endémiques ne pourra être établie que par la recherche attentive des filaires et des divers micro-organismes.

Si la théorie parasitaire a ruiné quelques hypothèses, elle a, au contraire, permis de comprendre quelques faits bien observés, mais qui paraissaient bizarres. On se demandait pourquoi l'endémie avait, à un moment donné, atteint les Barbades : sans doute un filarié est venu dans cette île où les moustiques existaient, et point n'est besoin que ce filarique ait été éléphantiasique. Avant la découverte de la filaire, on aurait vu là une sorte de contagion, que les Hollandais ont admise. Il est inutile d'insister pour faire voir qu'il n'y a pas là une vraie contagion, au sens actuel du mot. Aussi bien mari et femme peuvent-ils cohabiter sans s'infecter l'un l'autre; et il est usuel de voir une mère éléphantiasique allaiter un enfant sain.

Mari et femme, pourtant, vivent de la même vie, boivent la même eau. C'est donc que, suivant les circonstances, le parasite prospère ou périclite. C'est donc que le milieu organique où il va être cultivé a de l'importance.

Ce n'est pas au sexe qu'il faut demander la raison de ces différences : dans les classes pauvres des Antilles les deux sexes sont également atteints. Mais il est constant que la condition sociale a une grande influence : les classes pauvres, les débilités payent plus lourd tribut. De là le rôle des excès alcooliques et vénériens, des habitations malsaines, des alimentations défectueuses (dont on avait voulu faire, autrefois, une véritable cause efficiente).

Il faut aussi tenir compte de la race, et l'on ne saurait contester la prédisposition des nègres, soumis il est vrai à ces conditions hygiéniques vicieuses. Mais aussi il semble que, dans les pays chauds, le système lymphatique subisse une altération spéciale, lente à se produire, observée chez les nègres et chez les créoles; possible également, à la longue, chez les Européens « créolisés », dit Brassac. En tout cas, les Européens ne sont atteints qu'après un séjour assez prolongé. Mais ce fait peut s'expliquer autrement. On est en droit de se demander si ce n'est pas que la filaire, une fois introduite, ne cause que lentement l'éléphantiasis. On aurait vu, dans l'Inde, des natifs d'un pays franc de l'endémie se fixer dans une région voisine, mais infestée, et être atteints du mal, mais au bout de plusieurs années.

Les données relatives à l'âge conduisent à une conclusion analogue. Il y a bien quelques faits, de Moncorvo, de Betancès, qui concernent des enfants en bas âge. Mais c'est là une exception. En règle générale, l'enfant reste en bon état jusque vers sept ou huit ans; à partir de ce moment il s'étiole et dans ses aines se développent des « glandes de croissance ». Puis se déclarent, à partir de la puberté surtout, des lymphangites qui peu à peu restent fixes, dégénèrent en éléphantiasis. C'est chez les adultes que le mal arrive à son maximum de fréquence. Il est rare qu'un vieillard, jusqu'alors exempt, en soit pris.

Lésions produites par la filaire. — La filariose est souvent compatible avec la santé. Dans les pays infestés, l'examen du sang révèle souvent l'existence de la filaire chez des sujets qui ne se plaignent d'aucun symptôme. D'autres sont atteints de la lésion cutanée appelée craw-craw, d'autres sont chyluriques. D'autres enfin, avec ou sans les manifestations précédentes, ont des lymphangites à répétition, sont éléphantiasiques ou ont des varices lymphatiques. Chez ceux qui sont seulement éléphantiasiques, les embryons n'habitent que rarement le sang; c'est dans la lymphe des parties malades qu'il faut les chercher.

Les lésions de l'éléphantiasis endémique ne diffèrent pas, dans leur nature histologique, de celles de l'éléphantiasis en général. Elles en sont seulement le degré extrême. L'éléphantiasis est molle ou dure, suivant l'abondance plus ou moins grande du liquide exsudé. J'ai enfin déjà dit que dans les parties malades on trouve quelquefois la filaire adulte.

