

dans la cavité buccale, une orchite que, méconnaissant la maladie principale, on a attribuée à l'une des manifestations de celle-ci, ou bien faut-il y voir l'infection du testicule par un de ces nombreux pyogènes, générateurs d'angines plus ou moins banales, qui, introduits dans l'économie, y produisent, suivant les cas, des phénomènes d'empoisonnement plus ou moins grave? En d'autres termes, ce mot d'orchite amygdalienne est-il un trompe-l'œil et désigne-t-il simplement quelque orchite ourlienne ou quelque autre orchite symptomatique méconnue? ou bien, vraiment, sert-il à marquer une des localisations de ces angines non symptomatiques que l'importance de leurs symptômes généraux avait fait décrire autrefois par Bouchard, Landouzy, Siredey, sous le nom de « fièvre amygdalienne » (angines à staphylocoques, à streptocoques, etc.)? Je ne sais.

Les orchites septico-pyohémiques ont été observées au cours des états septicémiques; Gosselin et Walther (1) en font mention dans leur article. Dans ce groupe rentrent les inflammations testiculaires qu'on a vues se développer au cours des ostéomyélites graves.

L'orchite vaccinale a été signalée par Giraud (2); rien ne prouve qu'elle soit authentique.

Prioleau (3) (de Brive) a publié une observation d'orchite pneumonique. Entre deux pneumonies dont la dernière le terrassa, un vieillard, sans aucun antécédent génital, fut pris par une orchite suppurée qui nécessita l'incision. Le pus contenait un diplocoque dont la forme allongée, la disposition et la coloration rappelaient le microorganisme de Talamon-Fraenkel. L'absence de halo caractéristique et la non-réaction des souris à l'inoculation du pus et des cultures laissent, pour ce qui concerne l'identification de ce microorganisme, la question en suspens.

Il y a quelques années, Hallopeau et Jeanselme (4) ont présenté à la Société de dermatologie un malade atteint d'une orchite lépreuse aiguë. Cette orchite présentait les caractères suivants : lésions concomitantes du testicule et de l'épididyme et des deux côtés; pas d'épanchement dans la tunique vaginale; indolence presque complète des deux testicules; intégrité du cordon; absence de toute urétrite; intermittence et récurrence des poussées aiguës, chacune de celles-ci laissant dans le parenchyme de la glande quelques petits nodules de consistance scléreuse; persistance des fonctions génitales.

L'orchite par infection urinaire a été signalée par Carlier (5) (de

(1) GOSSELIN et WALTHER, art. Testicule du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXXV, 1883.

(2) GIRAUD, *Mém. de méd. milit.*, 1882, t. XXXVIII, p. 180.

(3) PRIOLEAU, De l'orchite pneumonique (*Sem. méd.*, 18 août 1894, n° 47, p. 375).

(4) HALLOPEAU et JEANSELME, Orchite lépreuse aiguë (*Sem. méd.*, 11 mars 1893, n° 15, p. 115).

(5) CARLIER, L'orchite comme premier symptôme de l'infection urinaire chez les rétrécis (*Presse méd.*, 26 oct. 1888, p. 254).

Lille) qui, chez plusieurs anciens blennorragiques n'ayant jamais souffert d'une difficulté appréciable de la miction, aurait concurremment observé une orchite et un véritable accès de fièvre urinaire comme premier signe d'une infection urinaire symptomatique d'un rétrécissement fruste du canal de l'urètre.

ORCHITES PAR INFECTION LYMPHATIQUE

(FILARIOSE GÉNITALE).

