

de ne pas trop les rapprocher, car les languettes de peau comprises dans ces incisions pourraient se sphaceler. On devra laisser environ 4 centimètres entre chaque incision pour éviter cet accident. Dans le cas où l'on aurait reconnu un phlegmon diffus profond sous-aponévrotique, il ne faudrait pas hésiter à inciser dans une assez grande étendue l'aponévrose, et à faire sur les bords de la plaie aponévrotique des débridements latéraux.

Nous avons si souvent obtenu et vu obtenir par Jobert (de Lamballe) l'arrêt de phlegmons diffus graves à l'aide de grandes incisions, que nous donnons à ce moyen la préférence sur tous les autres.

Les incisions abortives du phlegmon diffus au premier degré donnent lieu à un écoulement de sang et de sérosité. On doit surveiller avec soin cet écoulement sanguin, qui peut atteindre, dans quelques cas, des proportions inquiétantes, mais je l'ai toujours vu s'arrêter sous l'action de petites plaques d'amadou soutenues par une bande compressive. Quelques heures après ce débridement, le lendemain au plus tard, les parties ont perdu leur tension; le membre diminue peu à peu de volume, et les incisions, d'abord recouvertes d'une sorte d'exsudat grisâtre, suppurent, mais sans offrir de décollement. Enfin, à l'aide d'un pansement simple, de légers atouchements avec le nitrate d'argent et d'une compression méthodique, les plaies guérissent et l'œdème du membre s'efface.

Dans la période suppurative du phlegmon diffus, il ne peut y avoir aucun doute sur la nécessité de larges débridements. On les fera comme nous l'avons dit plus haut, suivant la profondeur du mal, sus ou sous-aponévrotiques.

Ces incisions pratiquées, si le pus a produit du décollement et sphacélé le tissu cellulaire, on doit avoir recours à des pansements émollients, à des bains aromatiques, et surveiller avec grand soin la propagation du pus. Ainsi on fera des contre-ouvertures partout où la matière purulente s'accumulera, et l'on en favorisera la sortie par une compression méthodique et par des injections détersives. Le drainage, tel que le pratique Chassaignac avec de petits tubes de caoutchouc fenêtrés (fig. 17), peut rendre ici de véritables services. Ainsi on peut traverser toute l'étendue d'un phlegmon diffus à l'aide d'un de ces tubes, qui sert à maintenir les ouvertures pour la sortie du pus et à faciliter les injections.

FIG. 17. — Tube de caoutchouc perforé de distance en distance.

Ces injections suffisent quelquefois à détacher les lambeaux gangrenés du tissu cellulaire; on peut encore extraire doucement avec une pince ces détritrus, mais il faut avoir soin de ne pas tirer trop fortement sur ces eschares, car on s'exposerait à rompre quelques vaisseaux.

Lorsque les eschares sont détachées, il reste des plaies blafardes ou couvertes de bourgeons charnus vifs, suivant les conditions générales du

blesse. Les plaies blafardes seront touchées avec des solutions légèrement excitantes et pansées avec les baumes résineux, comme le styrax, le baume d'Arcæus. On doit hâter le recollement des parties par une compression douce.

Quand les parties sont recollées dans leur profondeur et cicatrisées superficiellement, il reste encore une roideur considérable des tissus et souvent une perte complète des mouvements du membre par désorganisation des muscles ou par ankylose. On peut améliorer ces conditions fâcheuses en prescrivant des bains émollients prolongés, des mouvements forcés du membre, du massage, des douches.

Dans quelques cas de phlegmons profonds qui occupent toute l'épaisseur d'un membre et gagnent le tronc, on ne peut avoir l'espérance de sauver la vie du malade que par l'amputation. Cependant il est bon de savoir que, dans ce cas, la plaie d'amputation est plus disposée qu'une autre à éprouver les graves complications des lésions traumatiques.

Si quelque hémorrhagie survenait au milieu d'un phlegmon diffus dans lequel une artère un peu volumineuse aurait été détruite, il faudrait d'abord avoir recours à la compression, et si ce moyen ne réussissait pas, inciser les tissus au point que l'on supposerait être le siège de l'hémorrhagie, et porter sur l'orifice du vaisseau une ligature, ou, à son défaut, une boulette de charpie imbibée d'une solution concentrée de perchlorure de fer. C'est seulement contre une hémorrhagie rebelle à ces moyens qu'on doit employer la ligature de l'artère principale au-dessus du phlegmon.