Le rôle de la filaire est tout mécanique, affirme Manson : elle bouche les lymphatiques qu'elle habite; et surtout il faut tenir compte des embryons morts, non débarrassés de leur chorion et jouant le rôle de corps étrangers dans les ganglions lymphatiques qu'ils obstruent. Au premier degré, l'obstruction est partielle; le résultat en est de simples varices lymphatiques (dont la chylurie est un symptôme), avec un peu d'adénopathie, la filaire existe dans le sang. Mais si l'obstruction est complète, les embryons ne peuvent plus passer en aval de l'obstacle; ils restent dans les lésions produites en amont. Si les vaisseaux se rompent, on a, outre des varices lymphatiques, des lymphorragies avec plus ou moins d'éléphantiasis : c'est la pachydermie lactifluente de Fuchs. Si les vaisseaux résistent, l'éléphantiasis simple se constitue, par engorgement rétrograde.

Mais pourquoi ces poussées lymphangitiques aiguës qui aggravent tant le mal, qui généralement le déterminent? Sont-elles dues à la filaire elle-même? On peut le penser, en se rappelant qu'on a attribué à la rupture de la filaire de Médine les accidents phlegmasiques aigus qui parfois compliquent sa présence. Mais n'y aurait-il pas là plutôt une prédisposition aux infections lymphatiques, comme dans tous les œdèmes durs? On est en droit, jusqu'à un certain point, de l'admettre, et cela rendrait compte des prédispositions, déjà signalées, que créent la nudité des jambes, les refroidissements, les conditions sociales, la malpropreté. Cette question n'est pas encore tranchée, c'est à peine si elle est posée, et le dernier mot y appartiendra à la bactériologie.

Symptômes et marche. — Le *début* est généralement brusque. A la suite d'une fatigue, d'une marche forcée, d'une contusion, etc., quelquefois sans cause connue, un *accès lymphangitique éclate.* Après un frisson plus ou moins violent, la fièvre s'allume, pour durer de trente à cinquante heures, avec une ou deux rémissions, légères ou prononcées. La soif est vive, la céphalalgie est intense, l'agitation peut aller jusqu'au délire; presque toujours existent des vomissements muqueux ou bilieux, de la douleur gastrique. Peu après les phénomènes généraux débutent les phénomènes locaux. Une souffrance s'accentue dans la région qui va être malade; puis survient une rougeur uniforme ou en plaques, accompagnée d'un gonflement capable d'en imposer pour un phlegmon diffus. De là partent des traînées rouges et indurées, des cordes lymphatiques qui se dirigent vers les ganglions correspondant au territoire envahi, ganglions eux-mêmes engorgés. Bientôt la fièvre tombe et le corps se couvre de sueurs abondantes; un peu plus tard cessent la rougeur et la douleur, un peu plus tard encore le gonflement.

Presque toujours, le mal ne tarde pas à sembler absolument guéri. Mais au bout d'un temps variable, un nouvel accès se déclare, puis un troisième, etc. A chaque fois, la région reste un peu plus empâtée et graduellement l'éléphantiasis se constitue à l'état de lésion chronique, sur laquelle se greffent, de temps à autre, des poussées aiguës, de plus en plus rares. Ces accès n'ont aucune périodicité régulière; ils reviennent soit sans cause connue, soit à l'occasion de

provocations mécaniques, soit même à chaque émotion, d'après une observation de Godard.

Dès cette période, on note quelquefois des accidents insolites, des *phlegmons*, des *gangrènes*. Ou bien la première attaque, ou une des premières, est rapidement mortelle : cette *lymphangite pernicieuse* a fait établir un lien entre la malaria et l'éléphantiasis. Il est possible d'ailleurs que nous soyons destinés à apprendre que ces accès pernicieux sont bien liés à des lymphangites palustres, que l'on aurait longtemps confondues avec celles de la filariose.

