

siennes sans qu'on y remarque ni le bronchocèle ni le crétinisme : M. Niepce cite notamment la ville de Grenoble.

Enfin, M. Chatin a émis récemment l'opinion que le bronchocèle endémique se rattachait à l'absence ou à la diminution de l'iode, non-seulement dans l'eau, dans l'air, mais dans les terres, dans les aliments; c'est là un nouveau sujet de recherches à poursuivre.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que beaucoup de goîtres sont dus à l'usage de certaines eaux, sans qu'on puisse déterminer encore au juste l'altération que ce liquide a subie. Parmi les faits prouvant cette influence, et qu'on pourrait invoquer, je ne rappellerai que l'histoire de ce régiment dont parle Coindet, composé de jeunes soldats qui furent presque tous atteints d'une tuméfaction considérable du corps thyroïde peu de temps après leur arrivée à Genève, où ils buvaient de l'eau d'une même pompe; ils changèrent d'habitation et de boissons, et le corps thyroïde reprit promptement ses dimensions ordinaires.

Des faits et de la discussion qui précèdent on doit conclure que le goître endémique n'est pas produit par une cause unique; car, dans les pays les plus infectés, ces causes ne sont pas partout les mêmes, et il est rare qu'il n'y en ait qu'une. Il est donc infiniment probable que le goître, comme le crétinisme endémique, résulte de l'action combinée de plusieurs causes : c'est l'opinion d'ailleurs qu'ont émise MM. Cerise et Marchant. Ces médecins distingués, ayant observé le goître, le premier dans les Alpes, le second dans les Pyrénées, s'accordent pour admettre que la maladie peut être le résultat d'un concours de circonstances diverses, et ils se sont inscrits contre la prétention de ceux qui veulent lui assigner une cause constante et toujours nécessaire. C'est à peu près aussi ce qu'a dit M. Bramley dans le travail étendu qu'il a publié sur les causes du goître dans le Népal. Il a vu souvent la maladie plus commune sur les hauteurs que dans la plaine; il a constaté également la fréquence du goître dans les pays les plus dissemblables par le climat, la température, l'alimentation et la qualité des eaux.

Si l'étiologie du goître endémique est obscure, celle du goître sporadique l'est plus encore; il est impossible de dire jusqu'à présent qu'elles en sont les causes prédisposantes et efficientes.

Traitement. — Lorsque le goître commence, surtout si le sujet est jeune, il suffit souvent d'expatrier l'individu et de le soumettre à de bonnes conditions hygiéniques pour arrêter la maladie dans sa marche et amener même sa résolution : ainsi Itard a vu à Lausanne un pensionnat consacré à de jeunes Anglais où presque tous les élèves étaient atteints de goître, et auxquels cependant on ne donnait aucun remède, parce qu'on savait que le retour dans leur pays suffirait pour les guérir.

Expatrier les individus est la première chose à faire pour le goître endémique. M. Grange pense qu'on peut, dans ces cas, en prévenir le développement ou l'arrêter en prescrivant l'usage du sel marin additionné par kilogramme de 1 à 5 décigrammes d'iodure de potassium. Ce médecin dit avoir guéri ou préservé des familles entières; mais c'est là un fait qui reste encore à vérifier.

L'iode est, parmi les moyens curatifs proposés contre le goître, celui qui compte le plus de succès avérés. Préconisé d'abord par Coindet à Genève, puis par Brera en Italie, on l'administre à l'intérieur sous forme d'iodure de potassium, et l'on applique en outre sur la tumeur une pommade iodurée. L'iode est sans nul doute la substance active, agissante, de plusieurs remèdes empiriques qu'on a vantés jadis contre le goître : tels sont les cendres du *Fucus vesiculosus*, conseillées par Russel sous le nom d'*éthiops végétal*, et l'éponge

brûlée. Pour que celle-ci soit efficace, il ne faut pas la charbonner; mais on doit, d'après la recommandation de M. Bouchardat, ménager tellement le feu, que la poudre obtenue conserve la couleur rousse de l'éponge. Aux malades âgés de plus de dix ans, on donnait chaque jour 3 grammes de cette poudre (1 gramme le matin, 1 à midi, 1 le soir). Enfin, la poudre d'éponge et l'iode paraissent être la partie active de la poudre dite de *Sency*, arcane auquel une commission de l'Académie de médecine a reconnu une efficacité assez grande pour que ce corps savant ait demandé au gouvernement d'acheter le remède et de le rendre public.

