

Jamieson et spécialement Strübing ont étudié d'une manière approfondie à propos de cas qu'ils ont observés. Cet œdème survient par accès et à plusieurs reprises chez le même individu, régulièrement associé à des troubles gastriques, vomissements, diarrhée ; il se présente sous forme de tuméfactions œdémateuses, mamelonnées, d'un blanc luisant, sur la peau de la face, sur celle d'autres régions, ainsi que de la muqueuse buccale, pharyngienne et laryngienne. Dans ce dernier cas, le manque de respiration et le danger de suffocation sont la conséquence la plus prochaine de la tuméfaction. Il est facile de reconnaître qu'il s'agit ici d'un trouble angionerveux de la circulation et d'une exsudation de sérum (Strübing), et cela dans le sens d'une urticaire, peut-être d'une urticaire géante (Milton) (1).

Il est une autre affection qu'il faut rapporter à la stase des humeurs, c'est l'hypertrophie diffuse du tissu connectif de la peau que l'on appelle éléphantiasis des Arabes.

(1) L'œdème « aigu circonscrit » de la peau, de QUINCKE, de RIEHL, œdème angioneurotique de STRÜBING, représente une affection générale, successive et récidivante, caractérisée par des œdèmes localisés, en plaques, à développement aigu, à bords nets, à surface érythémateuse ; indolents, non prurigineux, fugaces ; mais se multipliant et constituant, par la réunion des poussées successives, non pas comme l'indiquerait son nom, une affection aiguë, mais un état pathologique qui peut se prolonger fort longtemps, et même qui peut s'installer, et persister sous forme d'œdème chronique.

Bénigne tant qu'elle réside sur la peau proprement dite, l'œdématisation circonscrite se montre plus intense et plus pénible aux paupières, aux lèvres, à la vulve, au pénis et au scrotum ; elle peut devenir mécaniquement grave dans ses localisations buccolinguales et pharyngolaryngées. Elle ne se confond pas avec l'urticaire géante, les nodosités rhumatismales, les pseudolipomes sous-cutanés, les érythèmes en plaques, les dermolymphtes simples ou spécifiques ; mais elle a été jusqu'ici confondue avec ces états pathologiques, et la limite entre l'urticaire géante de MILTON, massive de RAPIN — *loc. cit.*, — n'est pas encore absolument tranchée. Cf. COURTOIS-SUFFIT, Sur l'œdème aigu circonscrit de la peau, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1889, p. 859 ; MAX JOSEPH, Congrès de Prague, 1887, *Berl. klin. Wochensch.*, 1890, n° 4.

Traitement : Diurétiques, sudorifiques, purgatifs ; sulfate de quinine, salicylate de soude, atropine ; — nous avons employé avec succès, dans un cas, les applications locales prolongées de compresses de *lint*, imprégnées de solution de salicylate de soude 2 à 5 p. 100, additionnée de bicarbonate de soude 1 à 3 p. 100.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

On désigne sous ce nom ou sous celui de pachydermie (Fuchs), une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, limitée à certaines régions du corps, consécutive à des troubles locaux de circulation, à des inflammations chroniques et réitérées des vaisseaux sanguins et lymphatiques, à l'érysipèle ou à un œdème de longue durée, et qui, intéressant également les tissus sous-jacents, détermine une augmentation de masse et de volume de toutes les parties qui constituent la région atteinte.

Le mot éléphantiasis a été créé par les traducteurs des Arabes (d'où éléphantiasis des Arabes), et est synonyme du mot arabe, *dal-fil* (pied d'éléphant), par lequel on désigne la jambe d'un pachyderme. Cette remarque détruit donc l'idée erronée qui consiste à regarder cette maladie comme spéciale à l'Arabie ; car l'éléphantiasis des Arabes se trouve, du moins certaines formes, d'une façon beaucoup plus fréquente et presque endémique dans un grand nombre de contrées tropicales et subtropicales, en Égypte, sur les bords de la Méditerranée ; en Arabie, sur la côte occidentale de l'Afrique, au Brésil, dans les Antilles, les îles de la Sonde, sur les bords et dans les îles des mers du Sud. Mais on en rencontre des cas isolés dans tous les pays, sous tous les climats ; quelques variétés de la maladie se voient même assez fréquemment en Europe (1).

