, quelquefois aux deux simultanément. Les considérations que je vais présenter se rapporteront principalement à cette localisation.

Il est nécessaire de partager en deux grandes périodes la longue durée de l'éléphantiasis arabe. Dans la première, il se produit et se développe; dans la seconde, il est confirmé, et son accroissement est presque insensible.

1<sup>re</sup> période. — L'éléphantiasis, considéré à son début, se présente souvent sous les apparences d'une maladie aiguë. Il se manifeste un frisson plus ou moins prolongé, de la fièvre, une soif vive, quelquefois des vomissements ou de la diarrhée, des sueurs copieuses. Cette fièvre peut revenir périodiquement (Hille, Allard, 5<sup>e</sup> Obs.) En même temps il survient un engorgement dans les ganglions lymphatiques du voisinage, dans ceux de l'aîne. Quelquefois une ou plusieurs lignes dures, tendues et rouges, forment la trace d'une inflammation des vaisseaux lymphatiques. Plus souvent un érysipèle s'est emparé de la partie où l'intumescence doit se produire. Il s'est accompagné quelquefois d'éruption vésiculeuse, et a été suivi d'ulcérations (Revolat, Jobit).

Lorsque l'érysipèle, qui dure un ou deux septénaires, a disparu, la partie reste plus ou moins engorgée, tendue, et

apte à devenir le siège de plusieurs inflammations analogues, se répétant irrégulièrement ou avec une certaine régularité, par exemple tous les mois (Alard, p. 117, Sinz), pendant plusieurs années, et laissant la partie de plus en plus tuméfiée. Quelquefois l'érysipèle ne se montre que lorsque déjà la tuméfaction existe depuis longtemps. Il en provoque alors la rapide augmentation (Lasserre).

L'éléphantiasis peut aussi se développer sans fièvre, sans engorgement glandulaire et sans érysipèle (1).

2<sup>e</sup> période. — Après plusieurs mois ou même plusieurs années, les téguments hypertrophiés forment une intumescence considérable, dont voici les principaux caractères :

1<sup>o</sup> La jambe, dans sa partie inférieure, le niveau du coude-pied, la région dorsale du pied, sont affectés. Tout le pied peut être envahi; la plante est alors tournée en arrière (Hull), ou en avant (ma II<sup>e</sup> Obs.). Dans quelques cas, c'est la partie supérieure de la jambe qui est tuméfiée (Matthes, Alefeld), parfois le membre inférieur a été tuméfié en entier jusqu'à l'aîne (Chevalier, Sinz, Cazenave).

2<sup>o</sup> Le volume de ces parties a pu devenir considérable, dépasser 30 et 40 centimètres de circonférence. La cuisse de la malade dont parle Chevalier avait 3 pieds 6 pouces de tour, et la jambe 2 pieds (mesures anglaises).

3<sup>o</sup> La forme n'est pas moins altérée. La jambe est plus grosse en bas qu'en haut, d'où sa ressemblance avec celle de l'éléphant. Quelquefois le membre est uniformément tuméfié, d'autres fois il présente de larges et épaisses plicatures transversales ou obliques (2). L'intumescence peut s'arrêter à l'articulation tibio-tarsienne, et y former une sorte de bourrelet très-saillant (Alefeld); le pied conserve alors son état normal.

4<sup>o</sup> Toutes les parties affectées sont dures, tendues, rénitentes. Elles ne cèdent que très-peu et fort difficilement à une forte pression, dont elles conservent rarement l'empreinte (Gaide, II<sup>e</sup> Obs.).

(1) Bluff, p. 415. — Cazenave; *Annales*, t. I, p. 24.

(2) Voyez la figure 1<sup>re</sup> de la Dissertation de Sinz.

Quelquefois certaines parties sont plus dures que les autres. On sent comme une sorte de grosse corde noueuse, ou des tubérosités distinctes.