L'iodure de potassium doit être préféré. En France, on le prescrit chez l'adulte à la dose de plusieurs grammes. Les médecins genevois n'en donnent par contre que 1 ou 2 milligrammes par jour, et Rilliet affirme qu'avec de pareilles doses on peut faire disparaître un goître en un mois ou dans six semaines. Mais avant de se prononcer sur la préférence à accorder à l'une de ces méthodes, il importe d'instituer des expériences comparatives.

Je ne dirai rien des vésicatoires, des sétons, des caustiques, des scarifications et de la ligature des artères thyroïdiennes; moyens que quelques personnes ont proposés sans en retirer aucun avantage. Je ne dirai rien non plus de l'extirpation, que quelques-uns des plus célèbres chirurgiens modernes (Dupuytren, Roux, Blandin) ont tentée sans succès, et à laquelle il faut renoncer. L'intervention de la chirurgie pourrait pourtant être réclamée par certains goîtres *rentrants*, qui se développent en partie derrière le sternum et la clavicule. Lorsqu'en effet ils sont mobiles, de manière à s'engager dans la poitrine pendant les inspirations et à en sortir pendant l'expiration, on peut alors, ainsi que l'a conseillé Bonnet (de Lyon), essayer de maintenir la tumeur à l'extérieur, en établissant des adhérences entre elle et la peau, à l'aide d'un caustique comme le chlorure de zinc (1).

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

On désigne sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes* une maladie spécialement caractérisée par une tuméfaction, par une hypertrophie de la peau et des tissus cellulaire et adipeux subjacents, ce qui produit une déformation plus ou moins considérable, et parfois même monstrueuse, des parties affectées.

Historique. — Il ne paraît pas que cette maladie ait été signalée avant le x^e siècle; ce fut Rhazès, médecin arabe, qui le premier la fit connaître. Mais elle n'a été convenablement étudiée que dans le siècle dernier, par Hillary et Hendy, qui la décrivent avec soin sous le nom de *maladie glandulaire des Barbades*. Enfin, en 1806, un auteur français, le docteur Alard, publia sur l'éléphantiasis des Arabes une savante monographie, qui est encore aujourd'hui le travail le plus complet que nous possédions sur cette affection.

Anatomie pathologique. — Dans les parties affectées d'éléphantiasis, la peau est indurée, épaissie; l'épiderme est épais, fendillé, adhérent; le corps muqueux est très-distinct; l'état morbide l'a tellement développé, que M. Andral dans un cas, et Rayer dans deux, ont pu constater toutes les couches admises par Gaultier entre l'épiderme et le derme; celui-ci est très-développé et peut avoir plus de 40 millimètres d'épaisseur. Le tissu cellulaire est induré, épaissi, et contient parfois dans ses aréoles une matière gélatineuse, ou bien il est

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1856, t. I.

pénétré de fluides blancs combinés avec lui, ce qui, joint à sa dureté, lui donne un aspect comme squirrheux. Les muscles sont ordinairement pâles, jaunâtres, amaigris, ou bien ils ont subi la dégénérescence grasseuse; on a quelquefois trouvé les veines de la partie malade oblitérées, les ganglions et vaisseaux lymphatiques engorgés. Enfin les os eux-mêmes peuvent être amincis et friables.

L'éléphantiasis attaque surtout les membres inférieurs, les jambes spécialement : il est beaucoup plus rare aux membres supérieurs. Fixé le plus souvent à un seul côté, on ne voit presque jamais les membres congénères être simultanément envahis. Ces parties peuvent acquérir un volume énorme, monstrueux, ce qui leur donne quelque ressemblance avec les jambes de l'éléphant, et c'est de là qu'est venu le nom que la maladie porte. D'autres fois l'éléphantiasis occupe les parois abdominales, mais surtout le scrotum, les grandes lèvres, les mamelles, la face en totalité ou dans quelques-unes de ses parties, comme les lèvres ou les paupières. Enfin, il n'est aucun point du corps qu'on n'ait vu atteint de la maladie dont nous parlons ici.

