

III

HYDROSADÉNITE.

Verneuil a décrit sous ce nom de petites tumeurs inflammatoires de la peau qui se développent dans les glandes sudoripares. On les rencontrerait dans l'aisselle, sur la marge de l'anus, le mamelon, dans le conduit auditif externe, sur le scrotum, les grandes lèvres, en un mot sur tout le tégument externe. Les furoncles de la paume de la main et de la plante des pieds, régions où l'appareil pilo-sébacé fait défaut, seraient des hydrosadénites. Disons néanmoins que, pour probables qu'elles soient, les idées de notre maître n'ont pas été constatées anatomiquement; il leur manque le contrôle d'une discussion contradictoire.

L'hydrosadénite se développe en général sans réaction bien vive : on sent, souvent par hasard, une petite tumeur du volume d'un pois ou d'une noisette, dure, peu douloureuse à la pression, adhérente à la peau, mais mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle reste ainsi quelque temps stationnaire, puis tout à coup s'échauffe, rougit; les lames conjonctives voisines s'enflamment et la motilité disparaît; la peau s'ulcère et du pus s'écoule au dehors; du moment où la phase aiguë commence, l'évolution est rapide. Malheureusement, ces petites tumeurs viennent souvent en séries, et il n'est pas rare de les voir se succéder en assez grand nombre pour que l'éruption dure plusieurs mois; parfois quelques-unes « avortent », elles s'indurent pour se résoudre plus tard, à moins qu'elles ne se réchauffent sous l'influence de quelque irritation, par exemple si le malade se gratte avec excès.

On cite quelques faits d'hydrosadénite *chronique*; il s'agirait de petites tumeurs indolores, dures d'abord, puis fluctuantes, déposées à froid dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau qui les recouvre se sèche, s'amincit, devient violette, et lorsqu'on les ouvre ou qu'elles s'ouvrent, du pus souvent mal lié s'écoule à l'extérieur. Mais ce rapide tableau rappelle trop les *gommes tuberculeuses* pour que de nouvelles recherches ne soient nécessaires avant qu'on puisse affirmer ou infirmer l'existence de l'inflammation chronique des

glomérules sudoripares. Le traitement ne saurait être influencé par ces considérations d'ordre pathogénique, et qu'on ait affaire à un cas chronique ou à un cas aigu, l'incision et l'évacuation de l'abcès sont de règle. Pour éviter ces interminables séries qui se succèdent trop souvent dans le creux de l'aisselle, il serait bon de laver chaque matin la région avec de l'eau légèrement alcoolisée.

IV

KÉLOÏDE SPONTANÉE.

Nous avons étudié déjà la *kéloïde fausse* qui se développe sur les cicatrices, particulièrement sur celles que laissent les brûlures; décrivons maintenant la *kéloïde spontanée* que caractérisent des élevures irrégulières, aplaties ou cylindroïdes, sa texture fibreuse, son siège habituel au-devant du sternum et sa tendance à la récurrence. — Cette affection est bien connue depuis les recherches d'Alibert, de Bazin et de Kaposi.

Étiologie. — On ignore les causes qui en provoquent l'apparition; on sait seulement qu'elle naît de préférence sur un terrain scrofuleux; mais, dans bien des cas, Hardy n'a pu trouver sur ses malades la moindre trace de lymphatisme; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la jeunesse et à l'âge adulte que dans l'enfance, où cependant on en a observé quelques cas; les kéloïdes de la vieillesse sont des tumeurs persistantes et déjà développées depuis longtemps. Elles ne s'implantent pas indifféremment sur tous les points de la peau : la région présternale est de beaucoup la plus souvent atteinte, puis viennent les parties latérales du thorax, le dos, le cou, la nuque, enfin la face, les épaules, la conjonctive même, d'après Verneuil. Lorsque la tumeur est multiple et frappe simultanément divers points, ce qui est fort rare, il existe toujours une kéloïde de la région présternale.

Anatomie pathologique. — La structure de la kéloïde diffère selon les phases de son évolution; lorsque la tumeur est encore jeune, son tissu mou, élastique, blanc rosé, est presque uniquement constitué par des éléments fusiformes dont les amas sont parcourus par de riches réseaux capillaires. Peu à peu la trame devient plus

dure, plus résistante; elle crie sous le scalpel, prend une teinte blanche ou grise et montre, même à l'œil nu, des faisceaux juxtaposés en couches parallèles : les éléments fusiformes ont donné naissance à des tissus fibreux. Cette prolifération cellulaire, cette abondante néoformation n'a pu se faire sans provoquer des changements dans la texture de la peau; l'épiderme ne s'est guère modifié dans ses couches cornées et dans son corps muqueux; les papilles mêmes persistent sans altérations appréciables, mais les glomérules glandulaires et les follicules pileux sont refoulés, atrophiés, souvent complètement détruits. Bientôt la sclérose atteint les vaisseaux qui parcourent la tumeur; ils sont étouffés comme les glandes.

