

tantôt incorporées aux leucocytes. Les urines montrent ces mêmes granulations, et parfois des cylindres noirâtres moulés dans les tubuli du rein.

Pronostic et traitement. — Le pronostic des sarcomes de la peau est grave : la récurrence post opératoire est fréquente ; l'opération, pour le sarcome mélanique, donne souvent un coup de fouet à l'affection. Le seul traitement médical qui ait donné quelques résultats est la cure par l'arsenic à haute dose, de préférence par le cacodylate de soude.

ARTICLE IV

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES ET DÉFORMATIONS ÉLÉPHANTIASIQUES

Définition. — L'éléphantiasis, par comparaison avec l'état pachydermique, est un terme général qui s'applique aux *hypertrophies du derme et du tissu cellulaire sous-cutané*, circonscrites à certaines parties du corps, surtout le scrotum et les membres inférieurs.

Pathogénie et classifications. — Or, cet état hypertrophique de la peau et de l'hypoderme peut être l'aboutissant de dermatites à répétition dont les lésions inflammatoires s'additionnent, et surtout d'œdèmes chroniques évoluant vers la sclérose ou vers la transformation fibro-adipeuse. Dans la production des troubles circulatoires qui entretiennent ces œdèmes chroniques, deux systèmes interviennent : les veines et les lymphatiques. L'éléphantiasis n'est que l'exagération et le terme ultime de ces œdèmes veineux ou lymphatiques.

De là, au point de vue pathogénique, deux grandes classes d'éléphantiasis : l'éléphantiasis lymphatique, lié à la gêne de la circulation de la lymphe ; les éléphantiasis veineux, où dominent les troubles de la circulation du sang noir.

L'éléphantiasis lymphatique, *éléphantiasis filarien*, s'observe à l'état endémique dans une zone de 35° à 40° de latitude au

nord et au sud de l'Equateur : il est surtout commun en Égypte, au Brésil, aux Antilles, aux Indes. Il se rattache à la présence de la filaire de WUCHERER dans les voies lymphatiques, et doit être rapproché des autres manifestations de la filariose : 1° les varices lymphatiques et l'adéno-lymphocèle ; 2° l'hémato-chylurie, que caractérise l'émission d'urines, tantôt rouges, tantôt blanches comme du lait ; 3° l'hydrocèle chyleuse à épanchement laiteux ; 4° l'ascite chyleuse ; 5° le lympho-scrotum, constitué par des varices lymphatiques du scrotum.

Comment la filaire du sang, dont nous traçons l'histoire à propos de l'adéno-lymphocèle (p. 383), peut-elle provoquer l'éléphantiasis ? — Il y faut voir le résultat de deux actions. D'abord, intervient, comme l'avaient pensé LEWIS et PATRICK MANSON, une *gêne mécanique* due à la présence des filaires adultes, habitant dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques, qu'elles obstruent directement ou dont elles déterminent l'oblitération inflammatoire par irritation pariétale. En second lieu, il faut accorder un rôle important à l'infection, aux lymphangites à répétition, dont les lésions inflammatoires se surajoutent à chaque crise et dont l'épaississement éléphantiasique est le reliquat, infection lymphangitique qui s'explique bien si l'on considère la stase dans les vaisseaux blancs obstrués, la saleté des populations, exposées à cette endémie, et les occasions d'inoculation septique que créent les petites vésicules en grains de mil, faciles à rompre, qui s'observent au niveau de ces varicosités lymphatiques.

L'éléphantiasis de nos pays, *éléphantiasis nostras*, éléphantiasis, non filarien, se rattache presque constamment à des obstructions veineuses et, dans quelques cas mal étudiés, à des œdèmes angio-neurotiques. Tel est surtout l'*éléphantiasis variqueux* : l'épaississement cutané, parfois énorme, que présentent certains membres variqueux, résulte de l'infiltration par un œdème dur et persistant et d'une *dermite papillomateuse*, caractérisée par de volumineuses hypertrophies papillaires ; tantôt, les papilles restent encore noyées dans l'épiderme épaissi, ce qui donne à la surface un aspect verruqueux ; tantôt, elles émergent des croûtes épidermiques et hérissent de leurs saillies la jambe et le cou-de-pied. — Il est une forme de tuberculose

cutanée, le *lupus éléphantiasique*, où l'infiltration bacillaire de la peau, l'œdème du tissu cellulaire, les poussées d'érysipèles, arrivent à doubler le volume de la jambe. — Enfin, il est des éléphantiasis nostras qui relèvent d'une infection streptococcique et qui s'établissent à la suite de dermo-lymphangites, d'érysipèles à répétition : le staphylocoque fait ici le même rôle d'obstruction lymphangitique que la filaire de WÜCHERER.