5<sup>o</sup> La surface cutanée est parsemée de rugosités, de saillies mamelonnées plus ou moins volumineuses et séparées par des sillons, des espèces d'anfractuosités; ces sillons isolent des éminences arrondies ou aplaties, polyédriques, parfois comme pédiculées. Sur toutes ces parties l'épiderme est rude, plus ou moins squameux (Revolat, Gaide, Rayer, Bouillaud). Il peut y avoir aussi des érosions, des excoriations, des ulcérations (Lasserre).

6<sup>o</sup> Un liquide plus ou moins abondant suinte, non-seulement de ces solutions de continuité, mais encore des sillons qui séparent les saillies mamillaires. L'intervalle des orteils, quand le pied est malade, en fournit aussi (Leroux). Ce liquide est onctueux, ou séreux, ou ichoreux, ou purulent; il tache le linge. Son odeur est fade, infecte, nauséabonde. Ce n'est pas le résultat de la malpropreté, comme l'a supposé Alard (p. 227); c'est un des produits de l'excrétion elle-même.

7<sup>o</sup> La peau conserve rarement sa couleur normale; elle devient rougeâtre ou grisâtre, avec des teintes inégales, et parfois des lignes blanchâtres, espèces de vergetures qui attestent la distension des téguments.

8<sup>o</sup> On a quelquefois reconnu l'oblitération de plusieurs veines superficielles, par exemple de la grande saphène (Rayer et Hervieux).

9<sup>o</sup> Je n'ai pas trouvé de différences sensibles dans la température de la peau du membre malade; mais elle a paru à quelques observateurs plus basse qu'à l'ordinaire (1).

10<sup>o</sup> La sensibilité a été exaltée chez quelques sujets; la partie tuméfiée était alors le siège de vives douleurs (Hille, Chelius, Gaide, II<sup>e</sup> Obs.; Hervieux). D'autres fois la sensibilité était normale. Chez d'autres malades, il y avait de l'engourdissement (Lemasson).

(1) Lemasson, p. 410.

11° Malgré le volume et la déformation du membre affecté, la station, la progression, ont pu s'exécuter sans beaucoup de difficultés (Matthes, Hille, mes observations). Un sujet pouvait faire deux lieues à pied par jour (Revolat).

12° Divers phénomènes de continuité ont été observés; par exemple, l'engorgement œdémateux du membre, soit au-dessous, soit au-dessus de la région atteinte par l'hypertrophie cutanée. Cet engorgement s'est quelquefois étendu jusqu'aux parois abdominales et thoraciques (Fraser), ou encore il s'est manifesté par coïncidence sur les membres supérieurs (Gaide). Il est très-facile de distinguer cet engorgement mou, dépressible, et conservant l'empreinte des doigts, de l'intumescence dure, résistante et presque élastique des parties où réside l'éléphantiasis arabe.

13° En général, les fonctions s'exécutent d'une manière normale. L'état local ne paraît pas compromettre l'ensemble de l'organisme. Cependant, on a vu des indurations d'apparence tuberculeuse s'élever sur différentes régions, aux membres supérieurs, aux aisselles, etc., et attester la tendance à la propagation de la maladie (Hille).

14° Diverses complications ont été observées, comme des phlegmasies des muqueuses des voies digestives, des lésions organiques du cœur, des calculs rénaux (Fabre). Ces maladies ont procédé avec leurs phénomènes propres et leurs conséquences ordinaires.

15° La marche de l'éléphantiasis arabe est toujours lente, mais elle peut n'être pas uniforme et graduelle. Quelquefois l'intumescence qui s'était opérée dans la première période par saccades, s'accroît inopinément après plusieurs mois ou plusieurs années d'un état stationnaire. Cet accroissement est parfois précédé d'un mouvement fébrile. La maladie, après avoir fait sur un membre les progrès dont elle paraissait susceptible, se manifeste sur l'autre (Revolat, Lasserre). Un érysipèle a signalé cette nouvelle invasion.

16° Il n'est guère possible de déterminer sous quelle influence ces progrès avaient lieu. La chaleur, l'action des

rayons solaires, ont paru exciter la peau, provoquer la formation de vésicules ou même d'ulcérations (Revolat).