(1) Le nom d'ÉLÉPHANTIASIS, *sans qualificatif*, est le seul qui convienne aujourd'hui à la maladie décrite par les auteurs arabes sous le nom de *dal-fil*, pied d'éléphant ; pour la première fois clairement au neuvième siècle de notre ère par RAZÈS, et que les arabistes traduisirent par le terme d'éléphantiasis.

Jusqu'à l'époque actuelle, un *double emploi* fâcheux de ce mot a persisté avec la désignation donnée antérieurement par les auteurs grecs à la lèpre, et a amené dans la littérature médicale des confusions inextricables, de sorte qu'il y avait *deux* éléphantiasis, l'*éléphantiasis* DES GRECS, ou LÈPRE, et l'*éléphantiasis* DES ARABES. Aujourd'hui dans le langage scientifique correct, la lèpre n'est appelée que de son nom, et le terme d'éléphantiasis ne s'applique qu'à la maladie décrite par RAZÈS.

Pour remédier au double emploi du mot, FUCHS, en 1840, avait proposé le terme de PACHYDERMIE. Mais cette désignation n'a pas prévalu définitivement, et ne devait pas prévaloir, parce que sa signification partielle ne vise que les lésions de la peau — *παχὺς δέρμα*, peau épaisse — et n'exprime pas aussi typiquement que le mot éléphantiasis l'augmentation massive, et la déformation caractéristique.

Le siège le plus habituel de l'affection est aux membres inférieurs (rarement aux deux à la fois), et en particulier à la jambe et au pied ; plus rarement l'affection s'étend à la cuisse jusqu'au pli fessier. Elle atteint aussi très fréquemment le pénis et le scrotum, les grandes et les petites lèvres ainsi que le clitoris ; tandis que les membres supérieurs, les joues, les oreilles, le dos et d'autres régions n'en sont qu'exceptionnellement affectés.

Dans chacune de ces variétés de siège, membres inférieurs ou parties génitales, les symptômes de la maladie présentent des caractères typiques.

L'éléphantiasis du membre inférieur se développe en règle générale d'une façon chronique, par une série de manifestations inflammatoires de peu de durée, paroxystiques, et se renouvelant à des intervalles irréguliers. Ce sont là dans les premiers temps les seuls symptômes de la maladie. Sans cause connue, ou à la suite d'une cause locale, il se développe à la jambe un érysipèle diffus, ou une dermatite profonde, ou bien une simple rougeur douloureuse sous forme de trainées, ou une lymphangite, une phlébite, des douleurs, de la tension, du gonflement de la peau, avec fièvre. Peu de temps après sa disparition, l'inflammation se reproduit, spontanée ou provoquée. Après chaque atteinte, il reste un léger œdème de la peau, lequel devient toujours plus appréciable, et arrive à augmenter notablement la circonférence de la jambe ; d'autant plus qu'au bout de quelques mois, d'un ou deux ans, ces inflam-

La désaffection du terme est d'ailleurs complétée par son adaptation au myxœdème — cachexie pachydermique.

Il n'est pas besoin d'expliquer pourquoi une foule de dénominations régionales sont abandonnées, et pourquoi la plupart des synonymes tels que celui de *Bucnemia* — βου, monstrueux, χήμη, jambe — *tropica*, proposé par MASON GOOD, employé par ERASMUS WILSON sans qualificatif, et celui de *Spargosis* — παραρρωσις, intumescence — adopté en dernier lieu par le même auteur — « as the better and more correct » — ont eu le même sort.

L'éléphantiasis dans toutes ses formes, même les plus excessives, peut s'observer partout ; mais il faut ajouter de suite — particularité très significative — que la maladie, relativement rare dans toute l'Europe, nous dirons pourquoi à propos des conditions pathogéniques et étiologiques — est au contraire commune dans presque toutes les autres parties du monde, et qu'elle est *endémique* dans les régions tropicales et circa-tropicales, sur le bord de la mer, et le long des grands fleuves, ou dans des contrées particulièrement basses et humides, habitées par une population misérable.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

mations se succèdent à des intervalles toujours plus rapprochés (1).