Symptômes. — On s'accorde généralement à reconnaître que dans un grand nombre de cas l'intumescence éléphantiasique des membres est annoncée par une douleur plus ou moins vive, suivant le trajet de la veine saphène et des principaux troncs lymphatiques. Souvent on constate tous les phénomènes locaux d'une lymphite. Presque toujours aussi la peau prend une teinte érythémateuse, et le tissu cellulaire se tuméfie considérablement; en même temps les malades éprouvent des frissons, de la fièvre, de la soif; ils ont de l'inappétence, parfois des vomissements et du délire. Tous ces symptômes, si l'on excepte toutefois une tuméfaction qui persiste, cessent entièrement pour revenir à des époques plus ou moins éloignées. Ces espèces d'accès, qui parfois mettent entre eux un intervalle de plusieurs années, peuvent revenir jusqu'à quatorze fois par an (Hendy). A chacun d'eux le gonflement augmente, celui-ci finit par acquérir un volume énorme. Ce gonflement, d'abord un peu mou, semble produit par un épanchement de sérosité ou de lymphé plastique; mais plus tard le membre devient dur et ne conserve plus l'impression du doigt. A cette époque, la maladie n'excite d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent du volume ainsi que du poids de la partie affectée. Celle-ci peut acquérir les formes les plus bizarres : ainsi un des membres est-il frappé d'hypertrophie, il ressemble à une outre ou à un sac rempli. La tuméfaction peut être uniforme, ou bien elle est par *étages*, comme si chacun des accès avait fait sa tumeur particulière (Rayer). Si l'éléphantiasis occupe le scrotum, ou une des grandes lèvres, on voit une tumeur énorme, du poids de 10, 20, 30 kilogrammes et plus, qui pend entre les cuisses jusqu'aux genoux ou jusqu'aux jarrets. Si la verge est affectée, elle peut égaler en volume le pénis d'un mulet. Les mamelles peuvent également acquérir une grosseur telle qu'elles descendent jusqu'au-dessous de la rotule. Quand la face est atteinte d'éléphantiasis, les traits sont méconnaissables : on a vu alors la tête surpasser en volume celle d'un bœuf, et le nez seul acquérir une grosseur tellement monstrueuse, qu'il recouvrait toute la face (Schenck). Lorsqu'il n'y a eu encore que quelques attaques, la peau, dit Rayer, est ordinairement lisse et sans changement de couleur; des vaisseaux rampent quelquefois au-dessous d'elle et lui donnent une teinte rembrunie : peu à peu elle acquiert de la rudesse; elle se couvre de mamelons, de veines variqueuses, d'écaillés épidermiques comme dans l'ichthyose. Enfin, il se forme parfois des gerçures et des crevasses; les ganglions lymphatiques voisins peuvent être sains ou indurés. La sensibilité,

plus ou moins obtuse, n'est pas ordinairement détruite dans les parties malades.

Marche. Durée. Terminaisons. — Comme nous l'avons vu, l'éléphantiasis procède ordinairement par accès. Au début il s'accroît régulièrement; arrivé à un certain degré, il reste souvent longtemps stationnaire : sa durée est toujours longue; il peut se prolonger plus de dix, quinze ou vingt ans. On l'a vu, dans quelques cas fort rares, se terminer spontanément par la guérison; presque toujours il persiste toute la vie. Il ne devient une cause de mort que lorsque le sujet est d'une très-mauvaise constitution, ou lorsque la tuméfaction des parties détermine la gangrène, accident d'ailleurs fort rare.

Diagnostic. — La dureté, la résistance des parties affectées, la marche de l'affection, qui est toujours locale, permettront de distinguer l'éléphantiasis des Arabes d'avec un œdème partiel, qui est la seule maladie avec laquelle on pourrait le confondre.

Pronostic. — D'après ce qui précède, il est constant que l'éléphantiasis est une maladie fâcheuse; car si elle n'entraîne presque jamais la mort, elle n'en constitue pas moins pour ceux qui la portent une infirmité incommode et presque toujours incurable.

Étiologie. — Très-rare en Europe, l'éléphantiasis est une maladie qui règne surtout dans les pays chauds : elle est fréquente en Égypte, dans la Turquie d'Asie, dans le Malabar, à Ceylan, dans le Japon, à l'île Barbade, etc., sans qu'on ait pu découvrir les circonstances qui rendent la maladie endémique dans ces pays. Dans tous les cas, l'éléphantiasis n'est ni contagieux ni héréditaire; il attaque indifféremment les hommes et les femmes, il sévit à tout âge, mais il est plus commun chez les adultes. Le plus souvent spontanée, cette affection peut survenir dans des parties dont les veines sont rétrécies ou oblitérées, dans celles qui ont été pendant longtemps le siège d'ulcères, d'eczéma, de lichen, ou qui ont été affectées nombre de fois d'érysipèle : c'est ce que j'ai observé dans deux cas.