Si l'exagération des symptômes est l'origine de quelques irrégularités dans le début, l'atténuation des accidents doit aussi être notée. Les poussées lymphangitiques peuvent être très légères, presque nulles, nulles même, dit-on; et de là ce que Duchassaing a appelé la *forme apyrétique*. Certains auteurs doutent encore de cette forme, qui serait cependant fréquente pour le lymphoscrotum d'Égypte et, d'après Clarac, pour l'éléphantiasis des Antilles.

La *maladie confirmée* se caractérise par l'*éléphantiasis*, au sens propre du mot. Il faut lui consacrer d'abord une étude générale, mais il est utile de passer ensuite en revue les localisations principales.

A. Éléphantiasis en général. — La région malade est atteinte d'un gonflement chroniqne, destiné à ne plus disparaître. Ce gonflement est lent, régulier, apyrétique (abstraction faite des poussées déjà mentionnées). Des sillons plus ou moins profonds le dépriment là où le tissu cellulaire est dense, surtout au niveau des plis des jointures.

La peau est le plus souvent lisse, luisante, et l'*elephantiasis glabra* serait le type de l'éléphantiasis endémique, avec une coloration, suivant les cas, rouge (*E. rubra*), brune ou noirâtre (*E. fusca vel nigricans*). Mais Brassac refuse de concéder à Renaut que l'éléphantiasis exotique soit toujours lisse. Il affirme y avoir noté les hypertrophies papillaires, filiformes ou verruqueuses, les saillies d'apparence cornée, les bourgeons à vif (*E. frambœides*) qu'on note dans les éléphantiasis dites nostras. De même encore pour les éléphantiasis tubéreuse et lobaire. Une objection surgit toutefois, actuellement sans réponse : les éléphantiasis des pays chauds ne sont pas toutes filariques, et dès lors n'y a-t-il pas un aspect spécial à l'éléphantiasis filarique?

La consistance est toujours celle d'un œdème dur, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Mais il y a des variations considérables; tantôt en effet la dureté est ligneuse; ailleurs, au contraire, la mollesse est assez grande, la consistance est comme gélatineuse.

La palpation révèle encore — ce que souvent la vue démontre sans l'attendre — que les ganglions de la région forment des bubons indolents, quelquefois énormes. Cet engorgement est même, pour certains auteurs, le fait initial, et de là le nom de « glandes de Barbades » adopté par Hendy. La sensibilité des téguments malades est normale si le gonflement n'est pas trop intense. Elle s'émousse lorsque l'hypertrophie devient extrême.

Avec le temps, l'aspect se modifie, surtout lorsque le sujet manque de propreté. Des érosions se forment, par lesquelles s'écoule de la lymphe (pachydermie lactifluente), sur lesquelles se concrètent des croûtes, s'amassent des squames qui donnent à la région un aspect ichtyosique. Sur ces surfaces suintantes la sérosité agglutine des poussières. Tout est prêt alors pour que les érosions s'infectent, s'aggravent, dégénèrent en crevasses, en fissures, en véritables ulcères dont la sécrétion est infecte et qui creusent parfois jusqu'au squelette.

Mais tout n'est-il pas prêt aussi pour que se déclarent des complications infectieuses : des abcès occupant soit les ganglions engorgés, soit les tissus éléphantiasiques; des gangrènes s'étendant plus ou moins loin? C'est ce que l'on a appelé, à tort sans doute, les *formes* phlegmoneuse ou gangréneuse.

L'éléphantiasis, dont je viens d'esquisser la physionomie générale, occupe 95 fois pour 100 le segment inférieur du corps; et là elle atteint de 90 à 92 fois pour 100 les membres inférieurs; de 8 à 10 fois pour 100 les organes génitaux externes. Mais cette dernière proportion varie suivant les pays, et, en Égypte, l'éléphantiasis génitale est presque aussi fréquente que celle des jambes.

B. Éléphantiasis des membres inférieurs. — La lésion est le plus souvent unilatérale. Elle atteint surtout le pied, la jambe, mais peut remonter jusqu'à la paroi abdominale. Elle sert de type à la description générale de l'éléphantiasis dure; l'engorgement ganglionnaire occupe le jarret et l'aine. Dans quelques cas — et c'est la règle si le sujet a coutume de porter des chaussures — le pied garde un volume à peu près normal, étrange au-dessous d'une jambe énorme, d'un poteau qui peut avoir 1 mètre de tour. Toujours, lorsque le pied est atteint, le gonflement respecte la région plantaire.