A part une tension plus forte et un aspect blanc ou rouge luisant, la surface de la peau ne paraît pas changée. Avec le doigt, on peut y faire une empreinte dénotant l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. En même temps, on y constate une augmentation de masse et de dureté, et quand on essaie de soulever un pli de la peau, on la trouve plus épaisse, plus dense, plus fortement adhérente.

Plus tard, les ganglions de l'aîne sont atteints et forment de grosses tumeurs dures. Bien plus, dans quelques cas, le gonflement et l'induration des ganglions inguinaux précéderaient même les manifesta-

(1) Ce n'est ni d'une manière brusque, ni d'une manière latente, que l'altération éléphantiasique *typique* atteint, d'ordinaire, son développement complet : le fait essentiel, capital, caractéristique au point de vue de l'évolution, dans toutes ses formes, espèces et variétés, c'est le *processus intermittent, ou paroxystique*.

L'œdème hypertrophique résulte d'une série plus ou moins nombreuse de crises, le plus ordinairement fébriles — fièvre de l'éléphantiasis, *synochus lymphaticus* — constituant de véritables *accès* éléphantiasiques, à début brusque, le plus souvent imprévu, paraissant quelquefois en rapport avec un refroidissement, une fatigue, une commotion morale.

Examiné dès le début, le malade a le facies altéré, et fait savoir qu'il a été saisi, dans la nuit ou le matin, d'un *frisson* souvent violent, intense, prolongé ; le membre atteint est chaud, tuméfié, érythémateux dans toute son étendue, ou offrant seulement des marbrures lymphangitiques, soit à la périphérie de la lésion déjà réalisée, soit à son centre, soit en un point quelconque s'il s'agit d'un premier accès.

D'autres fois, ce sera une poussée eczématoïde, quelquefois une lymphodermite assez cohérente et assez compacte pour simuler l'érysipèle vrai ou bien même un phlegmon ; ailleurs ce sera une périphlébite variqueuse, ou encore une dermite diffuse émanée d'un ulcère, ou encore quelque traumatisme, même le plus léger, tel que la piqûre d'épingle ou d'aiguille, faite par le médecin dans un but d'exploration.

L'accès fébrile éléphantiasique est *pseudocontinu*, rémittent, ou intermittent ; à type tierce ou double tierce, et sujet à varier selon toutes les circonstances et conditions *individuelles* ou *locales* qui peuvent influencer le *mode* fébrile. Il peut s'accompagner aussi d'un cortège variable de tous les symptômes de la *fièvre éphémère*, vomissements, délire, etc., et revêtir parfois un haut caractère de gravité apparente. Sa terminaison est cependant toujours favorable, à moins de complications exceptionnelles ou imprévues. Sa durée ne dépasse guère un septénaire ou deux, et, dans notre climat au moins, au bout de très peu de jours, tout est, d'ordinaire, sinon toujours, rentré dans l'ordre.

Les *phénomènes locaux*, observés au cours des paroxysmes, sont, en général, bornés à ceux que nous avons indiqués ; les eschares — *éléph.*

tions sur la jambe, maladie ganglionnaire des Barbades (Hendy et Rollo).

Dans l'espace de cinq à dix ans, le membre inférieur devient extrêmement volumineux, informe, l'hypertrophie ayant atteint, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les parties molles sous-jacentes et même les os.

La jambe est augmentée de deux à trois fois son volume ordinaire, et représente un cylindre massif, à contours et à aspect monstrueux, se continuant directement, en comblant les cavités osseuses,

gangréneux — et le phlegmon où les abcès — *éléph. phlegmoneux* — ne sont observés qu'à titre exceptionnel.

Le nombre de ces accès est très variable; l'intervalle qui les sépare, quelquefois très court, d'autres fois, au contraire, considérable. Tel malade a de nombreux accès chaque année; l'autre compte, entre chacun d'eux, des intervalles de plusieurs années, etc.

Inégaux et irréguliers chez les différents sujets, les accès présentent également les plus grandes variétés chez un même malade, depuis la crise légère, *latente*, presque inconsciente, jusqu'aux phénomènes fébriles les plus élevés et les plus menaçants.