« Le mot de filariose, dit Lancereaux (1) à qui j'emprunte les détails d'histoire naturelle qui vont suivre, sert à dénommer l'ensemble des désordres pathologiques résultant de l'infection de l'organisme par la *Filaria sanguinis hominis* (2). »

La filaire du sang est un helminthe. Elle vit dans le corps de l'homme sous deux états différents : à l'état adulte et à l'état embryonnaire. C'est le Français Demarquay, et non l'Américain Vucherer, qui, en 1863, l'a découverte en examinant, sous le champ du microscope, le liquide d'une hydrocèle chyleuse. De 1866 à 1872, Lewis à Calcutta, Salisbury aux États-Unis, Cobbod à Port-Natal, Crevaux à La Guadeloupe, trouvèrent les embryons du même ver dans les urines de malades atteints d'hémato-chylurie. En 1872, Lewis rencontra l'embryon dans le sang; aussi donna-t-il au parasite le nom qu'il porte aujourd'hui : *filaire du sang humain*. Ayant observé que la plupart des malades dont le sang était infecté par cet entozoaire présentaient de la chylurie, des varices lymphatiques et de l'éléphantiasis, Lewis établit un rapport de cause à effet entre ces différents accidents et le parasite. En 1875, Patrick Manson (3) affirma qu'en dehors des embryons, que seuls on avait jusqu'alors découverts, devaient vivre aussi dans le corps humain les vers adultes qui, sans doute, habitaient les vaisseaux lymphatiques et produisaient, par obstruction, les varices lymphatiques, l'adénolymphocèle, la lymphorragie. Peu de temps après, en effet, Bancroft (4), en Australie, Lewis, Arango da Silva Lima (5) au Mexique, Patrick Manson en Chine, retrouvèrent tour à tour le parasite adulte, mais la femelle seulement, dans des varices ou des abcès lymphatiques et dans les lésions du crawler. Le mâle fut découvert à côté d'une femelle dans le ventricule gauche du cœur par Figueira de Sabria.

(1) LANCEREAUX, Étude sur la filariose (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séances du 21 août et 4 sept. 1888, p. 864).

(2) DEMARQUAY, Note sur une tumeur des bourses contenant un liquide laiteux et renfermant des petits êtres vermiformes (*Gaz. méd. de Paris*, 1863, 3^e série, p. 663).

(3) P. MANSON, Observations on lympho-scrotum and allied diseases (*Med. Times and Gazette*, nov. 1875).

(4) J. BANCROFT, Cases of filarions Disease (*Transact. of Path. Soc. London*, 1878, vol. XIX, p. 407).

(5) DA SILVA ARANGO, Nouvelle phase de la question de la maladie parasitaire dite chylurie (*Gaz. méd. de Bahia*, nov. 1877).

Tous les documents relatifs à l'histoire si intéressante des accidents produits chez l'homme par la filaire du sang et publiés avant 1884 se trouvent réunis dans le consciencieux travail de Mouveroux (1).

La filaire vit donc dans l'organisme humain sous la forme d'un embryon d'helminthe ou bien, mais tout à fait exceptionnellement, sous la forme d'un helminthe adulte.

« Les embryons sont des animalcules longs de 125 μ environ et larges de 10 μ , qui ne présentent aucun signe d'organisation. Ils sont arrondis en avant et effilés en arrière ; ils présentent une zone granuleuse centrale, sans différenciation d'organes digestifs ou reproducteurs, et sont pourvus « d'une sorte de gaine amorphe ou étui transparent dans lequel ils peuvent se mouvoir avec facilité » (de Nabias) (2).

« Les filaires adultes ont une longueur de 8 centimètres, un diamètre de 3 millimètres ; elles ressemblent à un fil de catgut. La tête est ronde ; le reste du corps se termine en pointe. L'anus est situé à 1/4 de millimètre de la queue ; l'orifice vaginal se trouve au voisinage immédiat de la tête. Au tube vaginal font suite deux ovaires tubuleux qui s'enroulent le long du corps, tout autour du canal digestif, et renferment des œufs et des myriades d'embryons à tous les degrés de développement. Quand la femelle pond des œufs, ceux-ci, dont le diamètre est de 30 à 35 μ , sont arrêtés par les ganglions lymphatiques ; les embryons, dont le diamètre est de 7 à 11 μ , peuvent traverser ces ganglions et pénétrer dans le torrent circulatoire.