17° Si l'éléphantiasis arabe est susceptible d'augmentation, il peut aussi, dans quelques cas rares, offrir une diminution notable et presque une guérison (ma V<sup>e</sup> Observation). Le fait très-remarquable rapporté par M. Lemasson, d'une résolution obtenue à la suite des vastes suppurations qu'avait provoquées un érysipèle phlegmoneux, démontre la possibilité de la guérison de l'éléphantiasis (1). D'autres fois il peut y avoir diminution de volume par le fait du suintement à travers les crevasses, ou même par sphacèle (Chevalier); mais la marche de la maladie n'en continue pas moins d'une manière fâcheuse.

18° C'est souvent par une complication grave, mais fortuite, que la mort a lieu. D'autres fois elle a pu résulter d'une lésion accidentelle locale, en apparence peu importante, comme une simple écorchure, une inflammation, etc. (Labat, Chabassy).

d. — Variétés relatives au siège de l'éléphantiasis. — Les membres inférieurs ne sont pas les seules parties où se développe l'éléphantiasis des Arabes. On l'a vu à la tête, aux membres supérieurs et aux parties sexuelles.

1. *Éléphantiasis du cuir chevelu.* — Une observation publiée sous ce titre (2) par M. Ph. Ricord, et empruntée à la clinique de Lisfranc, ne me semble pas présenter les caractères de la lésion dont il s'agit dans ce chapitre. La malade, âgée de quarante-huit ans, avait éprouvé depuis deux mois seulement, après la cessation des règles, une forte démangeaison, un gonflement et une induration de la peau et du tissu cellulaire du crâne, produisant des plicatures et des espèces de circonvolutions à l'instar de celles que présente l'hypertrophie simple du cuir chevelu. C'était ici un engorgement de nature inflammatoire. Il n'y avait pas eu d'érysipèle; la maladie était presque à l'état aigu. Lisfranc fit pratiquer, à deux reprises,

(1) Journ. hebdom., 1831, t. IV, p. 409.

(2) Observ. d'un cas d'éléphantiasis du cuir chevelu. (Revue méd., 1826, t. I, p. 13.)

cinquante mouchetures sur les parties les plus saillantes. Le dégorgeement qui en résulta produisit une notable amélioration. Ce traitement fut interrompu par le départ de la malade. Cet état morbide, persistant et s'aggravant, aurait pu devenir un véritable éléphantiasis; mais certainement, il ne présentait encore ni l'aspect ni la nature de cette affection.

II. *Éléphantiasis de la face.* — Alard a donné deux cas de tuméfaction de la face rapportés à l'éléphantiasis<sup>(1)</sup>. Il y avait eu des congestions céphaliques, des douleurs, de la roideur au cou, du suintement derrière les oreilles; les paupières étaient tuméfiées et dures. Mais, comme dans le fait précédent, on ne constate que le début de la maladie, et non le degré de développement qui pouvait en rendre le diagnostic précis.

Ce développement, je le trouve dans un cas très-remarquable publié par Kuhlus, sous un titre<sup>(2)</sup> plus propre à égarer qu'à donner une idée positive; mais la figure représentant l'état morbide ne pouvait laisser le moindre doute. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, bien constituée, pauvre, qui, dans son enfance, avait fait une chute sur la face. Menstruée à vingt-un ans, elle cessa de l'être à quarante-cinq. La maladie avait commencé, quelques années auparavant, par une odontalgie et par une induration circonscrite de la joue droite; successivement la face entière, le front, quelques points des téguments du crâne, ceux du cou, se tuméfièrent et se couvrirent de saillies dures, inégales, mamelonnées, quelques-unes livides, se réunissant en masses volumineuses sur les deux joues, la lèvre supérieure, les paupières gauches, etc. Cette femme, d'ailleurs, n'était sujette qu'à des céphalalgies. Toutes les fonctions étaient régulières.

On a récemment publié, sous le titre d'*Éléphantiasis des Arabes*<sup>(3)</sup>, une observation d'éléphantiasis des Grecs, très-re-

<sup>(1)</sup> *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*, p. 79; — et *Nouvelles Observations*, p. 12.

