N° 82

7

DES

ÉTATS ELÉPHANTIASIQUES

NON FILARIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1903

PAR

Gabriel GOUBERT

Né le 7 Juin 1877, à Piolenc (Vaucluse)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH .		
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC
Hygiène...		BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VEDEL, agrégé.
Pathologie externe		IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.*	IMBERT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

G. GOUBERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

G. GOUBERT

AVANT-PROPOS

Un cas d'Eléphantiasis nostras s'étant présenté à la clinique chirurgicale des enfants, M. le Professeur Estor nous a proposé de recueillir les documents relatifs à cette question pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour l'enseignement puisé dans son service et pour les marques de sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner.

M. le Professeur Forgue a droit, lui aussi, à notre reconnaissance ; nous n'oublierons pas les précieuses leçons de chirurgie cueillies auprès de ce maître.

A tous ceux qui nous ont dirigé, à tous nos maîtres des Facultés de Lyon et de Montpellier, nous adressons nos plus vifs remerciements.

Que notre frère, le docteur Joseph Goubert, qui, à Lyon, durant les années passées côte à côte, fut toujours pour nous un Mentor éclairé, et qui n'a cessé depuis de nous entourer de sa vigilance, soit assuré de notre profond amour.

Notre cousin Henri Goubert fut pour nous un autre frère, nous avons vécu avec lui des heures inoubliables.

Nous tenons à adresser un témoignage de reconnais-

sance à M. le docteur Bernoud, de Lyon, et à M. le professeur-agrégé Vires, de Montpellier, pour les nombreux services qu'ils nous ont rendus.

Nous nous souviendrons aussi de l'accueil que nous fit M. le docteur Bosc à son Institut de physicothérapie et des principes qu'il nous a inculqués.

Merci encore à ces nombreux amis dont le commerce agréable a égayé nos années d'étude. Enfin, nous manquerions à tous nos devoirs si nous n'offrions pas le témoignage de notre gratitude à ces familles amies qui, à Lyon et à Montpellier, nous ont accueilli avec un si bon cœur et nous ont comblé de tant de bontés.

DES

ÉTATS ÉLÉPHANTIASIQUES

NON FILARIENS

DÉFINITION

Le professeur Gaucher (1) définit l'Eléphantiasis : « une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, consécutive à un œdème chronique, dû lui-même à des troubles de la circulation lymphatique ou veineuse ».

Si cette lésion cutanée a reçu la dénomination d'Eléphantiasis, c'est que, toujours localisée, limitée à certaines parties du corps, elle en amène la déformation ; c'est que, fréquente surtout aux membres inférieurs, elle leur donne grossièrement l'aspect d'un pied d'éléphant.

---

(1) Gaucher. — Traité des maladies de la peau, t. II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La définition déjà donnée des états éléphantiasiques indique que les plus grandes manifestations pathologiques se rencontrent dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané ; cependant, elles pourront ne pas y demeurer localisées ; le périoste et l'os lui-même seront quelquefois atteints.

A l'œil nu, on reconnaîtra déjà la nature et le siège des lésions. Si on pratique une coupe des tissus éléphantiasiques, on trouvera le derme épaissi, hypertrophié, dur et lardacé.

Le tissu cellulaire, augmenté de plusieurs fois son épaisseur normale, est également lardacé et infiltré ; il est constitué par une masse homogène, fibreuse, jaunâtre, englobant dans sa profondeur les muscles, les vaisseaux et les nerfs. De ce tissu s'écoule du liquide lymphatique renfermant des leucocytes ; parfois, au milieu de cette masse fibreuse sont creusés des espaces alvéolaires remplis de sérosité.

Toutes les formations conjonctives, intermusculaires, périvasculaires sont épaissies, et ont subi la même transformation fibreuse hypertrophique que le derme et le tissu sous-cutané.

Comme l'a si bien indiqué M. le professeur Renaut (1), le tissu adipeux sous-cutané fait corps avec le derme ; « il est dur, parce que au pourtour des vésicules adipeuses, les cellules ont proliféré de telle sorte, et les vaisseaux circumvésiculaires ont été le siège d'une diapédèse telle, que chaque globule graisseux est diminué de volume et entouré d'une couronne de cellules embryonnaires. De là vient la consistance, dite lardacée, de la peau ainsi modifiée. »

Le microscope montre que, dans la grande majorité des cas, les lésions ont leur point de départ dans le système lymphatique ; elles ne sont d'ailleurs pas identiques dans tous les cas. M. le professeur Renaut, dans le même article précité, nous apprend en effet que :

Tantôt on trouve des ganglions lymphatiques transformés en masse de tissu fibreux, rendus imperméables ; on trouve alors sur de larges surfaces, une stase de la lymphe dans les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif, dans les lymphatiques dilatés.