Pendant les accès, les souffrances des malades sont parfois assez vives, céphalée, malaise fébrile, état nauséux, vomissements, chaleur sèche d'abord et sueurs consécutives, douleur inguinale, chaleur, tension, battements dans les régions envahies; mais tout cela s'évanouit assez rapidement, et ceux-là même chez qui les crises se répètent fréquemment, n'en conservent aucun état maladif dans les intervalles.

Chez quelques sujets, surtout pendant les premières phases, les accès éléphantiasiques sont peu accentués ou semblent manquer — éléphantiasis à marche lente, *non fébrile* — Voyez P. DUCHASSAING, sur l'éléph. des Arabes et sur la spilloplaxie, *Arch. gén. de méd.*, V^e série, t. IV, p. 412, 706, t. V, p. 52, Paris, 1854-1855 — mais quand le malade est soumis à une observation attentive, on peut aisément faire la preuve de leur existence, ainsi que nous l'avons démontré — Voy. E. BESNIER, De l'éléphantiasis, *Gaz. des Hôp.*, 1878. Cela dit, nous reconnaissons qu'il n'y a pas de rapport constant entre la fréquence ou l'intensité des paroxysmes fébriles lymphangitiques et le degré du développement de l'éléphantiasis.

Dans les formes géantes, lisses, ou hyperœdémateuses, l'accroissement du membre se produit, s'accroît d'une manière ininterrompue. Dans les formes spéciales — El. papillomateux, ulcéreux, etc., — les crises lymphangitiques peuvent être très fréquentes, et ne pas amener d'hypertrophie considérable à leur suite.

Enfin, tant sont multiples les conditions qui peuvent aboutir à l'état éléphantiaque, la pyrétophlegmasie, les accès, le cortège inflammatoire, ne sont pas nécessaires pour qu'un œdème lymphatique ou veineux, s'il se prolonge, fasse naître, dans les parties où il existe, l'altération caractéristique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

avec le dos du pied gonflé et comparable à un pied d'éléphant (Éléphantopus, jambe des Barbades, de Cochinchine, mal de Surinam). Un sillon profond, situé au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et dans lequel s'accumulent les sécrétions cutanées et altérées des débris épidermiques, sépare la jambe du pied. Le pied est en même temps élargi, ainsi que les orteils, dont la peau éléphantiasique se confond au point de ne laisser comme trace de séparation que des sillons superficiels. La surface du membre ainsi déformé est sèche, non sudorale, fortement tendue, mate, luisante ou blême, brunâtre par places (éléphantiasis brun ou noir), elle est colorée par des couches de pigment ou par des masses épidermiques et sébacées superposées. L'épiderme est en quelques points mince, parcheminé, coriace et feuilleté; sur d'autres, épais, brun, comme dans l'ichthyose serpentine, ou soulevé sous forme de callosités épaisses ou d'éminences cornées, comme dans l'ichthyose hystrix. Du reste, la peau éléphantiasique est lisse (éléphantiasis glabre), ou rugueuse (éléphantiasis tubéreuse), ou encore recouverte de végétations nombreuses, filiformes ou framboisées, sèches ou humides (éléphantiasis verruqueuse ou papillaire). A côté de cela, on trouve, suivant les cas, des excoriations, des ulcérations superficielles ou profondes, à bords calleux, à fond gangréneux ou sécrétant un pus mal lié, ou bien par places de l'eczéma humide et croûteux. Dans certains cas de pachydermie, dans lesquels l'affection est diffuse ou se montre sous forme d'indurations linéaires, paraissant s'étendre de la jambe en suivant la face interne de la cuisse jusqu'aux ganglions inguinaux ou jusqu'aux fesses, on trouve parfois une fissure spontanée de la peau, ou bien un vaisseau lymphatique tendu comme une corde et dont suintent des gouttelettes de lymphé (lymphorrhée vraie). J'ai vu à la face interne d'une cuisse éléphantiasique une lymphorrhée de ce genre provenir d'un vaisseau lymphatique lésé accidentellement. Au toucher, un membre atteint d'éléphantiasis est très dur, la peau ne peut être soulevée, on ne saurait isoler un muscle, et on a une sensation comparable à ce que l'on éprouverait si la peau, les aponévroses, les muscles étaient confondus en une seule masse compacte. Le tibia est également épaissi dans sa diaphyse; parfois aussi aux épiphyses (pedarthrocace de Malabar); il paraît lisse, ou recouvert, sur sa surface interne ou sur son bord antérieur, de saillies acuminées ou mousses qui s'enfoncent dans la masse sclérosée. Exceptionnellement et à la suite de complications, il survient une carie ou une nécrose, et, dans certaines formes d'éléphantiasis du membre supérieur, une atrophie de l'os par compression.

