

tumeur avait une teinte brune; elle était couverte de poils nombreux. Elle envahissait en haut le quart de la peau du pénis et s'étendait en arrière jusqu'au voisinage de l'anus. Les testicules se distinguaient à la partie supérieure et postérieure. Ils ne paraissaient pas malades. Les érections étaient fréquentes. La santé générale était très-bonne. Graefe enleva toute la partie malade du scrotum, qui pesait près de 200 grammes; la peau avait acquis 1 à 2 centimètres d'épaisseur. On ne trouva pas de vestiges de dartos, mais il existait une couche de tissu adipeux jaune, surtout vers la cloison.

L'éléphantiasis du scrotum commence diversement comme celui des autres parties, tantôt par des irritations phlegmasiques locales répétées, par la fièvre et divers symptômes nerveux et gastriques, tantôt par un travail lent et progressif.

L'augmentation du volume des bourses constitue le premier indice de la maladie. Le scrotum peut former par la suite une masse considérable, s'étendant jusqu'aux genoux et même jusqu'aux malléoles. Cette masse, d'abord globuleuse ou inégalement développée et plus saillante d'un côté, en s'accroissant, devient pyriforme ou triangulaire; sa base est en bas. La peau du pubis est fortement appelée dans ce sens; celle du pénis s'allonge aussi, et le prépuce, participant à l'hypertrophie scrotale, forme un long canal que les urines doivent parcourir. Le scrotum est rugueux. Dans le principe, on croit reconnaître un empatement œdémateux; mais ensuite la dureté des téguments rend cette sensation moins marquée. Des saillies, d'une teinte brune ou livide, se prononcent sur cette large surface, et sont séparées par des sillons étroits à directions variées. Un léger suintement séro-muqueux en provient. Les testicules sont placés aux parties latérales, supérieure et postérieure, de cette volumineuse tumeur. S'ils sont entraînés en bas, on les rencontre sur les parties latérales, et non vers le centre.

L'éléphantiasis du scrotum peut être accompagné de diverses éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, avec prurit plus ou moins vif. Il a eu encore pour complication l'hydrocèle et la hernie inguinale. Celle-ci mérite une attention particulière.

Elle se distingue par la tuméfaction correspondant au-dessous des anneaux, par le gargouillement sous la pression, par un son clair résultant de la percussion, par l'augmentation qu'occasionnent la toux, les efforts, etc.

L'éléphantiasis du scrotum se développe successivement et pendant plusieurs années, sans occasionner ni douleurs, ni troubles notables dans l'exercice des fonctions.

VI. *Éléphantiasis des grandes lèvres.* — Cette variété a de grandes analogies avec la précédente, mais elle n'est pas aussi fréquente. C'est dans les contrées où la première est commune que la seconde s'observe quelquefois. Ainsi, on l'a vue au Japon et en Égypte. M. Clot-Bey en a rapporté deux exemples. Green l'a vue au Bengale (1). Dans quelques îles de l'Océan, dans celle de Chatam, par exemple, elle n'est pas rare, comme l'a assuré William Birrel en en rapportant une observation particulière (2). On l'a également signalée en Europe. Gilbert en communiqua un exemple à Alard, et Talrich, de Perpignan, un autre à Delpech. Fréteau, de Nantes, en a rapporté une observation (3). La malade de Hull, atteinte d'éléphantiasis du pied droit, avait le pudendum hérissé d'excroissances de la même nature (4). Nahke a vu un exemple curieux d'éléphantiasis des grandes lèvres chez une fille de quinze ans, dont le corps s'était montré couvert à la naissance de petites taches brunes (spili, nævi pigmentaires). Ces taches étaient très-nombreuses vers la vulve. Les grandes lèvres prirent une apparence verruqueuse; la gauche, à l'âge de dix ans s'hypertrophia; il survint par intervalles des douleurs dans les aines, des frissons et une éruption vésiculeuse aux parties génitales externes. La lèvre gauche déjà volumineuse se développa considérablement. La figure qui en est donnée représente une tumeur pyriforme, bilobée par la fente vulvaire, s'étendant jusqu'au niveau de la partie moyenne des

(1) *The India Journal of medical Science*, 1835. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 570.)

(2) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XXIII, p. 257.

(3) *Journal général de Sédillot*, 1813, t. XLVII, p. 254.