<sup>(2)</sup> Car. Aug. Kuhlus. *De vitiligine ulceroso-serpiginosa integumentorum faciei atque colli, cum sarcosi palpebrarum inferiorum et tabe mandibulæ singulari observatione illustrata.* Lipsiæ, 1833.

<sup>(3)</sup> *Gaz. des Hôpit.* (Service de M. Plorry, 1857, p. 98.)

connaissable au genre de déformation qu'il avait produit à la face et à la coloration qui l'accompagnait. Le malade venait des Indes, pays où l'éléphantiasis des Grecs est très-réandu.

III. *Éléphantiasis des membres supérieurs.* — Alard rapporte, d'après Hendy et d'autres auteurs, quelques observations relatives à cette localisation de la maladie<sup>(1)</sup>; la science en possède plusieurs autres. Gumælius a vu, chez un jeune homme de seize ans, à la suite d'abcès et de douleurs vives, la main grossir et présenter une circonférence de 22 centimètres<sup>(2)</sup>.

Kennedy a rapporté l'observation intéressante d'un homme de trente-cinq ans dont le membre supérieur, depuis le milieu du bras jusqu'au bout des doigts, présentait un développement considérable avec inégalités, plicatures et rides. L'aisselle était sensible, mais les ganglions n'étaient pas gonflés. La santé générale était bonne. La maladie avait pris naissance après une brûlure du bras et une blessure de l'avant-bras, qui avaient occasionné une longue suppuration<sup>(3)</sup>.

M. Pierquin a donné, sous le nom d'*éléphantiasis*<sup>(4)</sup>, l'observation d'une maladie complexe du membre supérieur gauche, consistant en altération des os, abcès, fistules, atrophie musculaire, tumeur blanche cubito-humérale, ulcération et squames, etc. Évidemment cette maladie n'était pas un véritable éléphantiasis des Arabes.

Un exemple cité par Davidson<sup>(5)</sup>, un autre fourni par M. Heyfelder<sup>(6)</sup>, un troisième, plus récent, communiqué par M. L'Herminier, de la Guadeloupe<sup>(7)</sup>, justifient beaucoup mieux leur titre.

IV. *Éléphantiasis du pénis.* — Trois observations ont fait

<sup>(1)</sup> *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*, p. 77, p. 173, etc.

<sup>(2)</sup> *Mém. de l'acad. de Stockholm.* (Coll. académ., t. XI, p. 39.)

<sup>(3)</sup> *Case of diseased arm.* (*Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XIII, p. 54.)

<sup>(4)</sup> *Journal des Progrès*, t. XI, p. 140.

<sup>(5)</sup> *Edinb. Journ.*, 1838; — et *Expérience*, t. II, p. 104.

<sup>(6)</sup> *Revue méd.*, 1842, t. III, p. 117.

<sup>(7)</sup> Chez un nègre de cinquante ans. (Rapport de MM. Rayer et Davaine. *Mém. de la Soc. de Biologie*, 1850, t. II, p. 67.)

connaître cette maladie. M. Tripiér, de Bourgoïn (Eure), a vu un jeune homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'immersions subites dans de l'eau froide, eut des furoncles et un gonflement du pénis. Cet organe acquit un volume considérable. Il formait une masse dure, inégale, bosselée. Néanmoins, l'émission de l'urine et du sperme pouvait s'effectuer; mais ces liquides passaient par une sorte de cloaque correspondant à l'orifice de l'urètre (1). M. Folchi a vu un cas analogue chez un religieux (2); l'hypertrophie appartenait principalement au prépuce. Dans un autre cas, rapporté par le même auteur et recueilli par Ogier sur un nègre, l'hypertrophie portait en même temps sur le corps caverneux.