Subjectivement, l'éléphantiasis de la jambe n'est pénible que parce qu'il empêche de se servir du membre, et cela non seulement en raison

de son poids et de la rigidité de la peau, mais encore par suite de la dégénérescence des muscles. Il ne devient douloureux qu'au moment des manifestations inflammatoires ou à la suite de complications.

Les cas les plus nombreux et les plus prononcés d'éléphantiasis du membre inférieur sont unilatéraux ; certaines formes atteignent les deux jambes.

Dans quelques cas rares, le membre supérieur est atteint (à la suite d'inflammation syphilitique ou de lupus), et il est alors déformé d'une façon hideuse.

L'éléphantiasis des parties génitales (scrotum, pénis, grandes et petites lèvres, clitoris) ne se montre dans nos contrées que d'une façon sporadique et à un degré peu avancé ; au contraire, on en trouve des formes nombreuses et excessives dans les régions tropicales et subtropicales, dont nous avons parlé (Pruner, Rigler, Reyer et autres). Le développement le plus considérable s'observe dans l'éléphantiasis du scrotum, dans laquelle les bourses peuvent descendre jusqu'aux genoux, ou pendre même jusqu'à terre, et atteindre le poids de 120 livres, sous forme d'une masse charnue, d'une tumeur pédiculée (hernie charnue, Prosper Alpin, Larrey ; sarcocèle de quelques auteurs), qui, partant de la région inguinale, contient le pénis et les testicules. Une gouttière superficielle et en forme d'entonnoir, située à la hauteur du pénis, indique le point d'insertion de la face interne du prépuce au frein, et le chemin que prend l'urine en sortant de l'urèthre. C'est dans l'éléphantiasis du pénis seulement que Pruner dit avoir observé une série d'érysipèles précédant l'affection, alors que ceux-ci manqueraient dans l'éléphantiasis du scrotum. La maladie débute par la formation, à la base du scrotum, d'une masse pâteuse qui, à mesure qu'elle s'accroît et prend de la consistance, attire et finit par comprendre dans une même tumeur toutes les parties voisines, la peau du pénis, de l'abdomen, de la cuisse ; le pénis surtout, dont le tégument est attiré en arrière et en bas, disparaît complètement dans la tumeur, jusqu'à ne plus laisser que la gouttière préputio-urétrale dont nous avons parlé. Cette tumeur présente une surface ridée, sillonnée, çà et là humide ou recouverte de saillies verruqueuses ; au toucher, elle est dure, ou au contraire molle et de consistance gélatineuse. Il s'y forme souvent des vésicules (lympho-scrotum) qui se rompent spontanément ou à la suite d'un traumatisme, et laissent suinter pendant des heures et même des jours, une lymphe vraie, c'est-à-dire une sérosité coagulable à l'air et dont se séparent des globules lymphatiques, — lymphorrhée vraie. On pouvait tout particulièrement constater cet état chez un jeune homme de dix-sept ans atteint d'éléphantiasis de la jambe gauche, qui fut reçu en 1883 dans ma clinique et que j'ai présenté à la Société de médecine. Chez ce malade, il

existait sur la peau du scrotum, qui à ce moment n'était nullement éléphantiasique, de nombreuses saillies transparentes, semblables à des vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, qui présentaient comme des anses en ampoules de vaisseaux lymphatiques variqueux, durs, que l'on sentait dans le chorion et qui étaient semblables à des cordons et correspondaient à des vaisseaux lymphatiques dilatés. Quelques-unes de ces ampoules se rompirent accidentellement et laissèrent suinter ensuite pendant plusieurs heures et plusieurs jours de la lymphe, jusqu'à 2 centimètres cubes en un quart d'heure.