« Le mâle est plus petit que la femelle ; il n'a pas plus de 7 à 8 centimètres ; sa partie postérieure est enroulée en spirale avec deux spicules inégaux. »

C'est à P. Manson que revient l'honneur d'avoir établi le cycle évolutif de ce curieux parasite dans le corps de l'homme.

La filaire vit et se nourrit dans l'eau. Elle pénètre dans l'organisme humain par deux voies différentes : ou bien elle s'attache aux jambes des individus qui traversent les marais et les rivières pour pénétrer, par effraction, dans les tissus et cheminer ensuite jusque dans les lymphatiques ; ou bien elle est avalée avec l'eau de boisson, et, une fois entrée dans le tube digestif, elle se fraye une route à travers les tissus et gagne le système lymphatique, son habitat ultime. C'est là que se réunissent les sujets de sexe opposé. Le couple s'accroît, se nourrit et se multiplie. Les embryons qui en proviennent traversent les glandes lymphatiques en suivant le cours de la lymphe, et finissent par arriver dans le sang où ils séjournent pendant de très longues années, mais où ils finissent cependant par mourir.

Chose curieuse : les filaires n'apparaissent dans le sang que pen-

(1) Frédéric Mouveroux, Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, etc., thèse de Lyon, 31 juillet 1884.

(2) De Nabias, Sur la filariose, à propos d'un cas d'adénolymphocèle (*Arch. clin. de Bordeaux*, n° 8, août 1896).

dant les heures de sommeil ; quand le sujet est à l'état de veille, elles disparaissent du torrent circulatoire ; on ne les trouve plus alors que dans le système lymphatique.

Les moustiques jouent un rôle considérable dans la propagation de la filariose. Manson a découvert que la femelle de certaines espèces s'empare des embryons de filaire en suçant le sang de personnes déjà atteintes ; il a retrouvé le parasite dans l'estomac de ces insectes et a étudié les modifications qu'il y subit. Là, l'embryon se développe, prend un tube digestif, des organes génitaux et devient apte à vivre indépendant. Après sa ponte, la femelle du moustique va mourir dans l'eau ; l'embryon filarien s'en échappe et, dès lors, commence pour lui cette existence indépendante qui se perpétuera dans l'eau jusqu'à ce qu'il soit ingéré, avec cette eau, par quelque nouvelle victime humaine.

Telle est l'histoire naturelle de la filaire ; quels sont maintenant les accidents que détermine, du côté de l'appareil génital, sa pénétration dans le corps de l'homme ?

La filariose n'agit que par obstruction lymphatique. Or, cette obstruction, la filariose la réalise, d'après C. W. Daniels (1), par un des trois mécanismes suivants : 1° hémorragies dans les lymphatiques provoquées par les filaires adultes ; 2° inflammation des lymphatiques produite par la présence du parasite ; 3° avortement des filaires adultes. Dans ce dernier cas, en effet, le parasite pond des œufs au lieu de pondre des embryons ; or ces œufs ont un diamètre triple de celui des voies lymphatico-ganglionnaires et les obstruent.

Et maintenant, quelles sont les manifestations cliniques de cette oblitération lymphatique pour ce qui concerne les organes génitaux ?

C'est aux observations des médecins des colonies, mais c'est tout particulièrement aux publications du professeur Le Dentu que nous devons de bien connaître aujourd'hui les différents accidents de la filariose génitale.

Ces accidents sont :

1° Pour la zone génitale :

Sur le scrotum : l'éléphantiasis, les dilatations variqueuses des lymphatiques et la lymphorragie. Sur la vaginale : l'hydrocèle laiteuse. Sur le cordon : le varicocèle lymphatique et le lymphangiome inguinal. Sur le testicule : l'éléphantiasis chronique interrompu par des poussées d'inflammation aiguë.

2° Pour la zone périgénitale : les varices lymphatiques de la cuisse et l'adéno-lymphocèle de la région crurale compliqué ou non de lymphorragie. Je laisserai de côté ces derniers accidents dont la description ne saurait rentrer dans cet article et qui, suivant les cas, coexistent, ou non, avec les manifestations proprement génitales.