Traitement. — Si l'on était appelé au début, on devrait combattre la maladie par les antiphlogistiques, les émollients et les frictions mercurielles. A l'état chronique, les saignées générales et locales ne sont pas manifestement utiles; il en est peut-être de même des scarifications; les cautères, les moxas, les vésicatoires, les mercuriaux ont toujours échoué. Les frictions résolatives, faites surtout avec les pommades iodées, pourraient, d'après MM. Cazenave et Schedel, être conseillées avec quelques chances de succès; il en serait de même des douches de vapeur; mais on est à peu près unanime pour recommander la compression, qui paraît être en effet le moyen le plus efficace. Enfin, fatigués par le poids des parties, beaucoup de malades ont réclamé l'amputation. Mais on n'aura recours à ce moyen extrême qu'autant que l'éléphantiasis mettrait obstacle à l'accomplissement de certaines fonctions importantes, ou rendrait les individus impropres à exercer leur état. On devra d'autant plus hésiter à débarrasser les malades de leur infirmité, qu'on a vu maintes fois ceux qui avaient échappé aux périls de l'opération être pris de récidive dans le moindre temps, et plus souvent dans une autre partie du corps.

Nature. — Alard a soutenu avec talent que l'éléphantiasis des Arabes était une phlegmasie du système lymphatique du derme; mais cette opinion est fort contestable, car elle n'a encore en sa faveur aucune preuve anatomique certaine. L'éléphantiasis consiste pour nous en une perversion de la nutrition dont la cause est tout à fait inconnue.

D'UNE INDURATION RARE DE LA PEAU, DITE SCLÉRÈME SIMPLE

Je fixerai un instant l'attention du lecteur sur une maladie fort rare, puisque la science n'en possède guère encore que quatorze exemples. Signalée, d'après M. Gintrac, en Italie en 1782 et 1837, Thirial la décrit le premier, en 1845, dans le *Journal de médecine*, sous le nom de *sclérème des adultes*. C'est la même affection que le professeur Forget a appelée *chorionitis*, ou *sclérosténose*, dans un mémoire publié en 1847 dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. J'ai moi-même observé cette maladie une seule fois à l'hôpital Saint-Antoine; la relation de ce fait curieux a été donnée dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 29 avril 1847), par M. Charles Bernard, mon ancien interne, et aujourd'hui médecin des hôpitaux. Enfin Gillette a publié deux faits nouveaux dans les *Archives* de 1854, et présenté un inventaire des observations recueillies avant lui.

Dans l'affection dont nous parlons, la peau, dans une étendue plus ou moins considérable, a acquis une dureté particulière; elle est dure et tendue, comme si les parties molles subjacentes étaient étranglées par elle. Aussi on ne peut plus la pincer, les rides et les plis ont cessé. Si la face est affectée, la physiologie a perdu toute expression: on dirait une figure de carton. La peau des membres est-elle indurée, les mouvements sont roides, difficiles à un point tel que les malades cessent de pouvoir travailler, et qu'ils ne marchent qu'avec peine.

Malgré une altération aussi profonde, la peau conserve sa sensibilité, presque toujours sa température et la perspiration sont comme à l'état normal. Elle conserve tantôt sa coloration, tantôt elle a une teinte un peu plus foncée ou plus pâle; ailleurs, comme je l'ai vu, elle a perdu son pigment dans une foule de points. Son épaisseur est peut-être légèrement augmentée, mais le tissu cellulaire sous-cutané ne participe pas à cette hypertrophie. Il n'y a pas d'œdème, point de fièvre; les organes digestifs, respiratoires et circulatoires sont dans toute leur intégrité.

Cette maladie a constamment occupé les parties supérieures du corps et ne s'est étendue aux parties inférieures que d'une manière plus inégale (Gillette). Sa marche est essentiellement chronique. La guérison est possible; elle paraît avoir eu lieu plusieurs fois, et toujours par résolution.