Symptomatologie. — L'éléphantiasis filarien se développe généralement par une série de poussées lymphangitiques, avec tuméfaction rouge et douloureuse des téguments, induration en trainées des lymphatiques, adénite des ganglions correspondants, fièvre plus ou moins élevée. C'est l'*accès éléphantiasique*, poussée d'infection lymphatique plus ou moins vive, qui dure quelques jours, puis rétrocede et se résorbe partiellement, laissant, comme reliquats inflammatoires, une infiltration du derme et du tissu cellulaire sous-cutané par un liquide séreux, clair, tachant le linge, qui, parfois, s'écoule abondamment par les petites vésicules, rosées et transparentes, répondant à des varicosités lymphatiques superficielles. Après quelques accès semblables, l'état éléphantiasique s'établit : le derme et l'hypoderme, les aponévroses d'enveloppe, forment une couche lardacée, dure, parsemée de véritables lacs lymphatiques dus à des vaisseaux blancs, distendus et amincis. — Dans les éléphantiasis non filariens (variqueux, érysipélateux, lupiques), les poussées successives d'infection phlébitique ou angioleucitique jouent le même rôle ; et c'est par l'addition d'œdèmes inflammatoires successifs que les épaisissements pachydermiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané se constituent.

L'éléphantiasis a pour lieux d'élection les membres inférieurs, le scrotum, les grandes lèvres. La jambe, la cuisse sont déformées par d'épais bourrelets cutanés, que séparent des plis profonds ; assez souvent, un pied peu déformé se continue avec une jambe énorme : ces bourrelets sont durs, élastiques : la peau, adhérente, présente un capitonnage en peau d'orange. Le scrotum, les grandes lèvres peuvent former une tumeur énorme descendant jusqu'au genou. — L'éléphantiasis veineux de nos régions est moins volumineux, se complique fréquem-

ment d'ulcère variqueux, s'accompagne d'une hypertrophie papillaire verruqueuse, plus ou moins humide et suintante.

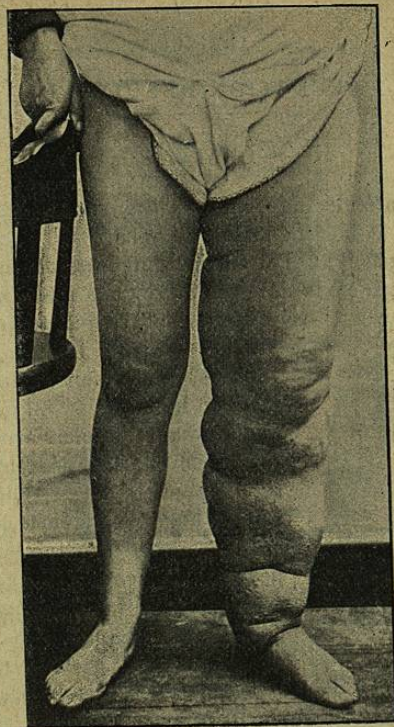


Fig. 93.

Éléphantiasis nostras (d'après une de nos photographies).

Traitement. — La compression, l'électricité par courant continu, l'antisepsie pour parer aux lymphangites à répétition sont les moyens ordinaires de traitement. La ligature artérielle n'a rien donné de valable dans l'éléphantiasis des membres. L'excision par décortication est applicable à l'éléphantiasis

du scrotum et des grandes lèvres; nous venons de l'appliquer à un cas d'éléphantiasis nostras du membre inférieur.

ARTICLE V

AFFECTION DES ONGLES

I. — ONGLE INCARNÉ

L'onxyis latérale, ou *ongle incarné*, se caractérise par ces deux faits : 1° la pénétration du rebord de l'ongle dans la gouttière unguéale; 2° l'ulcération fongueuse de cette gouttière.

Le gros orteil est le siège ordinaire de la maladie; et le bord externe est presque toujours le seul atteint. — Diverses causes l'expliquent. D'abord, une raison anatomique, bien mise en lumière par LE FORT : tandis que les quatre derniers orteils appuient sur le sol par leur extrémité, le gros orteil appuie à plat, parallèlement à la surface unguéale, de sorte que les chairs ont une tendance naturelle à le déborder latéralement; cette tendance est accentuée sur le bord externe parce que, chez certains sujets, le second orteil est comme caché sous le premier



Fig. 94.