Symptômes. — Dans la région présternale ou en un des points indiqués, apparaît une tache rouge semblable à un nævus, une sorte d'épaississement qui s'accroît peu à peu et dont le relief finit par dépasser de 5 à 6 millimètres le niveau des tissus voisins; sa forme, très irrégulière, est ronde, oblongue, cylindrique ou carrée; on l'a comparée à un ver, à un morceau de macaroni appliqué sur la peau, à un crabe, lorsque des travées secondaires radiées et divergentes s'adossent à la tumeur principale. Dans certains cas, la kéloïde est sphérique comme une petite cerise ou un pois. Elle n'est jamais très volumineuse, et la plus étendue ne dépasse guère les dimensions de la paume de la main; en général, son diamètre le plus grand ne mesure que 4 ou 5 centimètres.

Elle n'a pas toujours la même coloration : Bazin en distinguait deux variétés, la *blanche* et la *rouge*. La première, assez rare, rappelle plutôt une tache de la peau qu'une plaque saillante; elle est d'une teinte pâle, décolorée; on dirait une cicatrice parcourue par un grêle réseau capillaire. La seconde, de beaucoup la plus fréquente, est un peu molle dans ses couches périphériques qui cèdent sous la pression; mais, dans son ensemble, la tumeur est élastique et rénitente; elle est rose ou rouge, recouverte d'un épiderme mince, lisse, à poils atrophiés et sous lequel se dessinent des veines dilatées qu'Alibert compare aux stries rouges de la rhubarbe de Chine; d'autres fois la surface est ridée, épaissie, déprimée par places et soulevée par des brides d'apparence cicatricielle; ici les follicules pileux sont souvent hypertrophiés et on voit se dresser des poils raides, durs, parfois régulièrement rangés sur une seule ligne « comme les dents d'un peigne ». C'est l'*acné kéloïdique* de Bazin, dont le siège de pré-

dilection est, après le sternum, la nuque à la lisière du cuir chevelu.

La kéloïde est en général indolore; à peine ressent-on à son niveau de la gêne, de la chaleur, des démangeaisons, quelques douleurs sourdes; seulement dans les cas exceptionnels éclatent des élancements, des irradiations, des souffrances intolérables. L'état général, excellent d'habitude, est alors un peu atteint; on a noté de l'insomnie et des troubles dyspeptiques liés à la douleur. La *marche* est des plus lentes : après avoir mis des années à atteindre son plus grand développement, la tumeur reste stationnaire; parfois cependant de petites saillies secondaires, satellites de la masse principale, se sont unies à elles et l'ont agrandie d'autant. Par contre, la kéloïde a pu diminuer spontanément : Hardy a vu plusieurs guérisons; à la place qu'occupait la tumeur reste une tache blanche, cicatricielle, à surface unie. L'ulcération est bien moins démontrée : Hébra la nie, Hardy révoque en doute le fait de Vallerand-Delafosse qui a traité à une kéloïde ulcérée de la face. Verneuil pense que la tumeur pourrait changer de nature et cite un cas où la généralisation aurait eu lieu. Il n'en reste pas moins établi qu'en dehors de la difformité, de la gêne, de la douleur, fort rare du reste, de la tendance à la récurrence, qui est de règle, le *pronostic* est sans gravité : si la kéloïde ne guérit qu'exceptionnellement, elle ne compromet pas l'existence.

Le *diagnostic* ne présente aucune difficulté : on reconnaîtra sans peine ces plaques de la peau, développées surtout dans la région présternale, ces épaississements durs et élastiques, ces reliefs à bords nettement arrêtés, blancs ou rouges, à épiderme mince, lisse et brillant. On ne saurait les confondre avec une tumeur épithéliale ou carcinomateuse; à défaut d'autres signes, la marche absolument lente dans ce cas, rapide dans les autres, établirait la nature du mal. On pourrait confondre la kéloïde avec une hypertrophie cicatricielle, mais ces *kéloïdes fausses*, si proches des vraies par leur structure et leur marche que certains auteurs les réunissent dans une même description, se reconnaîtront à l'existence préalable d'une cicatrice, surtout d'une brûlure. Certaines plaques de sclérodémie ont été prises pour des kéloïdes, mais le siège du mal, sa symétrie, la sécheresse de la peau, sa rétraction, l'absence de relief établiraient le diagnostic.