(4) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXIX, p. 32.



cuisses. Sans cette scissure, on dirait un éléphantiasis du scrotum. La peau, sur toute l'étendue de cette proéminence, était rugueuse, parsemée d'espèces de nodosités; ses pores semblaient dilatés; il n'y avait aucune douleur; l'hypogastre présentait quelques touffes de poils. Cette fille n'était pas menstruée. Néanmoins, son accroissement était régulier, et ses mamelles étaient assez développées (1).

M. Desruelles a présenté deux observations recueillies à Lourcine, chez des femmes présumées atteintes de syphilis (2). On peut supposer que l'hypertrophie des lèvres était le résultat des irritations pustuleuses ou papuleuses dont ces parties avaient été affectées. Au développement des grandes lèvres se joignait celui de l'une des petites lèvres, formant une saillie éléphantiasique de plusieurs centimètres.

M. Jobert, de Guyonville, a extirpé avec succès des petites lèvres devenues saillantes, dures, bosselées, verruqueuses, et offrant les caractères de l'éléphantiasis (3).

M. Verneuil a présenté à la Société Anatomique une tumeur de la grande lèvre, qui se rapprochait beaucoup de l'éléphantiasis : cette tumeur était fibro-graisseuse. Le cas suivant, assez analogue, m'a permis de faire quelques recherches anatomiques.

VI<sup>e</sup> OBS. — On a porté au commencement de l'année 1858, à l'hôpital Saint-André, une femme atteinte d'une pneumonie très-intense. Elle était au 9<sup>e</sup> jour de sa maladie et mourut presque immédiatement. On n'avait pas examiné les organes génitaux. Quand on dut procéder à l'ouverture cadavérique, on vit la grande lèvre gauche formant une tumeur considérable; l'existence d'un éléphantiasis fut alors révélée.

Cette femme, âgée de trente-quatre ans, était de haute taille et fortement constituée. On avait, d'après quelques renseignements, pu présumer qu'elle venait du quartier livré à la prostitution; mais il n'existait aucune trace d'affection syphilitique.

La grande lèvre gauche offrait une saillie arrondie ayant 20 centi-

(1) *Tract. de eleph. arabica*, Obs. 4, p. 37.

(2) M. Huguier assure qu'elles n'en étaient nullement affectées. (*Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 541.) Il a donné l'histoire de l'une de ces femmes, comme atteinte plusieurs mois après d'esthiomène hypertrophique de la vulve. (*Ibid.*, p. 587.)

(3) *Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 182.

mètres dans le sens longitudinal, 15 dans le sens transversal, et 10 de hauteur; elle avait une teinte brune, un peu livide. Elle était parsemée d'inégalités, de saillies comme mamillaires, pressées, aplaties les unes contre les autres, et séparées par des sillons qui avaient environ un centimètre de profondeur. Les saillies étaient aplaties en dehors, et parvenaient à une hauteur à peu près égale. Une éminence se détachait de la partie interne de la tumeur, et on aurait pu la considérer comme la petite lèvre gauche. Mais elle était plutôt digitée qu'allongée et aplatie; elle avait 5 à 6 centimètres de longueur. Sa couleur était plus livide et plus brune que le reste de la tumeur. La vulve, très-élargie, ne présentait aucune trace de nymphes. J'ai examiné avec soin les éminences de la surface interne de la tumeur. L'épiderme était très-distinct, le tissu muqueux ou réticulaire mince. Les saillies étaient formées aux dépens de la substance même du derme, dont les fibres se prolongeaient jusqu'à leur extrême limite. La continuité était évidente entre le tissu de cette membrane et celui des éminences. Le derme avait un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. Il était dur, élastique, formé d'éléments fibreux. Au-dessous de la peau existait une couche adipeuse très-épaisse. Cette pièce est conservée dans le musée de l'École de Médecine de Bordeaux.

e. — Anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes. — En résumant les recherches cadavériques faites pour éclairer l'histoire de cette maladie, on obtient les résultats suivants :

1<sup>o</sup> L'épiderme est rugueux, inégal, souvent couvert de petites écailles ou de croûtes, qu'il est facile de détacher. Il est parfois épaissi. Il se détache par la macération, et alors on voit sa face interne hérissée de petites saillies, appartenant sans doute aux conduits folliculeux qui venaient s'ouvrir à l'extérieur (Sinz). L'épiderme se replie sur les diverses saillies, sur les papilles, etc.; de là l'aspect de cette membrane, comparé par MM. Rayer et Davaine à celui du velours d'Utrecht.