On est étonné de voir que souvent, malgré une difformité énorme, la gêne fonctionnelle est modérée : le patient continue à travailler, ne ressentant qu'une pesanteur anormale. Mais la sensibilité propre du sujet joue à cet égard un rôle important. Les Chinois, les fellahs, les nègres sont endurcis et supportent sans trop de peine une lésion qui rend inaptes à la marche, à la station même, les Européens plus affinés.

Parmi les complications spéciales à cette localisation, lorsqu'il y a formation d'ulcères, il faut signaler les hyperostoses, les soudures des os de la jambe.

C. Organes génitaux de l'homme. — Le début a lieu par des poussées lymphangitiques, souvent atténuées en Égypte, quelquefois liées à des excès vénériens. Puis se forment des noyaux indurés multiples; le gonflement n'est pas d'emblée total. En général, c'est la forme molle qu'on observe; l'infiltration liquide est considérable et se traduit par des lymphorragies abondantes, aqueuses ou laiteuses, qui se font par des érosions spontanées ou sont provoquées par la piqûre. La peau est le plus souvent rugueuse, mamelonnée, croûteuse, ulcéreuse.

La localisation est parfois très circonscrite : au prépuce, qu'on a vu peser jusqu'à 1 kilogramme; à la verge, qui peut acquérir le volume d'un pénis de mulet; à la verge et au prépuce, qu'Esdaile a vus pendre jusqu'au sol, comme une trompe d'éléphant terminée par une énorme verrue.

Le siège scrotal est plus fréquent, et l'aspect diffère suivant que la verge participe au processus et pend en avant de la masse, ou est au contraire saine, avalée pour ainsi dire dans la tumeur sur la ligne médiane de laquelle, en avant, est un ombilic par lequel s'écoule l'urine. Dans ce gonflement, les testicules ne sont que rarement atrophiés; mais ils sont souvent entourés d'une hydrocèle. Quelquefois, ils sont hypertrophiés. L'hydrocèle est quelquefois constituée par un épanchement chyleux. Il est à noter (et Le Dentu y a insisté) que l'hydrocèle chyleuse et l'éléphantiasis testiculaire peuvent exister sans éléphantiasis scrotale. L'éléphantiasis testiculaire serait souvent confondue avec l'orchite paludéenne.

Le volume de la tumeur est très variable. Il est quelquefois énorme et la masse descend aux genoux, aux talons. On a enlevé des scrotums qui avaient 2 mètres de tour et pesaient 70, 80 kilogrammes (Titley); on conçoit qu'une

tumeur semblable puisse empêcher tout mouvement; mais dans les races inférieures cette conséquence est tardive, et Brassac cite le cas d'un nègre qui continuait son labeur usuel avec un scrotum de dimensions telles que de temps en temps, fatigué, il s'en servait comme d'un escabeau pour s'asseoir.

D. Organes génitaux de la femme. — La lésion attaque dans quelques cas les petites lèvres, le clitoris; mais c'est surtout aux grandes lèvres qu'on la rencontre. La grossesse, la menstruation prédisposent aux aggravations du mal, qui s'établit le plus souvent sans phénomènes généraux et s'accroît de préférence après la puberté, gênant de plus en plus la marche, la miction, le coït. L'aspect extérieur ressemble beaucoup à celui du lymphoscrotum.

On discute sur la fréquence de cette localisation et quelques auteurs affirment qu'en Égypte l'éléphantiasis génitale n'existe guère que chez l'homme. Mais Godard dit tenir d'un médecin, mari de la sage-femme de Damiette, que les femmes du pays ont souvent les lèvres énormes, et que leur vulve ressemble volontiers « à une pastèque fendue par le milieu ». Mais les vêtements facilitent une dissimulation à laquelle invite la pudeur, à peu près spéciale à ce sexe. Godard a donc songé à s'enquérir auprès des hommes, mais sans grand succès, et il ne s'en étonne guère « car ils avaient intérêt à nier la vérité ».