Le traitement général du phlegmon diffus doit surtout consister en une bonne hygiène et un régime tonique. Aujourd'hui chacun est convaincu du danger des émissions sanguines dans ce cas, et l'on ne discute guère que sur le mode de traitement tonique. Nous pensons qu'il convient d'associer à de faibles évacuants des toniques vineux ou alcooliques, des mets légers et de facile digestion, enfin quelques amers. Cette association des purgatifs aux toniques rend dans de pareils cas les plus grands services.

Le malade devra le plus souvent garder le repos, du moins dans les premiers temps du développement de la maladie.

ARTICLE III

FIBROMES SOUS-CUTANÉS. — TUBERCULES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

La plupart des pseudoplasmes de la peau et du tissu cellulaire peuvent exceptionnellement revêtir les apparences des petits fibromes sous-cutanés dont nous allons donner la description. Ainsi on a vu des tumeurs folliculaires, des hypertrophies partielles du derme, des tumeurs érectiles prendre quelquefois un caractère douloureux; mais c'est là un fait plus rare qu'on ne le pense, et quand ces douleurs se développent dans ces divers pseudoplasmes, elles sont loin d'avoir la physionomie si remar-

quable de celles qu'on observe dans les véritables tubercules sous-cutanés douloureux.

Nous établirons donc une catégorie spéciale de tumeurs sous-cutanées, douloureuses, composées d'éléments fibreux et sans rapport nécessaire avec les nerfs. Ce sont des pseudoplasmes qui ont été souvent décrits sous les noms de *tumeurs*, de *ganglions*, de *tubercules sous-cutanés douloureux*, et que nous désignerons, à cause de leur nature, sous le nom de *fibromes sous-cutanés*.

Nous séparons ces tumeurs des véritables névromes, et nous indiquons plus loin les caractères différentiels de ces deux sortes de productions morbides.

HISTORIQUE. — On a cru retrouver dans les auteurs les plus anciens des indications sur ces tubercules; mais ces renseignements sont trop vagues pour être bien compris. Cheselden paraît avoir le premier signalé ces tumeurs, mais sans y attacher une grande importance (1). Camper en donna une indication plus détaillée dans le premier fascicule de ses *Démonstrations anatomiques* (2). Il fit remarquer leur caractère si étrangement douloureux, mais il crut qu'ils siégeaient toujours dans la tunique des nerfs. Marc-Antoine Petit, dans un *Discours sur la douleur, prononcé à l'ouverture du cours d'anatomie et de chirurgie de l'Hospice général de Lyon* (1799), en traça en quelques mots un tableau fort exact; il les décrit sous le nom de *ganglions nerveux*: « La dissection, dit-il, montre un tubercule blanc, enveloppé d'une membrane fibreuse, ordinairement adhérente à la peau, assez libre dans le tissu cellulaire, où il ne paraît tenir qu'aux filets nerveux dont il est l'épanouissement. » Mais tous ces renseignements écourtés ne pouvaient pas servir à donner une idée complète du tubercule sous-cutané douloureux. C'est dans un travail de Wood, publié en 1812, dans *Edinburgh Medic. and Surgical Journal*, que l'histoire de ces tumeurs a été étudiée avec un soin et une exactitude qui font maintenant encore de ce mémoire une monographie remarquable à laquelle il y a peu de chose à ajouter. Le chirurgien anglais commença à désigner cette catégorie de tumeurs sous le nom de *tubercules sous-cutanés douloureux*.

Dupuytren, dans ses *Leçons cliniques*, a tracé de ces tumeurs une histoire qui est de beaucoup inférieure au travail de W. Wood, car on y trouve, à côté de faits qui se rapportent véritablement à ces fibromes, des observations de petits cancers de la peau. Depuis les *Leçons* de Dupuytren, il a été publié un assez grand nombre d'observations de ces pseudoplasmes; je me bornerai à mentionner, dans cette dernière série de travaux, ceux de Wilmot, Paget et Fock.

W. Wood, *On Painful Subcutaneous Tubercle* (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, t. VIII, 1812, p. 283). — DUPUYTREN, *D'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, connues sous le nom de ganglions ou tubercules*

(1) *Anatomy of the Human Body*, tenth edition, p. 136.