Traitement. — On ne connaît pas de méthode efficace; le traitement interne est sans effet, et on a eu recours inutilement à l'iodure

de potassium, à l'huile de foie de morue, aux préparations mercurielles, à la ciguë, à l'arsenic. Les applications locales de vésicatoires, de pommades iodurées ou à la ciguë n'ont pas été plus heureuses; cependant Hardy preconise l'emplâtre de Vigo appliqué « avec assiduité pendant plusieurs mois »; par ce moyen, il dit avoir obtenu plusieurs guérisons, mais on échoue aussi très fréquemment. Les chirurgiens, dernière ressource, ont fait appel au bistouri ou aux caustiques: comme la récurrence est presque fatale et qu'on s'expose « à ce que la nouvelle tumeur soit plus étendue et plus saillante que la première », on n'y aura recours que si les douleurs sont très vives et si les préparations opiacées et chloralées ont échoué. Vidal a préconisé les *scarifications* à l'entour de la tumeur pour sectionner les terminaisons nerveuses qui s'y rendent; les résultats amenés par cette pratique d'une extrême simplicité auraient été des meilleurs.

V

SCLÉRODERMIE.

La *sclérodermie*, que l'on nomme encore *scclèreme des adultes*, *chorionitis*, *sclérosténose*, *sclérome cutané*, *sclérodermasie*, est une dystrophie caractérisée par une induration et une rétraction de la peau et du tissu cellulaire, parfois même des tissus sous-jacents, aponévroses et périoste, avec des altérations concomitantes des os et des articulations. Certaines muqueuses, en particulier celle de la langue, peuvent être atteintes comme la peau.

Cette affection bizarre a certainement été bien vue par Alibert en 1817; mais la connaissance ne s'en est vulgarisée qu'après le mémoire de Thirial en 1845, les recherches de Grisolle, celles de Forget, de Strasbourg, et de Gintrac, de Bordeaux, qui établirent l'entité clinique de la sclérodermie. Förster et Verneuil nous donnèrent les premières descriptions anatomo-pathologiques. Plus près de nous, Charcot, Hallopeau, Lagrange ont essayé d'en éclairer la pathogénie. On trouvera, sur la sclérodermie, d'excellentes études générales de Letulle et de Benjamin Ball dans les deux dictionnaires en cours de publication.

Anatomie pathologique. — Dans les régions atteintes par la

sclérodermie, la peau a perdu sa souplesse; elle est dure, sèche, résistante; elle crie sous le scalpel et, sur la coupe, on voit que les pelotons de graisse qui remplissent les aréoles du derme ont disparu ainsi que le pannicule adipeux sous-jacent; le tissu cellulaire sous-cutané a perdu son aspect lamelleux; il est tassé, adhérent aux couches profondes, à l'aponévrose, au périoste lorsqu'il le recouvre, et la lésion est si intime que peau, tissu cellulaire, aponévrose ou périoste semblent constituer une seule et même membrane également parcheminée dans toute son épaisseur.

L'examen microscopique établit l'existence d'une sclérose de la peau et du tissu cellulaire. L'épiderme, souvent aminci, paraît intact dans sa couche cornée, mais les cellules du corps muqueux ont perdu leurs crénelures et quelques-unes sont vésiculeuses; elles sont parfois infiltrées de granulations pigmentaires. Les papilles du derme sont atrophiées; les faisceaux conjonctifs plus denses. Cette néoformation du tissu fibreux est l'altération par excellence; on la retrouve dans le chorion, parcouru par des travées épaisses qui ont étouffé les vésicules adipeuses. Le long des canaux sanguins, d'abondants leucocytes et des cellules embryonnaires étreignent les vaisseaux dont la lumière est en partie oblitérée; les fibres élastiques sont plus abondantes; les glomérules sudoripares, l'appareil pilo-sébacé ont un sort variable; il n'est pas rare de les voir au moins comprimés par la prolifération des cellules et l'apparition de masses fibrillaires. Les ramuscules nerveux du foyer sclérodermique sont les uns enflammés, les autres atrophiés, les autres intacts; mais au delà de la région malade, il n'existe aucune dégénérescence appréciable des cordons de la moelle ou de l'encéphale.

Lorsque les téguments sont, comme aux doigts, en rapport presque direct avec le périoste, l'os et l'articulation, on observe des lésions profondes de ces tissus; le processus scléreux passe de la peau au tissu cellulaire et de celui-ci au périoste qu'envahissent les travées fibreuses émanées de la face profonde du derme. Ici encore, des éléments embryonnaires entourent les vaisseaux, ou, arrivés au niveau des canalicules de Havers élargis, communiquent l'irritation à l'os bientôt spongieux et creusé d'aréoles nombreuses remplies de vésicules de graisse. Enfin l'articulation se prend; parfois les lésions se bornent à un épaissement du tissu fibreux périphérique, mais il peut y avoir aussi résorption du cartilage et production de tractus conjonctifs serrés qui unissent et immobilisent les deux surfaces contiguës. Lorsque la

sclérodémie siège sur une muqueuse, à la langue par exemple, on trouve, dans la couche épithéliale et dans le chorion, le même processus scléreux que nous avons constaté dans l'épiderme et dans le derme; ici, comme sous la peau, les muscles sous-jacents restent intacts.