E. Localisations diverses. — L'éléphantiasis des *mamelles* est rare, mais non exceptionnelle. Il faut l'étudier dans ses relations avec ce que l'on a appelé le fibrome diffus, ce qui sera fait dans le chapitre des maladies du sein.

C'est à peine si le *membre supérieur* est envahi dans 1/1000 des cas. Brassac en a recueilli 4 observations, toutes quatre à l'avant-bras. L'intégrité de la face palmaire de la main est constante.

Le siège dans d'autres régions du corps est exceptionnel, et même il y a probablement des confusions et les observations sont peu probantes pour le nez, pour les paupières, pour le cuir chevelu.

Diagnostic. — Il est classique d'établir un diagnostic différentiel avec la *lèpre*, ne fût-ce que pour excuser les erreurs de nos pères; avec la *sclérodermie*. Il faut à la vérité se battre les flancs pour trouver des ressemblances.

C'est à un autre point de vue que la question doit être posée.

1° A *la période de début*, on se demandera si l'on est en présence d'une lymphangite simple ou d'une éléphantiasis imminente. C'est plutôt une question de pronostic, car il y a indiscutablement une lymphangite; mais quelle est sa nature et quelles seront ses conséquences? Les différences cliniques que l'on cherche à énumérer sont bien vagues, et il sera indispensable de rechercher la filaire, les microbes dans le sang et dans les régions malades. D'autant plus que cette constatation permettra seule d'élucider certains problèmes que soulève l'étude de la lymphangite palustre.

2° A *la période d'état*, l'examen local et l'enquête anamnestique ne permettent pas une erreur sur la détermination de la lésion. Mais il faut alors se demander quelle est la nature de cette éléphantiasis. Dans nos pays, et pour un malade qui ne vient pas des pays chauds, il suffit de passer en revue les diverses causes qui ont été énumérées dans le chapitre précédent. Dans les pays chauds, il ne faudra pas en rester là, mais il faudra encore rechercher la filaire et ne pas dire — comme certaines descriptions tendent à le laisser croire — que dans les contrées infestées toute éléphantiasis est endémique. Alors seulement les dernières obscurités seront éclairées.

Pronostic. — ***Terminaisons.*** — Je n'ai pas à revenir sur les dangers qui peuvent résulter des complications à l'une quelconque des deux périodes. En général, toutefois, la maladie ne compromet pas directement la vie et l'éléphantiasis est compatible avec une longue existence, pendant laquelle elle n'entraîne guère que des troubles mécaniques. Mais le pronostic est sérieux, car, si l'on cite quelques guérisons spontanées, ces faits sont exceptionnels, et la maladie tend, au contraire, presque toujours à s'aggraver par un accroissement presque indéfini. D'autre part, le traitement simple par la compression est malheureusement infidèle et quand la masse est arrivée à un certain volume il faut l'attaquer par des opérations chirurgicales sérieuses. Il est vrai que ces interventions sont efficaces.

Traitement. — Le *traitement prophylactique* a une importance réelle : les soins hygiéniques, la propreté, la surveillance de l'eau des boissons, etc., préservent dans une large mesure.

La maladie une fois déclarée, Duchassaing, Labat, Godard l'auraient vue rétrocéder à la suite du *changement de pays*. Mais il n'y faut guère compter.

Le traitement des *accès du début* est simplement celui de toute lymphangite aiguë. Le sulfate de quinine modère la fièvre, mais, quoi qu'on en ait dit, n'a pas une action spécifique comme dans la malaria.