(2) *Demonstrationum anatomico-pathologicarum*, lib. I, p. 11, 1760.

nerveux (*Leçons orales de clinique chirurg.*, t. IV, p. 414). — WILMOT, *Observations de petites tumeurs douloureuses développées sous la peau* (*Gazette médicale*, 1839, p. 426, extrait de *Dublin Med. Press*, 1839). — PAGET, *Lectures on Tumours: Painful Subcutaneous Tumours*, p. 120, 1853. — FOCK, *Zur Diagnose der schmerzhaften Geschwülste* [Sur le diagnostic des tumeurs douloureuses] (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 1).

On consultera aussi à l'article NÉVROMES les travaux que nous indiquons plus loin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On rencontre surtout ces fibromes dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres inférieurs, et de la jambe en particulier; mais on en trouve dans beaucoup d'autres régions où les accidents qu'ils entraînent ont souvent été pris pour des névralgies simples. Ainsi, Dupuytren a vu de ces tumeurs à la face, Syme en a enlevé une placée à côté de la première phalange du doigt annulaire, et une autre qui reposait sous l'ongle du petit doigt (1). Cabaret a observé une névralgie lombéo-abdominale qui était due à l'existence d'un petit fibrome situé à gauche de la colonne vertébrale, à une petite distance de l'articulation de la première avec la deuxième vertèbre lombaire (2). Enfin il serait possible d'en citer des exemples sur beaucoup d'autres points du corps.

Ces pseudoplasmes sont situés dans l'épaisseur du tissu cellulaire; mais dans un cas rapporté par Fock la tumeur naissait du périoste du tibia.

La peau qui recouvre ces tumeurs est d'abord saine et glisse au-dessus d'elles; mais quand le fibrome existe depuis longtemps, elle devient mince, tendue, polie, luisante, et des vaisseaux se développent autour de ce point. La capsule du fibrome adhère alors à la peau.

Le volume de ces tubercules varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une fève de marais, mais il n'atteint guère une grosseur plus considérable. Il est alors facile de comprendre que ces tumeurs soient à peine prédominantes.

Ces petits fibromes sous-cutanés sont en général uniques, et l'on cite comme une exception un cas de Wood où il existait trois de ces tumeurs réunies les unes aux autres sur le muscle fessier. Leur forme est généralement arrondie, sphéroïde ou ovale. Leur tissu est ferme, élastique, et lorsqu'on les laisse tomber d'une certaine hauteur sur le sol, ils rebondissent en vertu de cette élasticité.

La surface externe de ces productions est lisse, luisante, nacréée, d'un blanc pur, quelquefois jaunâtre (fig. 18). Lorsqu'on fait une coupe dans ces tumeurs, on y trouve un tissu qui résiste sous le scalpel, et l'aspect

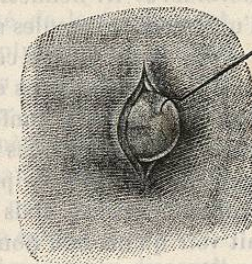


FIG. 18. — Fibrome sous-cutané douloureux, au moment où il sort d'une petite incision faite à la surface.

(1) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1836, vol. XLVI, p. 266.

(2) *Gazette médicale*, 1851, p. 617.

de la coupe est aussi blanc et nacré que celui de la surface externe. Parfois on observe une disposition fibreuse bien nette en couches concentriques comme dans les corps fibreux de l'utérus. Sur la coupe de certains fibromes sous-cutanés on distingue des fibres blanches qui se répandent dans une gangue grisâtre. On ne trouve point de vaisseaux à l'intérieur de ces fibromes.

Ces tubercules déposés dans un tissu cellulaire assez lâche sont entourés d'une capsule fibro-celluleuse quelquefois assez épaisse et vasculaire. Dans le fait de Cabaret la tumeur était renfermée avec un peu de sérosité dans une enveloppe opaque, dense, fibro-cartilagineuse.