2<sup>o</sup> Le corps muqueux ou réticulaire a été trouvé assez distinct, formant une membrane colorée par les vaisseaux et le pigment. M. Andral a rencontré une excellente occasion de constater les diverses couches dont ce tissu se compose, d'après Gaultier. Ainsi, il a vu deux lames minces, blanchâtres, mais assez denses, l'une en rapport avec l'épiderme, l'autre, d'apparence cellulo-fibreuse, avec le derme, et entre elles une



couche colorée brune. Ces observations ont été confirmées par MM. Rayer et Gaide. Je n'ai pu, quelque attention que j'y aie mise, séparer les trois couches indiquées.

3° Le derme est le siège d'une constante hypertrophie. Son épaisseur est augmentée de plusieurs millimètres; elle a atteint 2 ou 3 centimètres. De sa surface externe s'élèvent en outre les saillies plusieurs fois signalées, et qui ont des dimensions et des formes diverses. MM. Rayer et Gaide avaient remarqué une sorte de ligne de démarcation entre ces éminences et la substance du derme. D'après ces observateurs, une différence dans la direction des fibres et dans leur couleur permettait encore de distinguer le derme lui-même du corps papillaire très-développé. Sinz, dans la figure qu'il a donnée de la texture fibreuse du derme et de ses éminences, n'a indiqué ni séparation ni différence dans la disposition des fibres. Partant de la surface interne du derme, au-delà duquel elles semblaient se prolonger, elles marchaient perpendiculairement vers la surface externe, et pénétraient, sans solution de continuité ni déviation, dans l'éminence attribuée au développement du corps papillaire. Je trouve beaucoup d'analogie entre ces observations et celles que j'ai faites, et que j'ai déjà mentionnées.

Dans l'examen auquel se sont livrés MM. Rayer et Davaine (1), c'est à la face palmaire que la peau a été divisée; là les papilles sont plus développées, plus uniformes et plus régulièrement rangées; aussi leur saillie était-elle très-manifeste.

D'après Sinz, indépendamment des fibres perpendiculaires à la surface du derme, il en existe de transversales. Elles ont une couleur un peu jaune ou une teinte blanchâtre, et leur texture paraît plus ferme (p. 22).

Dans un cas d'hypertrophie des divers tissus de la main, se rapprochant beaucoup de l'éléphantiasis des Arabes, M. Lebert a vu entre les faisceaux fibreux du derme de nombreux

(1) *Bullet. de la Soc. de Biologie*, 1850, t. II, p. 67.

granules, des éléments gras et beaucoup d'éléments fibro-plastiques (1).

3° De la surface interne du derme partent des prolongements fibreux qui pénètrent dans le tissu cellulaire. Ce tissu, devenu très-dense au voisinage du derme, et étroitement uni à cette membrane, a présenté quelquefois une consistance fibro-cartilagineuse, et même quelques lames ossifiées (Fabre). Le plus souvent il offrait de larges aréoles, contenant une sérosité épaisse, une sorte de fluide gélatiniforme concrété. Sinz a montré cette disposition dans la coupe transversale d'une jambe atteinte d'éléphantiasis. Le tissu adipeux, disposé en lobules, renfermait une matière grasse, jaunâtre, quelquefois une substance concrète, analogue au suif. Cette substance était elle-même logée dans des compartiments formés par des cloisons fibreuses, émanant du derme et du tissu cellulaire.

4° On n'a reconnu l'existence ni des glandes sudoripares, ni des follicules sébacés et des follicules pileux. Sinz attribue à ceux-ci, privés de poils, les filaments adhérents à la surface interne de l'épiderme, détachés avec ce dernier par suite d'une macération assez prolongée (p. 23).

5° Les vaisseaux sanguins sont peu développés dans le tissu du derme et dans le tissu cellulaire. Cependant, à l'aide d'une injection fine, on peut les rendre évidents, surtout du côté de la face externe. On a vu les veines dilatées, d'autres fois rétrécies et même oblitérées, avec des parois épaisses.

6° Les vaisseaux lymphatiques ont été trouvés apparents, dilatés (Hendy), et même enflammés. Les ganglions ont paru souvent engorgés, volumineux, indurés. C'est le long des gros vaisseaux, dans l'éléphantiasis des membres inférieurs, que leur engorgement a été constaté, aux régions inguinales et quelquefois jusque dans l'abdomen.