Étiologie et nature. — Ce chapitre est des plus obscurs : on sait que la sclérodémie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle est exceptionnelle dans l'enfance, inconnue dans la vieillesse; qu'elle éclate surtout entre vingt et quarante ans; que l'arthritisme y prédispose, ainsi « qu'une sorte d'état cachectique assez vague ». On a invoqué encore la scrofule, la misère — bien qu'on ait observé cette affection chez les riches — les troubles menstruels, l'accouchement, les traumatismes, mais sans pouvoir fournir la preuve péremptoire de ces affirmations. Même incertitude sur la nature du mal. Il s'agit d'une cirrhose des téguments, mais quelle en est l'origine? La théorie nerveuse, bien que fort précaire encore, paraît à cette heure la plus acceptable. La symétrie fréquente des lésions sclérodermiques, les éruptions cutanées particulières, pemphigus, acné, zona, les ulcérations, la pigmentation, les dilatations vasculaires, les douleurs irradiées, les altérations des ongles et des poils plaident en sa faveur et font conclure à des troubles trophiques. Mais on n'a pas constaté dans les tissus nerveux, la moelle ou l'encéphale, les altérations d'où découleraient les désordres périphériques. Le mieux serait peut-être, à l'exemple de Besnier, d'affirmer notre ignorance à peu près complète.

Symptômes. — Il est peu de points que n'atteigne la sclérodémie : on la rencontre sur la face, sur le tronc, au niveau des membres et, quoi qu'on en ait dit, — mais très exceptionnellement, — à l'aîne, au creux axillaire, à la plante des pieds et à la paume de la main. Son aspect varie beaucoup selon la partie affectée. C'est bien toujours la même peau luisante, sèche, amincie, adhérente aux couches sous-jacentes, sans souplesse, dure, que sa résistance empêche de plisser et qui rappelle le vieux parchemin; mais, aux membres, elle prend souvent la forme d'un anneau, d'un bracelet incomplet qui étire le segment où il siège; au tronc, ce sont plutôt des plaques, des bandes plus ou moins longues, de véritables ceintures qui compriment le thorax; à la main, des fourreaux en doigts de gant qui entourent les phalanges; à la face, un masque qui recouvre les

lèvres amincies, le nez effilé, les paupières rigides, les oreilles de momie appliquées contre le cuir chevelu; les yeux se meuvent derrière cette peau fixe, immobile, jaune, tirée, séchée, sans rides : on dirait une tête de cire dont les globes oculaires sont mus par un ressort. Tel est le *masque sclérodermique*, bien décrit par les élèves de Charcot.

Cette rétraction de la peau ne peut se faire sans provoquer dans les organes sous-jacents des troubles fonctionnels profonds : les malades éprouvent une sensation de gêne, de constriction extrême; ils sont comme étreints dans une bande de caoutchouc, serrés dans un étai; au thorax, le sein est aplati, étouffé sous cette sorte de cuirasse; le jeu du larynx, celui des poumons est contrarié et la dyspnée s'accuse avec les progrès de la sclérodémie; aux membres, à côté des bracelets qui provoquent de l'œdème par obstacle à la circulation, on constate des bandes longitudinales qui s'opposent à certains mouvements articulaires et ont, comme conséquence, des attitudes vicieuses. Aux doigts, la *sclérodactylie* est plus grave encore; on voit les phalanges effilées, parcheminées, immobilisées subir une atrophie progressive; l'ongle disparaît peu à peu, l'os se résorbe et il ne reste bientôt qu'un informe moignon. Non seulement plusieurs doigts de la même main sont pris, mais de semblables lésions se constatent du côté opposé : l'affection est symétrique. Lorsque la peau de la verge est atteinte, l'érection en est compromise; Bouchut en cite une observation.

La sclérodémie s'accompagne souvent de pigmentation anormale; la peau prend, en certains points, une teinte brune très foncée qui a pu faire croire à une maladie d'Addison, avec cette différence qu'ici les muqueuses ne présentent jamais de coloration anormale; on cite quelques cas où l'infiltration du corps muqueux de Malpighi existait sur tout le tégument externe; le plus souvent certaines régions sont seules atteintes et on ne peut saisir de relation évidente entre les taches pigmentaires et les plaques scléreuses. A côté de cette coloration brune observée surtout au cou, à la nuque, sur les cuisses, sur l'abdomen et qui, malgré les affirmations contraires, teinte parfois le scrotum et les grandes lèvres, on constate aussi des taches, des mouchetures, des plaques, des bandes plus ou moins régulières de vitiligo, dont la blancheur contraste avec la pigmentation voisine. Notons certaines marbrures anormales qui tiennent à des troubles

circulatoires, des zones érythémateuses, des varices capillaires, la cyanose des extrémités : dans un cas récent de sclérodactylie, cet aspect violacé des doigts nous eût fait croire à une asphyxie locale, sans l'existence bien manifeste du masque sclérodermique.