Si l'on examine au microscope (fig. 19) le tissu de ces produits morbides, on y trouve des éléments fibreux à divers degrés de développement. Tantôt ce sont des fibres très-serrées les unes contre les autres, entrelacées d'une façon compacte et au milieu desquelles l'acide acétique fait découvrir des noyaux allongés; tantôt ce sont des fibres unies à des éléments cellulaires moins développés, à de larges noyaux ou à des fibres-cellules. Les fibres sont parfois placées parallèlement les unes aux autres, et ailleurs elles sont, comme dans la figure 19, disposées en cercles concentriques autour de très-petites cavités. Il faut faire remarquer que dans quelques cas les fibres sont tellement rapprochées les unes des autres, qu'on ne peut que soupçonner la structure fibreuse du tissu



FIG. 19. — Éléments anatomiques d'un fibrome sous-cutané douloureux. Disposition des fibres en couches concentriques. — Grossissement, 400 fois.

morbide. J.-H. Bennett (1) a observé et figuré une coupe micrographique d'un de ces tubercules sous-cutanés qui était composé de fibro-cartilage.

Nous avons vu que ces fibromes étaient déposés dans le tissu cellulaire, mais nous n'avons pas encore parlé de leurs rapports avec les nerfs. Quelques chirurgiens, confondant sous le nom de névromes ces masses fibreuses sous-cutanées et celles qui se développent dans l'épaisseur des nerfs, ont cru que les premières étaient toujours en rapport avec quelque filament nerveux. Mais les dissections de Dupuytren, Paget et Fock ont fait voir qu'un bon nombre de ces fibromes n'ont aucun rapport avec des filets nerveux; et dans un cas que j'ai examiné avec soin, il m'a été absolument impossible de découvrir, même au microscope, le moindre nerf sur ou dans la tumeur. C'est là une dissection difficile, mais qui dans certains cas ne peut laisser aucun doute sur l'indépendance de ce pseudoplasme.

On a bien trouvé dans le tissu cellulaire sous-cutané de petites tumeurs qui étaient accolées à des filets nerveux, mais ces cas ne peuvent rien prouver contre l'indépendance des autres tumeurs. On comprend que ces

(1) *Clinical Lectures on the Principles of Medicine*, 1859, p. 171.

petits fibromes, en se développant, puissent englober quelque ramuscule nerveux ou s'accoler à son trajet, mais ce n'est là qu'un rapport secondaire. Nous dirons plus loin comment ces tumeurs diffèrent des véritables névromes.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous venons d'indiquer les principaux caractères anatomiques de ces fibromes sous-cutanés; mais ce qui donne un cachet spécial à ces petits pseudoplasmes, c'est la douleur.

Cette douleur est le trait si saillant de ces tumeurs, qu'elle leur a imposé son nom. Elle peut se montrer avant que la tumeur fasse aucune saillie apparente; d'autres fois elle se développe en même temps que le fibrome; enfin, dans un assez bon nombre de cas, elle ne se manifeste qu'après le développement de ces tubercules. En effet, il n'est pas rare de rencontrer de petites tumeurs fibreuses sous-cutanées qui, après être restées plusieurs années indolentes, ont pris tout à coup, soit spontanément, soit à la suite de quelque contusion légère, un caractère douloureux.

Cette douleur, que la pression exagère toujours, qui augmente quelquefois par la simple contraction musculaire, n'est point constante. Le plus souvent elle est temporaire et se trouve excitée par de légers attouchements, par le simple frôlement d'un habit. Les douleurs deviennent alors très-vives, exacerbantes; du centre de la tumeur ou de son pourtour, elles s'étendent vers les parties voisines quelquefois assez loin, et elles ressemblent à des chocs électriques ou à une véritable aura. Dans un cas de Dupuytren, où il existait une tumeur sous-cutanée douloureuse à la face antérieure de l'avant-bras, au-devant du radius, à 3 pouces environ au-dessus du poignet, la douleur déterminée par la pression s'étendait du siège du mal vers le tronc, et non vers les extrémités, comme cela s'observe d'ordinaire. Ces paroxysmes durent de quelques minutes à quelques heures, et pendant tout ce temps la sensibilité de la tumeur est excessive, les muscles voisins sont dans un état de contraction ou animés de mouvements spasmodiques par action réflexe; la peau qui recouvre le fibrome peut aussi se congestionner et s'œdématiser. Enfin, chez quelques individus, la douleur est si poignante, qu'elle amène soit des convulsions générales, soit une véritable syncope. La persistance de ces douleurs a des conséquences fâcheuses pour la santé, car elle peut faire perdre le sommeil et empêcher les mouvements que la marche exige.

Le plus souvent tout ce cortège de phénomènes douloureux disparaît lorsqu'on extirpe ces fibromes; dans d'autres cas, un certain degré de douleur persiste pendant quelque temps, et tout finit par s'éteindre.