(1) W. DANIELS, Filariæ and filarial Disease in British Guiana (*Brit. med. Journ.*, 24 sept. 1898, p. 278).

1° *Éléphantiasis du scrotum.* — *Étiologie.* — Ce que je viens de dire de la filariose, maladie parasitaire des pays chauds, explique pourquoi l'éléphantiasis du scrotum sévit, à l'état endémique, aux Indes, au Japon, en Asie, aux Antilles, au Brésil, en Afrique, en Égypte, etc. Cependant l'éléphantiasis du scrotum s'observe aussi dans les climats tempérés, ainsi qu'en témoignent les observations publiées par De Graefe et Leinsrick en Allemagne, et, en France, par Delpech, Rigal (de Gaillac), Besnier, Villemain et d'autres encore. Pourquoi cela? Pour les deux raisons que voici: 1° parce que la filaire du sang peut se trouver et s'est, en réalité, plusieurs fois trouvée dans le sang de sujets n'ayant jamais quitté l'Europe; 2° parce que, à côté de l'éléphantiasis filarien, existent différents états éléphantiasiques tout à fait indépendants de l'entozoaire dont il est question dans ce chapitre, états éléphantiasiques dont on s'est beaucoup occupé depuis quelques années. Il importe d'insister un peu sur ces deux points et de les préciser.

Je dis d'abord, *premier point*, qu'on peut rencontrer la filaire dans le sang d'individus n'ayant jamais quitté l'Europe. Ce sont là, en vérité, des cas qui, jusqu'à ce jour au moins, paraissent tout à fait exceptionnels, mais, comme le dit judicieusement Tédénat (1), qui suffisent pour nous empêcher d'exclure systématiquement la filariose du diagnostic étiologique des éléphantiasis de nos pays. Manson a trouvé la filaire chez un malade qui n'avait jamais quitté l'Angleterre; Pont (de Barcelone), a découvert des embryons de filaire dans le sang et l'urine d'un jeune homme qui avait toujours vécu dans le nord de l'Espagne; un médecin de Canet de Mar a vu deux cas d'hématochylurie sur des individus ayant toujours habité dans le voisinage de Saint-Sébastien. L'infection filarienne paraît donc réalisable dans nos propres pays, en dehors de toute immigration; c'est une question qu'il y a lieu de remettre à l'étude.

Je dis maintenant, *second point*, que l'existence de différents états éléphantiasiques complètement indépendants de la filariose n'est pas le moins du monde douteuse; mais l'étude de ces états éléphantiasiques est à peine ébauchée. L'éléphantiasis est le dernier terme de l'œdème lymphatique; il peut donc être provoqué par toutes les causes qui troublent, retardent ou suppriment la circulation lymphatique et qui déterminent successivement l'œdème, la prolifération embryonnaire périvasculaire et, enfin, l'hyperplasie conjonctive, la dermite hypertrophique. Tout ce qui est capable de produire l'obstruction des lymphatiques, disait déjà Brassac (2) en 1886, que cela émane du dedans ou du dehors, peut déterminer l'apparition de l'éléphantiasis

(1) TÉDENAT, Hydrocèle laiteuse, kystes de l'épididyme, etc. (*Nouv. Montpellier méd.*, n° 40, 9 oct. 1897, p. 781).

(2) BRASSAC, art. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES du *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 1^{er} sem., t. XXXIII, 1886, p. 496; chez Masson.

Cet arrêt de la circulation lymphatique se trouve réalisé par les deux processus suivants: 1° une action mécanique directe; 2° une adéno-lymphite oblitérante.