7° On a vu les nerfs ou leur gaineuse cellulo-fibreuse enflammés, épaissis, indurés. Cette remarque a été faite, pour le sciatique, par Chelius; pour les nerfs tibiaux, par Nœgele (2).

(1) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 47.

(2) *Archives*, t. XIII, p. 431.



8° Les muscles n'ont pas changé de nature, mais ils ont paru souvent pâles, ramollis et plus ou moins atrophiés. Quelques-uns sont devenus durs, d'autres avaient passé à l'état gras (Fabre). On a vu le ligament inter-osseux en partie ossifié (Desmarquoy et Pihorel).

9° Les os ont conservé leur état normal.

10° Diverses lésions viscérales ont pu être notées; elles étaient accidentelles.

*f. — Physiologie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes. —*

La première opinion relative à la nature et au siège intime de cette maladie a été présentée par Hendy. Il l'a regardée comme une lésion des ganglions lymphatiques, et il l'appela *maladie glandulaire de la Barbade*. Alard adoptant cette manière de voir, admit que les vaisseaux lymphatiques n'étaient pas moins affectés que les ganglions. Cette opinion vient d'être appuyée par M. Mazaé Azéma, dans des considérations intéressantes relatives aux climats chauds, où l'éléphantiasis des Arabes est si fréquent. Mais cette maladie n'étant point exclusive à ces contrées, les déductions perdent de leur valeur; elles sont en outre tout à fait balancées par les observations dans lesquelles les vaisseaux et les ganglions lymphatiques n'étaient en aucune manière altérés dans les parties affectées d'éléphantiasis.

Une deuxième opinion, soutenue par M. Bouillaud, adoptée par Fabre, par Gaide, par Landi <sup>(1)</sup>, se base sur les faits d'oblitération, de rétrécissement, d'épaississement des veines; mais dans beaucoup d'autres cas ces altérations n'existaient pas.

On ne peut donc pas considérer les lésions, soit des veines, soit du système lymphatique, comme essentielles; elles n'étaient que le résultat de simples coïncidences.

L'éléphantiasis arabe est le produit d'un travail lent et successif, ou d'un accroissement opéré, avec plus ou moins de rapidité, par des impulsions répétées.

<sup>(1)</sup> *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 62.

On conçoit qu'un ralentissement dans le cours des fluides, un engorgement des vaisseaux, une nutrition exagérée, produise l'intumescence progressive d'une partie; mais l'accroissement actif s'opère d'une manière différente.

On a vu des érysipèles se succéder et chaque fois laisser la partie un peu plus volumineuse. Or, l'érysipèle s'accompagne et d'une injection des capillaires cutanés et d'une congestion séreuse considérable dans le tissu cellulaire. Si le fluide, au lieu d'être facilement résorbé, s'attache à cause de sa plasticité aux parties qu'il infiltre, la résolution en devient difficile et imparfaite, et cette matière vient ajouter à la somme des éléments constitutifs. Alors, le derme vers lequel l'appel des fluides a été le plus actif, augmente d'épaisseur; cet excès de nutrition s'étend aux deux surfaces, les développe, et fait naître des productions, des prolongements en divers sens, assimile le tissu cellulaire au tissu cutané, modifie le tissu adipeux et constitue ainsi des masses organiques énormes.

Il ne faut pas omettre de mentionner une circonstance qui peut-être a une certaine part dans la production de la maladie. Je veux parler de la pesanteur. Le siège de prédilection de l'éléphantiasis des Arabes est la partie la plus déclive du corps, ou encore la partie la plus déclive du tronc. On sait combien les engorgements des jambes laissées dans la direction verticale, et des bourses non soutenues, sont opiniâtres. Or, les individus menacés d'éléphantiasis ne peuvent longtemps s'astreindre au repos, à la position horizontale et aux précautions qu'exigerait l'état des organes.

On constate donc ici, d'une part, une congestion active, un travail phlegmasique, une nutrition accrue, et d'autre part, une stase des fluides par leur pesanteur, un état passif des organes par la perte inévitable de leur résistance vitale et de leur force de réaction.

Ces phénomènes sont-ils purement locaux ou ne tiennent-ils pas à des dispositions générales? Celles-ci ne sont nullement déterminées. L'éléphantiasis des Arabes a ses causes immédiates dans les parties atteintes; mais la modification que



celles-ci longtemps altérées font ressentir à tout l'organisme, peut rendre possible la répétition des mêmes phénomènes dans d'autres régions. Toutefois cette répétition a été bien rarement observée (1). Le plus souvent, l'extirpation des parties altérées a détruit le mal dans sa source. Ici, la récurrence est l'exception, tandis que dans la kéloïde, par exemple, elle est la règle.