Tantôt on observe le retour à l'état embryonnaire de tout le derme hypertrophié avec production de vastes lacunes lymphatiques.

Dans une troisième forme, on reconnaîtra un énorme accroissement de l'épaisseur du derme, dû à la multiplication des faisceaux conjonctifs et du réseau élastique.

Dans tous les cas, les capillaires lymphatiques sont dilatés, gorgés de lymphe, ou se montrent remplis d'épithélium desquamé.

Mais il est des cas où, tout en constatant la même

---

(1) Renaut. — Art. dermatose. Dictionnaire encyclopédique des sciences médic. 1re série, t. XXVIII, p. 202.

prolifération embryonnaire, la même multiplication des cellules fibro-plastiques, la même hyperplasie et la même condensation des fibres lamineuses, on observe des lésions *veineuses* prédominantes et *primitives*. Les veines sont atteintes de périphlébite et d'endophlébite oblitérante ; le réseau veineux dermique est dilaté.

La *phlébite initiale* remplace la *lymphangite* et l'éléphantiasis est consécutif à l'œdème ordinaire qui succède aux oblitérations veineuses.

PATHOGÉNIE

Bien que les diverses lésions rencontrées au cours de l'étude anatomo-pathologique de l'éléphantiasis diffèrent quelquefois suivant les cas particuliers, nous avons pu cependant les grouper dans une étude générale.

Il ne peut en être de même si nous recherchons les causes de ces états pathologiques.

La division s'impose alors, car, si au début du siècle dernier, l'éléphantiasis des Arabes constituait encore une entité morbide, les travaux d'Alard et de Bouillaud (1826-1830) démembrèrent ce groupe artificiel en éléphantiasis lymphatique et éléphantiasis veineux.

Plus tard (1878), M. Besnier, élargissant le débat, montra qu'il n'y a pas « un » éléphantiasis, mais des « états éléphantiasiques » relevant de facteurs différents.

Parmi ces facteurs, il en est un qui captiva l'attention générale lors de sa découverte, nous voulons parler de la filariose.

Le titre de ce travail indique que nous voulons laisser de côté l'étude de cet agent avéré de lésions éléphantiasiques ; nous voulons cependant faire remarquer que, dans les cas d'éléphantiasis à filariose, on a peut-être trop

négligé l'étude des autres causes possibles de ces états pathologiques. Quelques auteurs en effet, Besnier (1) et Sabouraud (2) entre autres, ont considéré la présence de la filaire comme une simple coïncidence, les lésions éléphantiasiques existant avant la localisation du parasite, qu'elles n'ont fait que favoriser, et ayant pour origine une infection streptococcique méconnue.

Les états éléphantiasiques au cours d'affections viscérales (cœur, rein) ne nous occuperont pas ; nous bornerons notre étude aux éléphantiasis qu'engendre l'œdème lymphatique, à l'éléphantiasis veineux d'origine phlébitique, à l'éléphantiasis angioneurotique et à l'éléphantiasis congénital.

I. — Eléphantiasis névropathique

L'influence générale du système nerveux sur la production de l'œdème est connue. Ces œdèmes, par leur longue persistance et leur chronicité, peuvent exceptionnellement se transformer en éléphantiasis, et, au fait, on trouve quelques observations de ces états pathologiques à forme nerveuse, dont le mécanisme intime n'est pas encore bien connu.

---

(1) Kaposi et Besnier. — Traité des maladies de la peau, t. II.

(2) Sabouraud. — Parasitologie de l'éléphantiasis, *Annales dermatol.*, 1892, p. 592.

Observation Première

(Souques. — Nouvelle iconographie, Salpêtrière, 1890, III)

Un cas d'éléphantiasis nostras névroptique, symétrique, du pied et de la jambe consécutif à des poussées d'œdème.

Bathilde B..., 50 ans, chemisière, entrée le 8 août 1882, salle Cruveilhier, à la Salpêtrière, service Charcot.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de bronchite chronique... Père obèse, mort d'apoplexie à 49 ans. Un frère épileptique, un autre rhumatisant.

Antécédents personnels. — Rougeole à 14 ans. Variole à 25 ans. Bien réglée.

A 30 ans, 1871, après une course excessive, elle fut prise dans le pied droit de vives douleurs ; le pied enfla, l'œdème dura 3 mois sans inflammation ni rougeur. Depuis, à chaque marche forcée, crampes et douleurs dans la jambe et le pied.

En 1874, sciatique double ; nouvel œdème des pieds, blanc, douloureux, sans adénopathie inguinale. Disparition en deux mois avec les douleurs.