1° *Action mécanique directe.* — Les conditions que doit remplir l'action mécanique directe pour produire l'éléphantiasis ne sont pas encore bien connues. Les expériences qu'ont faites Momo, Dupuytren, Th. Anger (1), Colin (2), sur la ligature du canal thoracique, n'ont donné, pour ce qui concerne la genèse de l'éléphantiasis lymphatique, que des résultats insuffisants, puisque ces auteurs ne sont arrivés à produire ainsi que des œdèmes localisés et passagers. Ainsi que l'a établi Boddaert (3), et ainsi que cela ressort d'un certain nombre d'observations humaines où l'oblitération du canal lymphatique ne fut suivie d'aucun trouble, le développement de la circulation collatérale joue ici un grand rôle et c'est elle qui, dans tous les cas dont il vient d'être question, met à l'abri de l'éléphantiasis. Il semble qu'il faille à la réalisation de celui-ci, comme dit Athanase Follet (4), une obstruction persistante et étendue, rendant insuffisantes les voies de drainage collatéral.

C'est cette obstruction étendue et définitive, cette pénurie des agents de la circulation vicariante qui, dans les cas suivants, a engendré les lésions œdémato-éléphantiasiques: Lebougle voit une adénite inguinale précéder le gonflement scrotal; Rigler (5) observe l'œdème des membres inférieurs à la suite d'une suppuration des ganglions inguinaux, et Cornil (6) à la suite d'une adénite inguinale abcédée (observation contestable sur le point qui nous occupe); Mermet (7) voit se développer un éléphantiasis du scrotum et du membre inférieur consécutivement à un bubon blenno-scléreux; Riedel (8) relate le développement d'un œdème persistant, éléphantiasique, survenu après l'extirpation des ganglions lymphatiques de l'aîne, observé par lui chez deux malades; Georges Brouardel (9) présente à la Société de dermatologie un malade atteint d'éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aîne; Ath. Follet (10) voit apparaître un œdème

(1) TH. ANGER, Des adéno-lymphocèles, thèse de Paris, 1865.

(2) COLIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, déc. 1879.

(3) BODDAERT, Recherches sur la localisation et le mode de développement de l'œdème lymphatique (*Acad. de méd. de Belgique*, 28 sept. 1895).

(4) ATHANASE FOLLET, Sur la pathogénie de quelques éléphantiasis, thèse de Paris, 1895, n° 1.

(5) RIGLER, *Zeitschr. der Gesellschaft der Aertze zu Wien*, 1855.

(6) CORNIL, *Soc. anat.*, 1873.

(7) MERMET, Œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur gauche consécutif à un bubon blenno-scléreux (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, n° 9, sept. 1894, p. 693).

(8) RIEDEL, Œdème persistant et éléphantiasique à la suite de l'extirpation des ganglions lymphatiques (*Sem. méd.*, 18 août 1894, n° 47, p. 380).

(9) GEORGES BROUARDEL, Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation des ganglions lymphatiques inguinaux (*Sem. méd.*, 17 juin 1896, n° 31, p. 246).

(10) ATH. FOLLET, *loc. cit.*, p. 27.

lymphatique indolent, progressif, peu à peu induré, après deux adénites suppurées et volumineuses, simultanément développées dans les deux fosses iliaques, et méthodiquement incisées et extirpées; Brault (1) constate un pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux; F. Haralamb (2) publie l'observation très nette d'un malade qui, quelque temps après la cure radicale d'une double adénite tuberculeuse de l'aîne, souffre d'un éléphantiasis des organes génitaux externes.

2° *Adéno-lymphite oblitérante.* — En dehors de cette obstruction, en quelque sorte mécanique, des voies lymphatiques, il est bien démontré aujourd'hui que l'adéno-lymphite oblitérante banale, non filarienne, est capable d'engendrer l'éléphantiasis : au reste, dans plusieurs des observations que je viens de rapporter, il est difficile d'établir le départ entre ce qui revient à l'adéno-lymphite et ce qui revient à l'action mécanique seule; j'incline même à penser que c'est à celle-là et non à celle-ci qu'il faut faire jouer le rôle prépondérant.