La nutrition des tissus se fait mal : souvent les poils, les cheveux et les ongles s'atrophient et tombent; l'épiderme se desquame; on voit apparaître des phlyctènes, de l'aené, de l'impétigo, un zona, un ecthyma, un érysipèle, des troubles trophiques des doigts; la sécrétion sébacée diminue sans être supprimée; quant aux glandes sudoripares, leur fonctionnement est intact dans certains cas, dans d'autres il est arrêté, ailleurs, enfin, il paraît exagéré. La température, qui s'élève quand apparaissent les plaques scléreuses, s'abaisse ensuite et d'une façon très notable. La sensibilité persiste; malgré l'amin-cissement et la rétraction de la peau, le tact reste parfait et on perçoit le chaud, le froid, la douleur et le chatouillement aussi bien qu'avant l'invasion de la maladie. Parfois les téguments dégénérés sont le siège de prurit, de démangeaisons, d'élançements assez vifs, de sensations de froid; mais en somme il y a plutôt gêne que douleur.

La *marche* de la sclérodermie est des plus variables; d'habitude l'affection débute insidieusement et progresse avec lenteur; à peine éprouve-t-on un peu de tension, quelques picotements au point qui va être envahi; puis des taches irrégulières apparaissent, une induration de la peau qui augmente insensiblement; la rétraction survient, et, au bout de longues années, l'affection est constituée; d'autres fois l'évolution est plus rapide; comme dans les cas de Bouchut et de Rilliet, un gonflement œdémateux se montre tout à coup, surtout à la suite d'un refroidissement, et en quelques jours, en quelques heures même, se forment les plaques scléreuses avec leurs caractères essentiels. Elles apparaissent presque toujours dans la région sus-diaphragmatique, à la nuque ou à la face. Sans être une règle sans exception, la symétrie est très fréquente, surtout dans la sclérodactylie, dont on a fait une des formes de la sclérodermie; une deuxième forme correspondrait à la sclérodermie ordinaire à plaques parcheminées et déprimées, en un mot à celle que nous venons de décrire; une troisième, fort exceptionnelle et nommée *sclerema elevatum*, se caractériserait par l'existence concomitante d'un œdème rendant les plaques saillantes.

La sclérodermie a la plus grande tendance à rester stationnaire; les altérations ne rétrocedent ni ne gagnent, et on voit, au bout de dix ou quinze ans, le patient mourir avec son mal plutôt que de son mal; il peut s'éteindre dans le marasme, miné par une cachexie lente, mais, ordinairement, il est emporté par quelque complication dont les plus fréquentes sont la phthisie pulmonaire, la maladie d'Addison, une affection cardiaque, les érysipèles, les lymphangites, les pleurésies, l'albuminurie. Heureusement aussi que, dans quelques cas correspondant surtout aux sclérodermies à début brusque, la rétraction s'arrête après diverses oscillations : les plaques reprennent peu à peu leur souplesse et la guérison définitive est obtenue. Tels furent les faits de Rilliet et de Bouchut, où la résolution survint en quelques mois.

Diagnostic. — Il ne présente d'ordinaire aucune difficulté : ces bandes, ces plaques luisantes, amincies, dures, cette peau immobile, adhérente, sans rides, semblable à du parchemin qu'on ne peut plisser, l'aspect particulier des doigts, la symétrie des lésions, le masque sclérodermique, font facilement reconnaître la maladie. On ne pourrait la confondre avec la *kéloïde fausse* ou *vraie*, dont les téguments sont surélevés, roses ou rouges, mobiles sur les couches sous-jacentes : ces tumeurs, lorsqu'elles sont spontanées, s'observent surtout dans la région présternale; lorsqu'elles naissent sur une cicatrice, les commémoratifs pourront être fort utiles. L'*asphyxie locale des extrémités* a été invoquée, et souvent croyons-nous, dans des cas où l'on avait affaire à une sclérodactylie; cependant la cyanose, le sphacèle de la peau, la nécrose osseuse, l'absence de masque sclérodermique permettront de diagnostiquer la maladie de M. Raynaud. L'*aïnhum*, sillon constricteur qui étreint et ampute le quatrième et quelquefois le cinquième orteil de certains nègres adultes, est peut-être une sclérodermie, mais d'une forme assez particulière pour être distinguée de celles dont nous parlons. La *trophonévrose faciale*, l'*aplasie lamineuse* sera étudiée plus tard; pour quelques-uns elle serait aussi une sclérodermie.