Il faut, en outre, remarquer que l'éléphantiasis des Arabes peut durer très-longtemps sans porter un trouble fâcheux dans l'exercice des fonctions, et que presque toujours la mort a été le résultat d'une circonstance accidentelle.

**g. — Diagnostic de l'éléphantiasis des Arabes.** — Les phénomènes les plus constants de l'éléphantiasis des Arabes forment un ensemble parfaitement caractérisé, qui rend le diagnostic facile. Ainsi, une tumeur large, saillante, dure, lentement développée, souvent précédée d'érysipèles, s'entourant de rugosités, de proéminences, produisant la déformation complète des parties affectées, donne des indices suffisants qui ne permettent guère de le confondre avec d'autres états morbides.

Cependant, il est facile de reconnaître par la lecture des auteurs, qu'ils n'ont pas eu toujours des idées précises sur les caractères distinctifs des deux éléphantiasis. En traitant de celui des Grecs, je rappellerai les différences essentielles qui le séparent de celui dont il s'agit dans ce chapitre. Martini lui-même, en voulant éclairer le diagnostic, a ajouté à la confusion.

Horack a désigné sous le même titre une autre affection de la jambe (2); d'où on pourrait conclure que si la maladie observée par Martini était un éléphantiasis des Arabes, celle que Horack a décrite devait l'être aussi et réclamait la même dénomination. Ce serait une erreur. Des analogies existent;

(1) Mondière; *Expérience*, t. II, p. 104. — Cazenave; *Ibid.*, et *Dictionnaire ou Répertoire de Médecine*, t. II, p. 288.

(2) Martini et Horack; *Observationes rarioris degenerationis cutis in cruribus elephantiasis simulantibus*. Lipsiæ, 1828.

mais dans ce dernier cas, il s'agissait d'un lupus hypertrophique de la jambe. La figure jointe à la description, rend la ressemblance assez sensible.

Alard me paraît aussi avoir mis sur le compte de l'éléphantiasis arabe de simples congestions dans le tissu cellulaire. Une maladie attribuée à la lésion du système lymphatique devait, selon ce médecin, aboutir à l'éléphantiasis ou s'y rattacher. Mais une vue théorique ne saurait être mise à la place d'une rigoureuse constatation; or, les observations V (p. 76), IX (p. 78), X (p. 80), ne me paraissent offrir que quelques traits tout à fait insuffisants de l'éléphantiasis des Arabes.

On trouverait plus de rapports entre cette maladie et ces altérations du tissu cellulaire qui succèdent aux œdèmes anciens. Hauff en a mentionné des exemples (1), recueillis chez des individus atteints de lésions organiques. Mais le développement antérieur de celles-ci et la longue existence d'un simple œdème ne laissent aucune incertitude.

La phlegmatia alba dolens a paru à quelques auteurs se rapprocher de l'éléphantiasis des Arabes, par la tuméfaction étendue qu'elle détermine. Mais les circonstances qui la font naître, les douleurs qui l'accompagnent, la coloration, l'absence d'altération de la peau, etc., empêchent de confondre ces maladies.

Il est des engorgements des membres, résultant d'affections rhumatismales et scrofuleuses très-anciennes, qui pourraient être pris pour l'éléphantiasis des Arabes. Certainement la première observation de Nahke (2), une autre observation fournie par Hancke (3), sont rattachées à tort à l'éléphantiasis. Ce n'étaient que des affections scrofuleuses, avec altération des os. Dans les cas de ce genre, ce sont surtout les articulations qui sont malades et tuméfiées; tandis que dans l'éléphantiasis l'intumescence est plus marquée dans la continuité des membres.

(1) *Medicinisches Correspondenz-blatt.*, etc. (*Gaz. méd.*, t. III, p. 519.)

(2) *Tract. de eleph. arabica*, p. 30.

(3) *De nonnullis elephantiasis exemplis*. Halæ, 1837, p. 6.