Chez la femme, l'éléphantiasis des parties génitales ne détermine pas des tumeurs aussi énormes ; toutefois on en voit qui pendent jusqu'aux genoux, présentent la même structure, sont pédiculées et proviennent des grandes et des petites lèvres et du prépuce du clitoris.

Sporadiquement, on peut trouver l'éléphantiasis du pavillon de l'oreille, de la peau des joues et de la tête, de la paupière supérieure ; elle forme alors des appendices épais, en forme de bourse, sessiles ou pédiculés. J'ai vu également, plusieurs fois, après des érysipèles chroniques et répétés de la face, l'éléphantiasis déterminer une augmentation monstrueuse et un épaississement du pavillon de l'oreille, avec gonflement et induration des joues et des lèvres.

L'hypertrophie éléphantiasique d'autres régions du corps est plus rare encore ; dans ces cas, elle s'écarte tellement du type ordinaire, que l'on pourrait facilement la rattacher à d'autres affections. Certains cas, par exemple, se rapportent plutôt au molluscum fibreux ; d'autres représentent des épaississements, de véritables tumeurs de la peau qui proviennent de l'accroissement constant (nævus lipomatodes, mollusciforme, angiomatode, papillome nerveux) de certaines productions connectives ou musculaires, congénitales (éléphantiasis congénital). Ces sortes de tumeurs, qui, eu égard à leur richesse en vaisseaux sanguins, ont été désignées sous le nom de *El. télangiectode* (Virchow), ou *angio-éléphantiasis*, ont été étudiées par Rokitsky, Virchow, Hecker, Czerny, Köbner, etc. Un de ces cas, que j'ai pu observer durant de longues années à l'époque de mes études, a été l'objet de tentatives opératoires répétées de la part de Schuh, Salzer et d'autres.

Il s'agit d'un jeune homme, sur le bras gauche duquel une tumeur s'était développée lentement ; on pouvait l'exprimer comme une éponge, on la voyait ensuite se remplir de nouveau, et devenir turgescence ; cette humeur avait atrophié les muscles et le tissu osseux sous-jacents. Ici (ainsi que dans le cas de Czerny et de Köbner), il y avait en même temps, et dès le début, des névromes douloureux (dans le cas de Czerny « névrome plexiforme », Verneuil) englobés dans le tissu spongieux de la tumeur, ce qui pouvait lui faire donner le nom d'éléphantiasis névro-

tique (P. Bruns), ou fibrome nerveux (Recklinghausen). Ce sont là des productions pathologiques qui, par leur apparition et leur marche, diffèrent essentiellement de l'éléphantiasis des Arabes, mais que nous devons mentionner ici, parce que c'est sous ce nom qu'on les a décrites (1).

Dans ce sens aussi, Esmarch et Kulenkampf ont, dans un travail complet qui a paru récemment : « Les formes d'éléphantiasis », apprécié la genèse différente des productions citées en dernier lieu en opposition à l'éléphantiasis typique des Arabes.

L'examen anatomique de l'hypertrophie éléphantiasique nous donne des notions assez claires sur les lésions qui la constituent. Si l'on incise un membre atteint d'éléphantiasis avancée, les tissus crient sous le scalpel, et toutes les parties sous-cutanées, jusqu'à l'os, présentent une masse presque homogène, blanc jaunâtre, fibreuse ou lardacée, et dans laquelle on distingue difficilement les divers tissus, muscles, nerfs, vaisseaux. A la pression, il s'écoule de la surface de section une forte quantité de lymphé, claire, blanc jaunâtre. La peau semble un peu condensée, mais elle présente une épaisseur à peu près normale, tandis que la couche du tissu cellulaire sous-cutané est augmentée de plusieurs fois son épaisseur normale, et paraît, à un examen plus approfondi, différemment constituée. Certaines parties sont denses, blanc luisant, à fibres serrées, comme sclérosées (Él. dure ou scirrheuse), d'autres molles, gélatineuses (Él. molle ou gélatineuse) et limitées par des faisceaux fibreux, d'un éclat tendineux. Entre elles se trouvent des espaces limités qui contiennent de la lymphé liquide. Les aponévroses, le tissu conjonctif intermusculaire, les gaines des vaisseaux et des nerfs, sont également épaissis et condensés, les nerfs eux-mêmes sont rarement dégénérés. Les os sont épaissis, sclérosés et lisses, ou recouverts d'ostéophytes, rarement érodés, amincis, nécrosés ou cariés.