Traitement. — On peut dire que tout a été tenté, et il n'est guère de méthode qui ne compte au moins un succès et une foule de revers; les médicaments internes, purgatifs, diurétiques, sudorifiques, emménagogues, ont été tour à tour pronés et combattus; les altérants ont eu des partisans aussi convaincus que les toniques. Les

moyens locaux, vésicatoires, sangsues, sinapismes, scarifications, incisions, paraissent abandonnés à juste titre. On ne pourrait faire quelque fond que sur l'hydrothérapie, les bains de vapeur, les bains alcalins, et sur l'électricité sous forme de courants galvaniques.

VI

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Fort différente de l'*éléphantiasis des Grecs* ou lèpre du moyen âge, l'*éléphantiasis des Arabes* est une inflammation chronique, avec hyperplasie œdémateuse, qui envahit la peau et le tissu cellulaire, surtout aux membres inférieurs et aux organes génitaux externes. Barraillier nous en a donné une bonne description dans le dictionnaire de Jaccoud.

Étiologie. — Le nombre et la variété des causes invoquées prouvent combien peu on connaît les conditions réelles du développement de l'éléphantiasis. L'influence du climat est incontestable, et si l'on a observé cette affection sous toutes les latitudes, elle n'est fréquente que sous les tropiques, sur les côtes de l'Inde, à Ceylan, aux Barbades, au nord de l'Égypte : les lieux humides et les saisons pluvieuses y prédisposent particulièrement, ainsi que la mauvaise nourriture et les eaux altérées. Les adultes sont atteints de préférence; cependant on l'a constatée chez de tout jeunes enfants et chez des vieillards; les femmes sont moins frappées que les hommes, les Européens que les nègres, les mulâtres et les créoles, surtout lorsque ceux-ci sont entachés de scrofule, de syphilis ou d'impaludisme. Les traumatismes, contusions, plaies et ulcères consécutifs sont encore le point de départ de l'éléphantiasis. La multiplication dans les vaisseaux d'un ver nématode, le filaire du sang, est maintenant invoquée comme une des causes les plus importantes, et si, fort souvent, les examens microscopiques ont été négatifs, c'est qu'on n'aurait pas pris la précaution de pratiquer les recherches pendant la nuit : aux heures du jour, les filaires ne circuleraient pas dans le sang.

Anatomie pathologique. — Les lésions les plus importantes ont celles des téguments épaissis, indurés, œdémateux. L'épiderme,

surtout dans les premières périodes de l'éléphantiasis, est lisse, mince, blanc et comme distendu par une matière gélatineuse; avec les progrès de la maladie, il devient rugueux, fendillé, gris ou brun; les papilles s'hypertrophient et forment des prolongements ramifiés qu'engaine une couche résistante de cellules cornées. Le derme mesure d'un à deux centimètres; il est lardacé, translucide; après sa section, du sérum s'écoule des aréoles que limitent des travées fibreuses épaisses. Le même œdème envahit le tissu cellulaire sous-cutané, et la quantité du liquide infiltré influe sur la résistance des parties; l'éléphantiasis est *molle* lorsque les mailles sont très distendues par la sérosité; *dure* lorsque domine l'hyperplasie fibreuse.

Quant aux tissus sous-jacents, ils sont comprimés par les masses surincombantes : les muscles sont atrophiés, dégénérés, graisseux; les tuniques des artères sont épaissies; les veines sont variqueuses et leur lumière reste béante à la coupe. Même genre d'altération pour les vaisseaux lymphatiques : les ganglions engorgés prennent un énorme développement; les nerfs deviennent noueux et irréguliers par hyperplasie de leur névrilemme. Lorsque le périoste est peu distant de la peau, ou lui est contigu comme à la surface interne du tibia, l'inflammation chronique l'atteint bientôt; il subit la même régression que les téguments, et peau, tissu cellulaire, périoste semblent ne former que la même membrane lardacée. Il y a parfois production exagérée de tissu osseux; des ostéophytes se déposent : au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, ils unissent le tibia à l'astragale et au calcaneum et la mobilité de la jointure s'en trouve compromise; il peut exister une véritable ankylose, par fusion des surfaces articulaires.

Lorsqu'on étudie au microscope cette sorte de couenne éléphantiaque, cette couche lardacée, épaisse parfois de plus de 10 centimètres et qui provient de la fusion de la peau, du tissu cellulaire, du périoste même, on trouve toutes les lésions de la cutite et de la lymphangite; les cellules fixes qui recouvrent les fibrilles du derme sont proliférées; elles infiltreront les aréoles et se mêlent aux leucocytes qui, par diapédèse, ont traversé les parois vasculaires; ces éléments embryonnaires forment autour des réseaux sanguins des manchons plus ou moins épais. Les poussées inflammatoires successives qui sont la caractéristique de l'éléphantiasis, accumulent chaque fois une quantité nouvelle de ces éléments, dont un grand nombre s'or-

ganisent en tissu fibreux; ainsi se développent ces couennes exubérantes, ces travées conjonctives encombrées de cellules jeunes, ces hyperplasies assez considérables pour quintupler ou décupler l'épaisseur habituelle des téguments et des couches sous-jacentes.