C'est Verneuil qui, en 1889, émit l'hypothèse que certains éléphantiasis devaient avoir une origine infectieuse banale (streptococcie). En 1892, Sabouraud confirma cette opinion et découvrit le streptocoque sur trois malades atteints d'éléphantiasis et n'ayant jamais quitté la France. Moncorvo (3), s'attacha à cette idée et fit rentrer dans le grand domaine de la streptococcie certains éléphantiasis congénitaux, en démontrant que, pour un de ses malades au moins, les lésions de l'éléphantiasis du nouveau-né devaient être mises sur le compte d'une infection pyogène ayant débuté pendant la grossesse et s'étant ensuite propagée au fœtus par l'intermédiaire de la circulation placentaire. Et les observations, maintenant, ne se comptent plus.

Dans la thèse d'Ath. Follet, je trouve celles de Besnier, de Richardièrre, de Tédenat, d'Achalme. Voici des faits plus récents : Goguel (4) (de Sedan) publie l'observation d'un éléphantiasis de l'avant-bras produit par une lymphangite chronique développée autour d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude; Gastou voit se développer un éléphantiasis de la même région, à la suite de la suppuration d'un vésicatoire et d'une compression prolongée. Kaposi observe l'éléphantiasis de la face à la suite de l'érysipèle à répétition; Gastou assiste, sur un malade, à l'évolution successive des phénomènes suivants : prurit scrotal, grattage aboutissant à la

(1) J. BRAULT, Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux (*Ann. de dermat. et de syph.*, 1897, 3^e série, t. VIII, p. 215).

(2) F. HARALAMB (de Bucarest), Élémentiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation bilatérale des ganglions inguinaux (*Ann. de dermat. et de syph.*, t. IX, n^o 6, juin 1898, p. 574).

(3) MONCORVO, Élémentiasis congénital (*Ann. de dermat. et de syph.*, 1895, n^o 11, p. 965).

(4) GOGUEL, Élémentiasis du bras symptomatique d'une ostéo-arthrite du coude (*Sem. méd.*, 19 juillet 1899, n^o 31, p. 247).

lichénification, éléphantiasis par traumatisme et infection continuel du réseau lymphatique. Enfin, il y a des observations plus précises suivies d'examen microscopique : celle de Rénon (1) qui, examinant le sang et la lymphe des varices lymphatiques d'une femme éléphantiasique morte d'affection pulmonaire aiguë, y trouva de très rares streptocoques et de nombreux pneumocoques; celle de A. et H. Malherbe (2) qui a inspiré le travail de L. Bonhomme (3) et où le streptocoque put être incriminé.

Il n'est donc pas douteux que l'état éléphantiasique reconnaît des causes multiples dont aucune n'est spécifique; la répétition des inflammations, disent L. Raynaud (4) et Legrain, la stagnation de l'œdème inflammatoire, tous les obstacles à la circulation lymphatique, l'adipose généralisée elle-même peuvent le provoquer. Ce ne sont pas seulement, quand il est d'ordre infectieux, les embolies animées qu'il faut incriminer, mais encore les lésions histologiques qui en dérivent : dans un cas d'éléphantiasis du nez, E. Brian (5) trouvait une prolifération considérable de l'endothélium des lymphatiques aboutissant à leur oblitération, et une infiltration de leurs parois par des cellules endothéliales, ainsi qu'autour des vaisseaux, d'innombrables cellules rondes disséminées dans les mailles d'un tissu réticulé.

Tel est le rôle que peut jouer, dans le développement de l'éléphantiasis nostras, la flore bactérienne des inflammations banales. Ath. Follet se demande même, avec Besnier, si dans les cas les plus avérés d'éléphantiasis filarien il n'y a pas à incriminer le streptocoque, et si la présence de la filaire « n'est pas une coïncidence favorisée, dans sa production et dans son développement, par un éléphantiasis à streptocoques. » C'est aller bien loin. Tout au plus pourrait-on imputer au streptocoque les poussées inflammatoires qui, de temps à autre, s'abattent sur les organes atteints d'éléphantiasis filarien. Si séduisante, en effet, que soit cette dernière hypothèse, on ne saurait oublier que J. Maitland (6), ayant constaté, sur des malades atteints de filariose, des lymphangites aiguës terminées par suppuration, examina le pus et n'y trouva que des amas de filaires mortes, enchevêtrées, plus ou moins altérées et, même, des filaires vivantes.