A l'examen microscopique, le derme ne présente qu'une condensation de ses fibres et une abondance de pigment, qui se manifeste également dans l'épiderme; on ne trouve d'autre altération que dans les points où se montrent des productions verruqueuses; ces altérations sont, du reste, celles de l'ichthyose simple et hystrix et des verrues ordinaires.

(1) Toutes ces altérations doivent être décrites à leur place pour ne pas encombrer le terrain propre de l'éléphantiasis. Les médecins et les chirurgiens, même aujourd'hui, n'ont que trop de facilité à employer, à tort, le terme d'éléphantiasis, et à perpétuer la confusion sur ce point; il est indispensable de réagir, et de donner l'exemple de la sévérité terminologique.
E. B. — A. D.

Les noyaux sclérosés du tissu cellulaire sous-cutané sont formés d'un feutrage de tissu cellulaire jeune, riche en sucs et contenant un nombre considérable de cellules rondes et étoilées (corpuscules plasmatiques). Les glandes cutanées sont intactes en quelques points, ailleurs déformées, étalées, ainsi que le pannicule adipeux, ou atrophiées; l'endothélium des glandes sudoripares est gonflé, vitreux (Gay); les muscles sont gras, décolorés. Les artères et les veines (celles-ci présentent des thromboses et sont en grande partie dilatées) sont entourées d'une tunique adventive épaissie. Les vaisseaux lymphatiques, ainsi que les espaces lymphatiques interstitiels jusqu'au sommet des papilles, sont élargis (Teichmann), remplis de lymphé, et par places dilatés en ampoules tapissées d'un endothélium (Czerny).

On observe un état analogue dans l'éléphantiasis du scrotum auquel s'ajoutent, dans l'Él. télangiectode, des caractères particuliers, tels que une dilatation et une néoformation de vaisseaux sanguins et de lacunes sanguines à parois épaisses, ainsi que (dans beaucoup de cas) des névromes (Czerny) (1).

(1) HENDY, à la fin du siècle précédent, ALARD, ANDRAL, BOUILLAUD, et RAYER, au commencement de celui-ci, CRUVEILHIER, un peu plus tard, avaient établi, aussi complètement que possible, l'anatomie macroscopique de l'éléphantiasis, et d'une manière suffisante pour fixer la nature lymphatique et le siège conjonctif de l'affection.

Il est évident que l'introduction des études histologiques devait apporter de grands éclaircissements à cette étude; ils ont été fournis par de nombreux auteurs, au premier rang desquels le professeur VUËPIAN — Note sur l'anat. path. de l'éléph. des Arabes, comm. à la Soc. de biol., le 8 novembre 1856, *Comptes rendus des séances et mém. de la Soc. de biol.*, 2^e série, t. III, 1856, page 363, Paris, 1857 — précédé seulement dans cette voie par SIMON, de Berlin.

La lésion initiale émane du réseau lymphatique lacunaire du derme, dont les éléments conjonctifs s'hypertrophient immédiatement et directement, sans phase embryonnaire nettement constatable. Dès le début, d'après les recherches de TEICHMANN et de VIRCHOW, on peut constater la prolifération épithéliale des petits vaisseaux lymphatiques, dont la paroi est épaissie. Plus tard, lorsque les fibres conjonctives feutrées du derme sont augmentées de volume et de densité, elles forment un réseau, baigné de liquide lymphatique, communiquant avec les espaces plasmatiques agrandis, et le système lymphatique général, par conséquent.

L'altération se propageant envahit l'hypoderme, dont les lobules adipeux disparaissent devant la stase lymphatique et l'hypertrophie des trabécules. Enfin, l'altération peut se propager à tous les espaces lamineux du membre, jusqu'au périoste.

A ce degré extrême, si l'on fait une coupe à travers la totalité d'un membre éléphantiasique, on constate que la surface plus ou moins