Il n'est pas possible de se rendre bien compte de la nature d'une douleur si poignante. On ne peut guère l'expliquer par une compression des filets nerveux, car on voit de vastes tumeurs développées dans les nerfs ne point s'accompagner de douleurs. Il y a donc là quelque chose de tout particulier qui atteint la sensibilité du nerf, et, par son caractère paroxysmal, rappelle certaines névralgies simples.

Le développement de ces tumeurs est d'une lenteur extrême. Paget

rapporte avoir enlevé de l'extrémité du pouce un de ces fibromes qui existait depuis quatorze ans, et dont le diamètre était inférieur à un quart de pouce. Un autre tubercule, qui avait continué à croître pendant dix ans, n'avait pas un diamètre supérieur à un demi-pouce. Quelquefois ces tumeurs atteignent plus vite le volume d'une fève de marais, qu'elles ne dépassent guère; de telle sorte qu'elles peuvent rester très-longtemps douloureuses sans subir de notables changements.

En général, ces tumeurs ne reparaisent pas lorsqu'on les extirpe, et les cas de récidive cités çà et là ne sont guère probants; mais on a pu successivement extirper plusieurs de ces fibromes sur un même individu. Ainsi Wilmot rapporte dans l'une de ses observations qu'il extirpa d'abord une tumeur à la jambe, et plus tard une autre à la face plantaire du pied. Dupuytren a confondu quelques-uns de ces pseudoplasmes avec de petits cancers cutanés, quand il a parlé de leur ramollissement ulcéreux et de la récidive dans les ganglions. Ces tumeurs, en effet, n'ont point de tendance à s'ulcérer, et quand elles ont acquis un certain volume, elles restent stationnaires.

ÉTILOGIE. — Nous ne savons vraiment rien sur l'origine de ces tumeurs. Quelques malades les attribuent à un coup et à une chute (Cabaret); dans une des observations de Wilmot, on a dit que la tumeur a succédé à une piqûre d'épine, mais il peut arriver que la chute, le coup et la piqûre n'aient été que la cause provocante de la douleur dans le fibrome. C'est une affection bien plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, tandis que le contraire a lieu pour le véritable névrome. Paget a relevé 28 cas de fibromes sous-cutanés, sur lesquels il y avait 5 hommes et 23 femmes; tandis que pour 26 cas de névromes, il a trouvé 19 hommes et 7 femmes. Dupuytren croyait aussi que ces tumeurs étaient plus communes chez les femmes, et sur 9 observations rapportées dans ses *Leçons orales de clinique*, on trouve 6 femmes et 3 hommes. L'opinion inverse de Camper n'est qu'une assertion sans preuve.

C'est là une maladie de l'âge adulte; on l'observe en général de trente à cinquante ans. Chez les femmes, elle se développe parfois à l'époque de la ménopause.

DIAGNOSTIC. — Il serait absolument impossible de distinguer un petit fibrome sous-cutané et encore indolent d'un névrome peu volumineux qui resterait stationnaire; mais quand cette dernière affection suit sa marche habituelle, la distinction des deux tumeurs n'est pas aussi difficile qu'on le supposerait. Ainsi le névrome se voit sur beaucoup de branches nerveuses, tandis que le fibrome sous-cutané reste, en général, unique. Le névrome a une progression ascendante qui lui fait atteindre assez souvent un volume considérable, et malgré cela il n'est pas rare d'y constater peu de douleur. Le fibrome sous-cutané ne dépasse guère le volume que nous avons déjà indiqué plus haut, et il est ordinairement très-douloureux. Enfin, sa plus grande fréquence chez la femme peut encore être un élément de diagnostic.

L'erreur, souvent impossible à éviter, ne peut pas avoir de conséquences fâcheuses, puisque le traitement d'un petit névrome ou d'un tubercule sous-cutané douloureux est le même; mais il sera bon, dans tous les cas supposés de fibrome, d'explorer le trajet des principaux nerfs, et de chercher s'il n'y existerait pas quelques-uns de ces renflements si caractéristiques du névrome.