V. *Éléphantiasis du scrotum*. — C'est le plus fréquent après l'éléphantiasis des membres inférieurs. Connue de Prosper Alpin, qui l'a décrite sous le nom de *hernie charnue*, il était appelé au Malabar *andrum*, d'après le récit de Kœmpfer. Il fut signalé en France à l'occasion d'un Malabou de Pondichéry dont le scrotum pesait soixante livres (3). Des faits consignés dans les *Éphémérides des curieux de la nature* (4), celui que Walther fit connaître à Morgagni (5), plusieurs autres observations recueillies par divers chirurgiens, n'avaient encore donné qu'une faible notion de la maladie dont il s'agit. Hendy l'étudia avec soin à la Barbade; et Larrey, pendant la campagne d'Égypte, eut l'occasion d'en voir trois exemples. D'autres cas furent observés et décrits par Rigby Brodbelt, de la Jamaïque (6), par Maddox-Titley, de Saint-Christophe (7), par Roux (8), par Gilbert (9), par Rigal (10), par Delpech (11),

(1) *Gaz. méd.*, t. IV, p. 366.

(2) *Ezercitationes pathologicæ*. Romæ, 1843, t. II, p. 123.

(3) *Hist. de l'Acad. des Sciences*, 1711, p. 30.

(4) *Ephem. nat. cur.*, 1723, vol. I, Obs. 108, p. 212. — Reissel, 1725.

(5) *De sedibus et causis morborum*, epist. 43, art. 42.

(6) *On enlargement of the scrotum*. (*Medical Memoirs*, t. VI, p. 232.)

(7) *Case of an extraord. enlargement of the scrotum*. (*Med.-chir. Trans.*, t. VI, p. 73.)

(8) *Mélanges de Chirurgie et de Physiologie*, p. 225.

(9) Alard; *Nouv. Observ.*, p. 15.

(10) *Annales cliniques de Montpellier*, 1815.

(11) *Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II.

par les Drs Clot-Bey, Gaetani-Bey (1), Capellati (2), Dutremblai, de Ham (3), etc. On trouve encore quelques faits intéressants dans les dissertations de Wiedel (4), de Riedlich (5), de M. Bergeron (6), du Dr Tournesko, de Bucharest (7).

L'observation de Wiedel se distingue par quelques circonstances particulières. Le sujet était un jeune homme qui fut d'abord atteint de fièvre et eut des érysipèles du scrotum. Cette partie se couvrit de vésicules qui s'ouvrirent et laissèrent couler un liquide lactescent. A chaque invasion de l'érysipèle, le suintement devenait plus copieux. Ce liquide avait une couleur blanche-jaunâtre sale, une légère odeur de sperme, une saveur un peu salée. Il était en partie coagulable. Muller et Wiedel y trouvèrent de l'albumine, de la graisse, de la fibrine, du muriate de soude, du phosphate, du carbonate de chaux et de l'eau. A chaque atteinte d'érysipèle, le volume du scrotum augmentait; il était devenu inégal, rugueux, parsemé de saillies comme tuberculeuses, et les ganglions inguinaux s'étaient tuméfiés.

Dans le fait relaté par Riedlich, les bourses se gonflèrent pendant le cours d'une fièvre nerveuse. Les glandes inguinales s'engorgèrent plus tard. Le scrotum prit une forme globuleuse; il descendait jusqu'au niveau de la partie moyenne des cuisses. Il était parsemé de proéminences dures, aplaties, disposées parallèlement comme des pavés. La figure qui en est donnée ferait croire à des rangées de fragments de tœnia, placés à côté les uns des autres, principalement dans la direction du raphé. Ces éminences avaient environ une ligne à une ligne et demie de largeur. Riedlich les considérait comme l'hypertrophie des rugosités normales du scrotum. Toute la

(1) *Compte rendu des Travaux de l'École de Médecine d'Abou-Zabel*. Paris, 1833, p. 131.

— *Annales physiologiques*, 1834, t. XXVI, p. 235, p. 249.

(2) *Giornale, etc.* (*Gaz. méd.*, t. XIV, p. 819.)

(3) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 278.

(4) *Elephantiasis scroti*. Wulzb., 1837.

(5) *De elephantiasi scroti*. Berolini, 1838.

(6) *De l'éléphantiasis des parties génitales*. (Thèses de Paris, 1845, n° 31.)

(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1857, p. 62.