Symptômes. — On décrit une forme *fébrile* et une forme *apyrétique*. Dans la première, après quelques prodromes, pesanteur, gêne, fatigue au niveau des régions que le mal va frapper, éclate tout à coup un frisson qui, par son intensité, peut rappeler celui des fièvres paludéennes; le thermomètre monte à 40°; la céphalalgie est intense, la soif vive, la langue saburrale; des douleurs lancinantes se déclarent en un point limité, parties génitales ou membres inférieurs, qu'une rougeur pareille à celle de l'angioleucite réticulée envahit rapidement. L'inflammation gagne les troncs lymphatiques et les ganglions, qui se tuméfient; la peau est tendue, luisante, aride, et on a le tableau à peu près complet d'une invasion érysipélateuse.

Peu à peu ces phénomènes disparaissent et, de cette crise éléphantiaque, il ne reste qu'un gonflement diffus. Mais après quelques jours, quelques semaines, deux mois, six mois même, une poussée nouvelle survient qui laisse une tuméfaction plus accentuée; il ne faut guère plus de trois accès pour que l'éléphantiasis soit constituée. Dans la forme *apyrétique*, il n'y a ni frisson, ni douleurs, ni troubles généraux; à peine une gêne, un léger malaise, de l'engourdissement, une douleur obtuse dans la région atteinte dont les ganglions s'engorgent, et l'œdème s'accuse, tantôt insensiblement, tantôt par poussée irrégulière. Nous avons observé avec Verneuil un fait de ce genre sur un de nos confrères cubains.

Lorsque la maladie est confirmée, la peau est d'abord lisse, blanche, sans rides et sans plis; elle est le siège d'un œdème assez mou et qui conserve l'empreinte du doigt; l'éléphantiasis, dans ce cas, est appelée *glabre* par Virchow; mais bientôt l'induration apparaît, la résistance est plus grande, l'épiderme se dessèche; il devient rude, irrégulier, raboteux, fendillé; au fond des sillons que forment ces saillies s'écoule un liquide huileux, filant, parfois purulent et d'une odeur nauséabonde; des fissures, des ulcères se creusent, souvent à la suite d'une contusion, d'une violence extérieure quelconque; l'éléphantiasis est alors *verruqueuse*; elle est *tubéreuse* ou *noueuse*, quand le tégument est soulevé par de petites tumeurs de volume

variable. La sensibilité, dans ces diverses formes, est à peu près normale, un peu diminuée cependant; la sécrétion sudorale continue à se faire par les glomérules, souvent hypertrophiés; les poils sont durs, cassants ou d'apparence laineuse, et s'atrophient s'ils ne tombent pas. Il y a parfois accumulation de pigment qui colore la peau de teintes brunes plus ou moins foncées.

Ces lésions ont pour siège habituel le *membre inférieur* ou les *parties génitales externes*. Au membre inférieur, les ganglions de l'aîne et du creux poplité s'engorgent; des trainées rouges se dessinent sur le trajet des lymphatiques; les téguments sont marbrés de plaques érysipélateuses dont les poussées successives laissent après elles un œdème mou d'abord, puis dur; la cuisse est tuméfiée, la jambe déformée, et, en divers points de sa hauteur, elle a pu mesurer 50, 80, 97 centimètres de circonférence; la région tibio-tarsienne est infiltrée, distendue, soulevée par des bourrelets qui recouvrent le pied et dont les masses, plus volumineuses encore que celles du mollet, donnent aux parties l'aspect d'un pied d'éléphant. Le poids du membre inférieur, l'immobilisation de l'articulation du genou et du cou-de-pied impriment à la progression, encore possible, un caractère particulier: les mouvements se font dans la hanche, et les malades marchent comme les amputés de la cuisse sur leur pilon. Lorsque les deux jambes sont prises, ce qui, du reste, est fort rare, plus grandes encore sont les difficultés.

L'éléphantiasis du scrotum est fréquente, surtout en Égypte: on note les mêmes poussées érysipélateuses, l'engorgement des ganglions de l'aîne; l'œdème devient persistant et progressif; peu à peu la verge s'enfoncé et se cache sous les masses débordantes du scrotum, qui a mesuré jusqu'à 1^m,75 de circonférence et pesé jusqu'à 50 kilogrammes. Aussi l'urine arrive au dehors, non au niveau du méat, mais à une certaine distance et après avoir cheminé entre les plis éléphantiaques des enveloppes testiculaires; des ulcérations rebelles sont la conséquence du passage de ce liquide irritant. L'épiderme est soulevé par de petites pustules que distend un liquide tantôt fluide et citrin, tantôt épais et laiteux, dont l'écoulement abondant, après rupture de la paroi, provoque un affaiblissement et une émaciation rapides. — Les grandes lèvres, le clitoris et son prépuce, les mamelles et le membre supérieur, plus rarement la peau du cou, de la face, de la marge de l'anus, de la poitrine, du lobule de l'oreille,

sont envahis par l'éléphantiasis; on peut dire, d'une manière générale, qu'il n'est pas un point du tégument externe où l'on n'ait constaté l'hyperplasie œdémateuse; la langue elle-même a été atteinte.