Une confusion plus regrettable, car elle conduit à une thérapeutique irrationnelle, et celle qui fait prendre ces petites tumeurs pour une *névralgie* ou un *rhumatisme*. Cette erreur, trop souvent commise, a fait traiter sans succès l'élément névralgique de ces fibromes par les topiques opiacés, les vésicatoires, les sangsues, les pilules de Méglin. De là il faut tirer ce conseil, que dans tous les cas de névralgie incertaine, de rhumatisme peu franc, on doit palper avec soin la région malade pour chercher si l'on n'y trouverait pas quelque petit fibrome caché dans le tissu cellulaire. On doit alors, si l'on en rencontre un, exercer sur lui une certaine pression, de façon à constater si l'on ne reproduirait pas la douleur en question.

Mais il faut ajouter que souvent les malades épargnent toutes ces recherches au chirurgien, et lui mettent la main sur le fibrome cause de leur douleur.

PRONOSTIC. — Ce n'est point une affection grave, mais une infirmité parfois torturante, qui pousse les malades à demander les soins du chirurgien.

TRAITEMENT. — L'extirpation est le meilleur moyen de guérir cette maladie, et elle se fait en général très-facilement. On fixe la tumeur en tendant la peau au-dessus d'elle, et l'on pratique sur le point le plus saillant une petite incision qui va jusqu'au fibrome. Il devient alors très-facile de saisir la tumeur avec une petite érigne et de l'enlever du tissu cellulaire, auquel elle adhère peu. Bouchacourt conseille d'inciser du même coup la peau et la tumeur, dont l'extirpation, selon lui, est alors rendue plus facile (1). On peut, en général, se dispenser d'une incision cruciale pour extirper ces petits fibromes. La plaie est ensuite réunie par première intention, soit à l'aide d'un point de suture, soit par des bandelettes de diachylon.

Ce procédé d'extirpation des tumeurs doit être dans tous les cas préféré aux caustiques.

La névrotomie ne suffit pas à faire disparaître les douleurs de ces fibromes. On trouve à cet égard dans Dupuytren une observation intéressante, quoique fort incomplète, où l'extirpation d'un petit fibrome à la joue a pu seule guérir la malade qui avait subi, outre un traitement médical contre sa névralgie, la section du nerf sous-orbitaire à la sortie de son trou. Au lieu de diminuer après la section, les douleurs étaient devenues plus fortes, insupportables.

(1) Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement (Bulletin de thérapeutique, 1851).

Si le malade se refusait absolument à une opération, on pourrait couvrir le mal de topiques opiacés, et pratiquer même dans le tissu cellulaire qui entoure le fibrome des injections narcotiques. Dupuytren rapporte qu'une femme de soixante ans souffrait d'un fibrome sous-cutané douloureux à la partie postérieure et interne du genou, et qu'elle n'avait jamais voulu se décider à l'opération, malgré l'intensité des douleurs; des narcotiques longtemps appliqués sur le mal finirent par les calmer, et depuis elles n'ont pas reparu. Mais c'est là un cas exceptionnel et qui ne doit pas servir de règle au chirurgien.

ARTICLE IV

FILAIRE DE MÉDINE, OU DRAGONNEAU

On donne les noms de *dragonneau*, *ver de Médine*, *ver de Guinée*, ou mieux de *filaire de Médine*, à un helminthe que l'on rencontre dans le tissu cellulaire des régions superficielles du corps, et surtout des extrémités. Ce ver ne s'observe pas, en effet, au milieu des organes internes. Il n'est pas enkysté, on le trouve sous la peau, autour des vaisseaux et des nerfs, au milieu des muscles.

HISTORIQUE. — La connaissance de la filaire remonte à des temps très-reculés. Agatharchide (1) de Cnide, qui vivait vers le II^e siècle avant J.-C., fait mention de cet entozoaire chez les peuples qui habitent la mer Rouge (1). On le trouve également cité par Soranus d'Éphèse (97 de J.-C.) et Léonidas d'Alexandrie. Galien (3) le nommait *δρακόντιον*, et Plutarque *δρακόντιον μικρόν*. Les auteurs arabes, qui le désignaient sous le nom d'*arc*, paraissent lui avoir refusé l'animalité. Il est souvent désigné dans les traductions de leurs écrits sous le nom de *vena*; mais le mot *arc* ne veut pas dire une *veine*. Le docteur Perron, directeur de l'école arabe à Alger, pense que *arc* veut simplement dire une racine longue et filiforme. On aurait donc eu tort de le traduire par *vena*. Quoi qu'il en soit, à cause de sa fréquence à Médine, la filaire est encore désignée sous les noms de *ver*, de *veine de Médine*. Nos notions sur les filaires restèrent obscures jusque vers le XVI^e siècle, époque où l'on commença à visiter les régions intertropicales. A mesure que ces voyages devinrent plus fréquents, l'étude de la filaire devint plus complète. Nous citerons parmi

(1) Agatharchidas apud Plutarchum, *Quæst. conviv.*, lib. VIII, quæst. 9, édit. Dübn. Paris, t. I, p. 897.