En regard de l'éléphantiasis lymphatique, Bouillaud et Landi ont

(1) RÉNON, Un cas d'éléphantiasis nostras (*Soc. de biologie*, 3 avril 1897).

(2) A. et H. MALHERBE, Note sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée avec éléphantiasis (*Ann. de dermat. et de syph.*, t. VII, 3^e série, 1896, p. 178).

(3) L. BONHOMME, Des lymphangiectasies cutanées et particulièrement d'une forme lymphorrhagique végétante avec éléphantiasis, thèse de Paris, 4 juin 1895-1896.

(4) L. RAYNAUD et LEGRAIN, Lipomatose généralisée avec état éléphantiasique de la partie sous-ombilicale du corps (*Ann. de dermat. et de syph.*, n^o 6, 1^{er} juin 1898, p. 579).

(5) E. BRIAN, Élémentiasis cartilagineux du nez (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 20 juin 1897, p. 577).

(6) J. MAITLAND, On some of the less common manifestations of Filariosis (*Indian med. Gazette*, oct. 1898, p. 361).

décrit, en 1824, un éléphantiasis d'origine veineuse. Je n'en dirai rien, n'en ayant pas trouvé d'exemple convaincant. L'observation de Marcacci, qu'on a coutume de citer, ne me paraît nullement probante, puisqu'on ne put pas injecter le réseau lymphatique.

Anatomie pathologique. — Je dirai peu de chose de l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis qu'on trouvera décrite dans la première partie de ce traité (Voy. t. I, p. 796). Au-dessous d'un épiderme distendu,

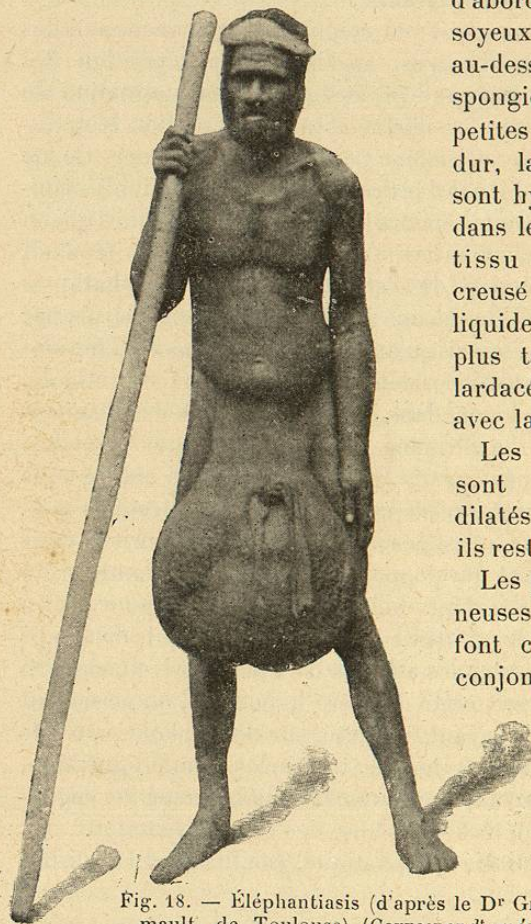


Fig. 18. — Éléphantiasis (d'après le Dr Grimault, de Toulouse) (*Correspond. médicale*, 1900, p. 4).

d'abord mince et luisant, puis soyeux, fendillé, épais et fibreux, au-dessous d'un derme d'abord spongieux, aréolaire, parsemé de petites cavités translucides, puis dur, lardacé, dont les papilles sont hypertrophiées, on trouve, dans les premières périodes, un tissu cellulaire œdémateux, creusé de vacuoles contenant un liquide gélatineux, incolore, et, plus tard, un tissu cellulaire lardacé, fibreux, faisant corps avec la peau.