Lorsque l'*éléphantiasis est confirmée*, il est de pratique populaire en Egypte, au Malabar, de moucheter les parties malades; la tension diminue et le sujet a quelque soulagement. Mais le bénéfice est maigre — quoi qu'on parle de guérisons — et les inconvénients sont indiscutables. Ces piqûres sont aisément l'origine de phlegmons, d'ulcères. Aussi les chirurgiens n'aiment-ils plus à perforer le scrotum d'un séton, bien que Larrey admette les bons effets de cette pratique. Pourtant, dans un travail récent, M. Le Dentu affirme avoir tiré grand profit des scarifications faites à plusieurs reprises. Les malades n'ont pas guéri, mais les masses éléphantiasiques ont notablement diminué et l'extirpation a été facilitée par ce traitement préparatoire.

Les moyens que l'on a à sa disposition sont la compression; la ligature ou la compression digitale de l'artère principale; l'extirpation des parties malades. Aux membres, la *compression méthodique*, déjà nettement indiquée par Rhazès, est le traitement de choix. On aura surtout recours à la compression élastique, la seule en effet qui ne se relâche pas. On peut appliquer la bande de caoutchouc soit sur une couche d'ouate, soit directement au contact de la peau. Dans ce dernier cas, le caoutchouc exerce sur les téguments une action spéciale, dont il sera question à propos du traitement des ulcères et eczémas variqueux par le bandage de Martin.

A la compression, quelques auteurs adjoignent des moyens accessoires. Mestre conseille de soumettre tous les deux jours le membre à un massage énergique suivi d'une sudation locale; le reste du temps, le membre est comprimé et élevé. Bentley préconise les fomentations chaudes suivies d'applications de pommade mercurielle, puis le membre est comprimé : il aurait obtenu ainsi, en trois mois, une guérison presque complète, et deux ans après le résultat s'était maintenu.

La compression n'est que rarement curative, mais c'est un bon palliatif et souvent elle permet aux malades de vaquer à leurs occupations.

L'*électrisation* à l'aide des courants induits ou continus a été appliquée au

Brésil surtout, depuis près de cinquante ans. Depuis 1848, Moncorvo, Silva Araujo, Vieira de Mello ont fait tous leurs efforts pour en vulgariser l'emploi et le temps n'a fait qu'accroître leur ferveur, si l'on en juge par les résultats qu'ils ont publiés en 1881, en 1883, en 1884. C'est donc une méthode que l'on devra étudier avec soin et que l'on peut adjoindre à la compression.

On a essayé de *lier l'artère principale du membre*, pour diminuer l'apport du sang et restreindre, par conséquent, la rétention en amont de l'obstacle à la circulation en retour. Vers 1820, Labat a proposé cette opération à un malade qui l'a refusée. En 1851, Carnochan (de New-York) l'a pratiquée et a annoncé, de 1851 à 1857, 4 succès sur 4 cas. Mais ces beaux résultats n'ont pas été obtenus par les autres chirurgiens. Il est facile de s'en convaincre en examinant les observations et les statistiques publiées par G. Fischer en 1869, par Leisrink et par Rotter en 1874, par Leisrink en 1876 (1). Il y a eu des améliorations, des guérisons même, mais le fait est rare, et de plus on n'en saurait rien conclure. Les opérations ont été dirigées contre les lésions les plus disparates, et le tout est réuni en un tableau unique. Peut-être y a-t-il certaines formes sporadiques, encore mal déterminées, où la ligature est utile. Mais pour l'éléphantiasis endémique, le jugement sévère de Fayrer semble justifié.

On en peut dire autant pour la *compression digitale*, tentée par Gosselin, par Vanzetti, pour la *compression instrumentale*, recommandée par Dufour.

Malgré ces tentatives, lorsque la méthode non sanglante n'est qu'un palliatif insuffisant, c'est à l'*extirpation des parties malades* qu'il faut s'adresser. Autrefois, Alard s'élevait contre cette pratique, car il redoutait que d'autres localisations, que des métastases ne se fissent. L'expérience clinique a bientôt réduit à néant ces craintes, et la théorie lui a donné raison plus tard.

Le manuel opératoire et les indications dépendent du siège du mal.