(2) A ce propos, Benoît (de Montpellier) fait le rapprochement suivant. Moïse, au chapitre XXI des *Nombres*, nous apprend que dans leur voyage de la montagne de Hor au pays d'Édom, sur les bords de la mer Rouge, les Israélites furent attaqués par des serpents ardents qui se fixaient sur leur corps. Ils demandèrent à Moïse de prier Dieu qu'il ôtât ces serpents de dessus eux. Bartholin suppose qu'il s'agit ici de la maladie du dragonneau, et Benoît fait remarquer aussi que cette maladie est endémique sur les bords de la mer Rouge.

(3) *De locis affectis*, tome VII, lib. VI, cap. III, p. 393, édit. Kühn.

les auteurs qui s'en sont alors occupés : Kæmpfer (1), Dampier (2), Lind (3).

Malgré ces travaux, l'existence du dragonneau était encore mise en doute à une époque qui n'est pas éloignée de nous. Ainsi Richerand écrivait dans sa *Nosologie* : « Ce sont sans doute ces concrétions fibrineuses allongées, retirées des veines variqueuses déchirées, qui ont fait croire à l'existence du dragonneau. Ce prétendu ver n'est autre chose qu'une strie fibrineuse formée par le sang arrêté dans les veines variqueuses. » Ces assertions, déjà assez étranges au moment où Richerand écrivait, ne seraient plus soutenables aujourd'hui devant les remarquables travaux que nous possédons sur les filaires de l'homme, et parmi lesquels nous citerons les suivants :

BRESMER, *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme*, traduit par Grundler, 1837, p. 198. — MAISONNEUVE, *Note sur un dragonneau observé à Paris et présenté à la Société de chirurgie* (*Archives générales de médecine*, 4^e série, 1844, t. VI, p. 472). — MALGAIGNE et ROBIN. L'observation du fait recueilli dans le service de Malgaigne a été publiée par Vautrin dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, vol. XXIX, p. 311; l'étude de la filaire a été complétée par Robin, dans *Bulletins de la Société de biologie*, 2^e série, 1855, t. II, p. 35. — CEZILLY, *Observations sur le dragonneau, ou ver de Médine* (thèse de Paris, 1858, n^o 203). — J. BALFOUR, *Note on the Incubation of Guinea Worm* (*Edinburgh Medic. Journal*, 1858, vol. IV, p. 442). — BENOIT, *Du dragonneau, ou ver de Médine* (*Montpellier médical*, juin 1857, 1 planche). — DAVAINE, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, 1860, p. 696.

ÉTIOLOGIE. — C'est en Asie, dans l'Arabie Pétrée, et en Afrique, au Sénégal, au Congo, sur les côtes d'Angola, que la filaire de Médine est très-répondue; dans l'Amérique septentrionale et en Europe, elle n'a été vue que sur des individus arrivant des contrées intertropicales. On l'a observée aussi dans l'Amérique méridionale, et à l'île de Curaçao elle est, dit-on, à l'état endémique. D'après le rapport de Dampier, les habitants de race blanche y seraient, dans cette île, aussi sujets que les nègres. Toutefois, en Amérique, à Curaçao, comme dans les autres Antilles, elle a paru apportée par les esclaves venant de la côte occidentale d'Afrique. On ignore si elle existe sur la côte orientale au sud de l'équateur; mais on ne la trouve ni à l'île de France ni à Madagascar.

La filaire de Médine est un ver nématode qui subit son développement dans le corps de l'homme, mais ne donne, lorsqu'on en fait l'extraction, que quelques signes de vie, et périt bientôt. A ce moment, son corps est rempli d'une substance laiteuse, qui n'est autre chose que l'agglomération d'une prodigieuse quantité d'embryons, isolément invisibles à l'œil nu.

(1) *Amœnitatum exotic. politic. phys. med.*, 1712, p. 524.

(2) *Supplément au Voyage autour du monde*. Rouen, 1715.

(3) *An Essay on Diseases incid. to Europeans in hot Climates*. London, 1758.