L'induration dont nous parlons semble beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. Sur les 14 cas connus, elle s'est présentée 12 fois chez les individus du sexe féminin (Gillette); on l'a vue à des âges très-différents, depuis huit à neuf ans jusqu'à soixante-six. On ignore d'ailleurs quelles en sont les causes; on a signalé le froid humide, mais rien n'est encore établi à cet égard.

Le traitement est encore à trouver. Cependant nous conseillerons, et nous avons essayé, en pareil cas, les médicaments altérants, parmi lesquels nous préférons les alcalins en bains et en boissons, les mercuriaux, les préparations iodées. Gillette a cru reconnaître que des bains avec le sulfate de fer avaient été avantageux.

Nature. — Quelle opinion peut-on se faire de cette maladie? De quelle affection peut-on raisonnablement la rapprocher? Thirial a voulu en faire une forme de sclérème, mais si on lui compare le tableau que nous avons tracé dans le premier volume de l'œdème des nouveau-nés, on ne trouvera aucune ressemblance, aucune analogie entre les deux affections. Dans celle que nous venons

de décrire, il n'y a en effet point d'œdème; la peau conserve sa température, sa sensibilité, sa perspirabilité; tandis que nous savons qu'il n'en est pas de même dans l'œdème des nouveau-nés. Celui-ci est une affection aiguë provoquant des symptômes asphyxiques, et se terminant presque toujours par la mort, tandis que l'induration dont nous parlons est une affection à marche chronique, ne s'accompagnant d'aucun trouble du côté des principales fonctions et ne paraissant pas devoir compromettre l'existence, du moins prochainement. Forget n'a vu dans la maladie qu'une inflammation chronique du derme. La marche de l'affection, les caractères de l'altération, l'intégrité des principales fonctions, s'opposent formellement à ce que nous acceptions une pareille doctrine. Pour nous, sans rien préjuger sur la nature même de la maladie, que nous avouons ne pas connaître, nous pensons qu'il faut la rapprocher de l'éléphantiasis, sans pourtant la confondre avec lui; elle s'en distingue en effet par plusieurs caractères. Cette opinion est aussi celle que Rayer a partagée lorsque nous l'avons prié d'examiner la malade que nous traitions à l'hôpital Saint-Antoine.

DEUXIÈME GENRE DE LÉSIONS DE NUTRITION

DE L'ATROPHIE

L'atrophie est cet état dans lequel un organe ou un tissu s'amointrit, perd de son volume par suite d'une diminution dans la nutrition. L'atrophie est, pour un organe ou pour un appareil d'organes, ce que le marasme est pour le corps entier.

L'atrophie produit dans les parties qu'elle affecte divers changements, qui ont été parfaitement tracés par M. Andral dans son *Anatomie pathologique*. C'est ainsi, dit ce savant professeur, que le volume devient moindre, d'où il résulte pour les membranes un amincissement de leur tissu, et pour les parenchymes une diminution de leur masse. Il est des cas pourtant où il peut y avoir atrophie considérable d'un organe, sans que son volume paraisse moindre: ainsi la raréfaction du tissu aréolaire des os et des poumons par les progrès de l'âge existe sans changement dans le volume et dans la configuration des parties. L'organe atrophié peut avoir plus ou moins de consistance qu'à l'état normal; le plus souvent il est ramolli; son tissu est flasque, moins coloré, car il reçoit moins de sang que de coutume, comme le prouve l'oblitération, ou tout au moins la diminution du calibre des artères; souvent de la graisse se dépose en grande quantité autour de lui, comme pour combler le vide qu'il laisse par suite de son retrait. Enfin le tissu propre s'amointrit de plus en plus, il finit même quelquefois par disparaître tout à fait; il est alors remplacé par du tissu cellulaire ou fibreux.

L'atrophie peut être produite par un grand nombre de causes. Souvent elle résulte de ce que moins de sang arrive vers un organe par suite d'une ligature, ou de l'oblitération spontanée de l'artère principale. C'est en grande partie de cette manière, et peut-être aussi en excitant l'absorption interstitielle, qu'agit la compression. D'autres fois, l'atrophie dépend d'une diminution dans l'influx nerveux: ainsi la section des nerfs principaux d'un membre produit l'amaigrissement de celui-ci; nous avons vu la compression d'un glosso-pharyngien déterminer l'atrophie de la moitié correspondante de la langue. La suspension