Aux membres, c'est la question d'amputation qui se pose, et dès lors il ne faut pas en être trop prodigue. Mais on n'hésitera pas à enlever une jambe ulcérée, douloureuse, fétide, infirme pour toujours. Pour l'éléphantiasis endémique, Mazaé-Azéma, Lherminier père, Brassac affirment que c'est souvent le meilleur traitement. Il en est peut-être de même pour certaines éléphantiasis sporadiques, variqueuses surtout, où l'on tend parfois à conserver quand même un membre qu'on ne réussira jamais à rendre réellement utile.

Aux organes génitaux, il n'y a pas de motifs pour hésiter, d'autant que la compression est difficile à appliquer si la tumeur n'est pas très grosse. C'est surtout l'*extirpation du scrotum* ou oschéotomie qui a été étudiée, et elle est préconisée à peu près par tous les auteurs qui ont observé dans les pays chauds, par Larrey père et fils, par Esdaile, par Fayrer, par Mohammed Ali Bey. Les procédés sont nombreux, dus encore à Delpech, à Partridge, à Clot Bey, etc., les uns avec et les autres sans anaplastie. Les décrire n'entre pas dans nos attributions, et nous n'avons pas à nous occuper ici de la médecine opératoire du scrotum. Mais les résultats nous intéressent. A part Fayrer, qui a perdu 6 opérés sur 28, tous les chirurgiens insistent sur la bénignité de cette intervention. En 1850, Esdaile (de Calcutta) ne comptait que 5 pour 100 de mortalité. Mohammed Ali Bey, bien avant l'antisepsie, n'avait qu'une mort sur 80 interventions. Si l'on veut agir avec sécurité, il ne faut pas laisser les

(1) G. Fischer, *Virchow's Arch.*, 1869, t. XLVI, p. 328. — Leisrink, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1873, t. IV, p. 9 et 1876, t. VI, p. 345. — Rotter, *Ibid.*, t. IV, p. 314.

bourses acquérir un volume par trop monstrueux. Hashimoto a vu succomber dans les vingt-quatre heures un Japonais qu'il avait allégé de 94 kilogrammes de scrotum.

La bénignité de l'intervention n'est pas le seul de ses avantages. Son efficacité n'est pas douteuse. On cite bien quelques récidives, mais elles sont l'exception, et la plupart des malades bénéficient d'une guérison radicale.

En terminant, je signalerai une particularité que la mode actuelle de l'hypnotisme rend intéressante. Déjà Esdaile se refusait à donner du chloroforme à ses malades; il les opérait sous l'influence du mesmérisme, auquel les Hindous sont, paraît-il, particulièrement sensibles.

DEUXIÈME PARTIE

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Il est d'usage, dans les traités de pathologie externe, de ne rien ajouter, à propos de la peau, à ce qui a été dit des lésions traumatiques en général. Cette coutume, justifiée pour les violences de quelque intensité, devient vicieuse pour les actions extérieures superficielles. On en vient, par exemple, à ranger les cors et les durillons parmi les « hypertrophies épidermiques et papillaires », sans souci de leur origine indiscutablement traumatique. Je crois donc devoir consacrer un court chapitre aux lésions traumatiques de la peau.

Ces lésions sont produites par des agents mécaniques, thermiques et chimiques. Les altérations superficielles causées par les agents thermiques sont suffisamment étudiées avec les brûlures et les gelures en général. Restent donc les *actions mécaniques* et les *irritations chimiques*.

Avant d'entrer dans la description des cas particuliers, il est utile d'affirmer l'influence considérable que l'état général du sujet et l'état local préalable à l'action extérieure exercent sur l'évolution de ces lésions.

Les *localisations des manifestations diathésiques* autour d'une injure traumatique ont une grande importance. Tous les chirurgiens y insistent pour la syphilis. Ils s'occupent moins de certaines déterminations cutanées qui semblent bien relever d'une prédisposition générale, de l'arthritisme probablement. C'est une discussion avant tout dermatologique, que de se demander quel est le rôle exact des causes externes et internes dans la production de l'eczéma, du psoriasis. Mais, quelle que soit l'opinion théorique à laquelle on se rallie, le chirurgien