Position vicieuse du second orteil produisant l'incarnation.

et pousse contre l'ongle le bourrelet péri-unguéal; il suffit alors, pour guérir le sujet, de ramener cet orteil au-dessus du premier et l'y fixer par une bague de diachylon. — Les chaussures pointues, ramassant les orteils vers l'axe du pied, favorisent l'incarnation; les tissus des lymphatiques y sont prédisposés. Il faut accorder un rôle important aux microbes pyogènes qui, présents dans la rainure de l'ongle, s'inoculent grâce à la sueur macérante, à l'érythème humide et fétide, aux érosions de la marche : de là, chez ces sujets, la valeur prophylactique des soins de propreté.

Pour guérir radicalement l'incarnation, rebelle aux soins d'antisepsie, il ne suffit pas d'enlever l'ongle; il faut détruire, partiellement ou totalement, la matrice qui le reforme. La destruction partielle peut se faire, à la façon de FOLLIX, en excisant un quadrilatère comprenant le bourrelet fongueux, la rainure, une bande d'ongle et la partie correspondante de sa

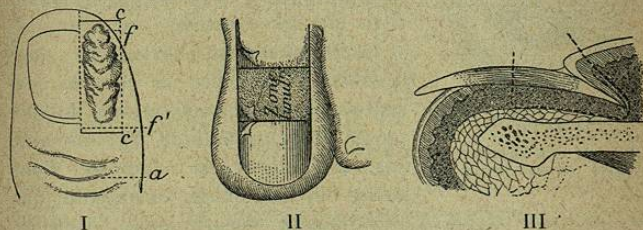


Fig. 95.

- I. Excision partielle latérale de FOLLIX.
- II. Destruction totale de la matrice unguéale par l'excision de la *région lunulaire* (procédé de QUÉNU).
- III. Destruction totale de la matrice par excision de la lunule et du manteau (procédé de DARDIGNAC).

matrice. La destruction totale de la matrice unguéale s'effectue par le *procédé de Quénu* qui enlève le derme sous-unguéal de la *zone lunulaire* préposée à la sécrétion de la substance cornée; ou par le *procédé de Dardignac* qui excise en même temps que la lunule, le repli sus-unguéal du derme, le « manteau » participant à la sécrétion cornée et capable de reproduire partiellement l'ongle.

II. — EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE DU GROS ORTEIL

On observe, sur le gros orteil, près de son extrémité, une petite tumeur, arrondie, rougeâtre, cachée en partie par l'ongle refoulé en haut; dans les parties où elle est recouverte, la saillie offre un revêtement rouge constitué par le derme unguéal, adhérent, épaissi; la tumeur est mollassse dans ses couches

superficielles, correspondant à ce derme très vasculaire; elle est dure et comme osseuse dans ses couches profondes. Elle est immobile sur le plan de la phalange. Telle est l'*exostose sous-unguëale*, bien décrite par DUPUYTREN et GOSSELIN. C'est une affection de l'adolescence, au même titre que les exostoses ostéo-géniques et les fibromes naso-pharyngiens; mais GOSSELIN l'a vue chez un sujet de quarante-sept ans et nous venons de l'observer chez un malade de cinquante ans. La tumeur est composée d'une masse fibreuse, dense, surmontant une base de tissu osseux. Le traitement consiste dans l'excision, après ablation de l'ongle.

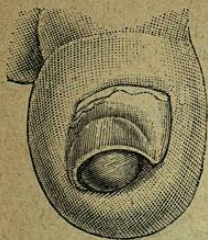


Fig. 96.
Exostose sous-unguëale
(d'après BLAND SUTTON).

CHAPITRE II

AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

ARTICLE PREMIER

AFFECTIONS DES VAISSEaux ET DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

I. — PLAIES DES VAISSEaux LYMPHATIQUES

Toute plaie des parties molles ouvre des réseaux lymphatiques; mais l'accident n'est point reconnaissable, la lymphe s'écoulant mêlée au sang, en minime quantité d'ailleurs. Pour qu'une plaie lymphatique soit l'occasion d'un écoulement perceptible et distinct, d'une lymphorrhagie, véritable hémorrhagie blanche, il faut qu'elle intéresse un tronc lymphatique de premier ordre, ou bien préalablement dilaté. Quelques cas rares sont relatifs à des plaies du canal thoracique. Un certain nombre de vieilles observations signalent des lymphorrhagies consécutives à des plaies du pli du coude, — après la saignée, — du dos du pied au-devant des malléoles.

II. — LYMPHANGITE AIGUE

1° Étiologie. — Sur un point superficiel de la peau ou d'une muqueuse s'est produite une inoculation septique: une fois la frontière cutanée ou muqueuse de l'organisme franchie, voilà les *espaces lymphatiques*, qui sont la source même des canaux de la lymphe, ouverts à l'infection.

Des réseaux d'origine qui occupent les couches externes du derme et du chorion, les microorganismes pathogènes pas-