Les vaisseaux lymphatiques sont larges, irrégulièrement dilatés; adhérents aux tissus, ils restent béants à la coupe.

Les parois artérielles et veineuses sont hypertrophiées: elles font corps avec l'atmosphère conjonctive au milieu de laquelle circulent les vaisseaux.

En résumé, l'éléphantiasis traverse dans son évolution anatomique deux périodes:

l'une, pendant laquelle, mou et pâteux, il correspond à l'œdème lymphatique; l'autre, pendant laquelle, dur et rigide, il correspond à la transformation fibreuse des cellules de tissu cellulaire qui, mêlées aux leucocytes, ont proliféré et accompli leur évolution conjonctive, sous l'influence des poussées de lymphangite et de dermatite aiguës qui se manifestent de temps à autre.

Symptômes. — On décrit à l'éléphantiasis du scrotum deux formes cliniques: l'une qui commence par une ou plusieurs poussées de

lymphangite aiguë avec fièvre, frissons, sueurs, vomissements, etc.; l'autre où les lésions s'installent sournoisement sans aucune réaction générale.

Je ne parlerai pas de la forme aiguë; rien n'en différencie les symptômes de ceux d'une lymphangite aiguë ou d'un érysipèle.

Voici, maintenant, comment se présente l'éléphantiasis dans le cours de son évolution chronique, que cette évolution soit chronique d'emblée, ou bien qu'elle succède à des manifestations inflammatoires.

Après une période de gonflement et d'épaississement œdémateux qui, dans les premiers temps, se manifestent seulement par plaques, les bourses augmentent de volume, s'allongent et s'indurent. Peu à peu, la tumeur grossit, se développe en massue, en gourde suspendue au pubis par un goulot rétréci. Elle devient quelquefois énorme et pend entre les cuisses, capable de descendre peu à peu jusqu'aux genoux et, même, jusqu'aux talons. On dit que des malades purent se servir de leur masse éléphantiasique comme d'un siège de 2 mètres de circonférence, et que d'autres durent péniblement rouler sur une brouette les 60 kilogrammes qu'elle pesait. Sur la face antérieure de la tumeur, dont le développement absorbe la verge, s'ouvre, au fond d'un cul-de-sac recouvert de l'opercule préputial, le canal de l'urètre.

La peau est rugueuse, mamelonnée, bosselée, fissuraire et rhagadée; de là l'apparence capitonnée qu'elle présente. Elle se recouvre ordinairement d'ulcérations et de croûtes sous lesquelles s'accumule une suppuration fétide, que le contact de l'urine, qui s'écoule en avant, rend plus nauséabonde encore.

Au toucher, la masse est dure, rigide; la peau, qui a perdu toute son élasticité, est comme figée sur les couches profondes, et rebelle à toute plicature.

L'on devine ce qu'est, au point de vue fonctionnel, cette pesante infirmité qui gêne la miction, rend le coït impraticable, et, du jour où elle prend un certain volume, s'oppose à l'exercice de la vie sociale.

Lorsqu'on ne prend pas de cette tumeur les soins d'hygiène qu'elle nécessite et que son volume et sa situation rendent souvent impossibles, elle devient, de temps à autre, le siège de phénomènes inflammatoires plus ou moins violents, qui sont le résultat d'infections pyogènes surajoutées et qui souvent se terminent par la formation de plaques gangreneuses plus ou moins étendues.

Traitement. — L'ablation par la méthode sanglante est le seul traitement qui soit raisonnablement applicable à l'éléphantiasis du scrotum. C'est, d'ailleurs, une opération bénigne qui, même à en juger par les statistiques déjà anciennes de Esdaille (de Calcutta), de Mohamed Ali Bey et de Turner, donne à peine 1,8 p. 100 de mortalité (9 sur 479); elle porte le nom d'*oschéotomie*.