Après la série des poussées érysipélateuses qui marquent son début, l'éléphantiasis, une fois établie, prend une *marche* de plus en plus lente et reste stationnaire pendant de longues années. On cite quelques cas exceptionnels, où la guérison spontanée serait survenue; il est plus fréquent de voir le malade en proie à une anémie progressive qui abrège sa vie. Des gangrènes étendues, des accès pernicieux, des complications du côté des voies digestives ou du cœur, ont parfois entraîné la mort; mais, d'habitude, le *pronostic* n'a rien de bien grave, du moins à courte échéance. Le *diagnostic* s'impose toujours; les œdèmes chroniques qui procèdent de troubles circulatoires locaux ou généraux, la lèpre, la selérodermie, ont un aspect trop différent pour que l'erreur puisse être commise après un examen attentif.

Traitement. — Au début de l'éléphantiasis, lors des poussées érysipélateuses ou aux premiers signes de tuméfaction, l'élévation du membre, la compression méthodique, tout ce qui pourra diminuer la réaction inflammatoire et l'infiltration dermique et sous-cutanée, devra être mis en œuvre: le massage, les bains alcalins et sulfureux, les douches ont rendu quelques services; mais il faudra éviter toute irritation de la peau, toute excoriation, prétexte à nouvel érysipèle. Le changement de climat aurait eu, dans quelques cas, une heureuse influence.

Lorsque l'éléphantiasis est bien confirmée, qu'il existe déjà une hyperplasie du derme et des tissus profonds, l'intervention sera plus active; elle différera selon que les lésions se trouvent ou ne se trouvent pas dans une région où le bistouri peut être porté. L'ablation complète des enveloppes scrotales ne compromet aucune fonction importante, et nous avons pu enlever les bourses avec un plein succès; toutes les tuniques, jusques et y compris la vaginale, furent extirpées; les testicules mis à nu furent recouverts par de petits lambeaux cutanés latéraux suturés sur la ligne médiane: la réunion primitive fut obtenue. Osgood rapporte soixante cas suivis de succès. D'après une analyse de cent cinquante-trois faits, Fayrer accuse cependant une mortalité de 18 pour 100. Mais nous ne savons si une antiseptie rigoureuse aura été suivie.

Lorsque l'œdème a envahi les membres inférieurs, on n'aura recours au couteau que si la marche est absolument impossible ou du moins considérablement gênée et si tous les autres moyens de traitement ont échoué: d'abord la compression ouatée ou avec la bande d'Esmarch, qui compte déjà quelques succès; puis la compression digitale sur l'artère principale du membre. La ligature, qui n'est pas sans danger, n'a donné que de fort médiocres résultats: une statistique de Wernher montre que si, dans trente-deux cas, la ligature fut suivie d'une amélioration immédiate, cette diminution de l'œdème ne put se maintenir; sur soixante-neuf faits de compression, au contraire, il y aurait eu quarante guérisons, treize améliorations et seize échecs absolus. Après la récurrence d'une éléphantiasis traitée par la ligature de l'artère, Morton a obtenu un succès par la résection partielle du sciatique.

VII

TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'ÉPIDERME ET DE LA COUCHE PAPILLAIRE.

Les hypertrophies de la couche cornée de l'épiderme, avec ou sans développement exagéré des houppes papillaires, présentent un certain nombre de variétés: les *durillons*, les *cors*, les *cornes*, les *verrues*, les *condylomes*; à l'exemple de Follin, nous ajouterons l'*ulcère papillaire*, où l'érosion du derme se recouvre d'une masse énorme de lamelles épidermiques.

Durillons. — On nomme ainsi un épaissement circonscrit de l'épiderme, que provoquent des frottements répétés et que constitue l'accumulation de cellules cornées en couches régulières.

Le durillon se rencontre de préférence au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil où, lorsqu'il est soulevé par le liquide de la bourse séreuse sous-jacente enflammée, il est appelé vulgairement *oignon*; on le trouve encore à la plante des pieds, surtout quand, par suite de paralysie musculaire ou de déviations spéciales, certains points sont anormalement comprimés dans la marche ou dans la station; à la main, chez les forgerons, les serruriers, les rameurs, les terrassiers; au bord cubital de