Enfin, la maladie qui aurait avec l'éléphantiasis le plus d'analogie serait l'hypertrophie simple du derme. Mais ici la peau conserve sa souplesse; elle est plutôt flasque que dure et tendue; elle ne se couvre pas d'éminences rugueuses, et laisse au tissu cellulaire son état normal. C'est à la tête, au cou, à la cuisse, plutôt qu'à la partie inférieure des membres abdominaux, qu'on l'a observée. Enfin, le développement cutané s'opère le plus souvent dans le sens de la largeur, et donne lieu à l'extension démesurée des téguments dans la partie affectée. Il est donc très-facile de saisir les différences de ces états morbides. L'éléphantiasis arabe est bien une hypertrophie du derme, mais avec excroissances développées sur la surface papillaire, envahissement et condensation d'une couche plus ou moins épaisse des tissus cellulaire et adipeux.

**h. — Traitement de l'éléphantiasis des Arabes.** — Le traitement diffère selon la période à laquelle il correspond, et selon le mode de développement de la maladie.

Si l'intumescence est encore peu considérable, si son accroissement s'opère sous l'influence d'accès fébriles et d'invasions érysipélateuses, on peut avoir recours à des émissions sanguines, aux boissons délayantes et diurétiques, aux purgatifs, à un régime sévère, en même temps que la partie menacée est mise en repos et dans une position assez élevée.

Lorsque l'éléphantiasis s'accroît très-lentement et a déjà acquis un certain volume, on est réduit à l'emploi des bains alcalins et sulfureux, des douches de vapeur, à l'usage des préparations d'iode et des remèdes altérants.

La compression peut avoir de l'utilité. Les lotions chlorurées, ou de décoction de suie, les cautérisations avec la poudre de Vienne, peuvent modifier et l'odeur et l'aspect des chairs, quand il y a des ulcérations, des érosions, des végétations et un suintement fétide.

L'impossibilité de ramener les parties affectées à leur état normal a suggéré l'idée de les enlever. Cette opération n'est nécessaire que si le poids considérable, la gêne et la fatigue

qui en résultent, font de la tumeur éléphantiasique une cause perpétuelle de tourment. Mais comme ces tumeurs sont rarement douloureuses par elles-mêmes, les malades consentent le plus souvent à les garder. Il existe d'ailleurs des différences assez grandes quant aux résultats des opérations.

L'amputation pratiquée pour l'éléphantiasis de la jambe a été jugée compromettante par Hendy, par Alard <sup>(1)</sup>; cependant elle n'a pas toujours été sans succès <sup>(2)</sup>.

Les chances de réussite sont beaucoup plus nombreuses lorsque la maladie occupe l'avant-bras, la main ou les doigts; témoin les faits cités par Kennedy, Davidson <sup>(3)</sup>, Heyfelder <sup>(4)</sup>, Lebert <sup>(5)</sup>, L'Herminier <sup>(6)</sup>, Guersent <sup>(7)</sup>.

L'amputation de la peau du pénis a été faite avec avantage par Tripier, Folchi, Ogier.

Celle du scrotum a été exécutée, avec des résultats souvent heureux, par Larrey, Delpech, Clot-Bey, Gaetani-Bey, Labat, Graefe, Tournesko, M. Lenoir, etc. Je me borne à cette simple indication. Les détails relatifs à l'opération ne peuvent trouver place dans cet ouvrage.

## II<sup>e</sup> DIVISION.

### MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Les maladies cutanées chroniques dépendent souvent de causes qu'il est très-important de connaître pour donner au traitement des règles précises. Or, une division d'une simplicité et d'une évidence incontestables se présente ici : ou bien

<sup>(1)</sup> *Histoire, etc.*, p. 357.

<sup>(2)</sup> Voyez trois exemples d'amputations de la cuisse faites avec succès par MM. Sainte-Colombe, Leroux et Petit (île de la Réunion). (*Gaz. méd.*, 1858, p. 23.) Il est assez remarquable, mais peu surprenant vu la nature non diathésique de la maladie, que l'amputation faite sur des tissus qui n'étaient pas entièrement sains, n'en a pas moins réussi.

<sup>(3)</sup> *Edinb. Journ.*, 1838. (*Expérience*, t. II, p. 104.)

<sup>(4)</sup> *Revue méd.*, 1842, t. III, p. 117.

<sup>(5)</sup> *Physiologie pathologique*, t. II, p. 45.

<sup>(6)</sup> *Mém. de la Soc. de Biologie*, t. II, p. 67.

<sup>(7)</sup> *Gaz. des Hôpit.*, 1857, p. 463 et 564.