En 1879, métrorrhagie due à un fibrome utérin.

En 1880, sans cause connue, violente douleur dans les deux pieds ; vagues douleurs rhumatismales aux poignets et aux épaules. Depuis, le pied droit est resté œdématié.

En 1882, entre à la Salpêtrière. L'œdème du pied droit s'est accru, a gagné peu à peu le cou-de-pied et la jambe correspondante.

Etat actuel. — Augmentation de volume et déformation des pieds et de la moitié inférieure des jambes.

Lésions latérales symétriques et parfaitement localisées.

Membre inférieur droit. — Jambe et cou-de-pied formant une série de bosselures au niveau de l'articulation. La tuméfaction intéresse le mollet, et immédiatement au-dessus va en s'atténuant peu à peu, sans atteindre le genou, qui est tout à fait normal. Au niveau des régions hypertrophiées : peau lisse, unie, sèche, luisante, de coloration et de chaleur normales. La moindre pression est douloureuse. Pas de réseau veineux superficiel, pas de varices. Pas de cordons ni de dilatations lymphatiques ; pas de troubles trophiques ; impotence absolue.

Membre inférieur gauche.— Lésions moins accentuées, calquées sur celles de l'autre membre.

Etat général excellent. Rien aux viscères. Aucune trace d'inflammation ancienne.

La douleur continue est calmée par le repos, exacerbée par les temps d'orage.

Examen négatif au point de vue de la filariose.

Observation II

(Arnozan, Th. agrég., 1880, publiée par Pitres.)

Eléphantiasis chez une tabétique

Femme de 40 ans, tabétique (douleurs fulgurantes, incoordination motrice), chez laquelle se développa peu à peu une arthropathie du genou gauche qui s'accompagna d'un œdème énorme, dur, indolore, absolument éléphantiasique, des deux membres inférieurs. L'œdème disparut au bout de quelques mois. L'arthropathie persista. Les phénomènes aigus avaient fait totalement défaut. La sen-

sibilité était intacte, les réflexes abolis aux membres inférieurs.

Observation III

(Thibierge. — Soc. méd. hôpit. avril, 1894).

Pseudo-éléphantiasis du membre supérieur gauche chez une hystérique.

R. Gal..., 37 ans, entrée le 30 avril 1894 à Saint-Louis. Père alcoolique et mère hystérique ; la malade a eu des crises de nerfs, elle est hystérique.

L'affection actuelle a débuté en janvier 1893, sans cause connue et sans douleur. En l'espace de trois mois, la tuméfaction, partie de la main, a envahi tout le membre supérieur gauche.

Paralysie faciale brusque, il y a un mois, avec aphasie transitoire.

Etat actuel. — Tuméfaction de tout l'avant-bras et des deux tiers inférieurs du bras ; la main est intacte.

Peau intacte et de couleur normale ; jeu des articulations normal. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Aucune altération de la sensibilité.

Réflexes patellaires normaux, champ visuel intact.

Les autopsies d'éléphantiasis névropathiques, il faut l'avouer, font défaut ; à leur égard, nous n'avons pas de documents anatomo-pathologiques.

On peut même se demander si les lésions observées sont celles de l'œdème chronique ordinaire, ou s'il ne s'agit pas parfois de lipomatoses diffuses primitives, comme il en est rapporté des cas par Mathieu (1) dans

(1) Mathieu. —Archives générales de médec., 1883, p. 657.

les *Archives de Médecine*, par Potain (1) et Catrin (2) à la Société médicale des hôpitaux.

D'autre part, s'il est vrai qu'en clinique un trouble de l'activité vaso-motrice d'un rameau nerveux provoque l'œdème, la durée de cet œdème est le plus souvent éphémère, et rarement il arrive, après plusieurs poussées successives, à l'état chronique.

Dans les quelques observations d'œdèmes éléphantiasiques paraissant être purement névroptiques, on reconnaît le plus souvent un rapport étroit avec l'hystérie ; les névrites rebelles, la paraplégie d'origine médullaire, le tabès dorsal peuvent encore les produire.

Quelquefois, les lésions se développent sans aucune tare hystérique, sans lésion nerveuse manifeste, et ce n'est que par exclusion qu'on les met sous la dépendance d'un trouble vaso-moteur névropathique.

II. — Eléphantiasis veineux

Toute gêne de la circulation veineuse suffisamment prononcée produit l'œdème et, consécutivement, peut déterminer l'éléphantiasis des régions atteintes. Nous ne citerons pas les nombreuses expériences de ligature veineuse entreprises pour démontrer ce fait.

Pourquoi, dans certains cas, cette augmentation de volume des membres n'offre-t-elle aucune tendance à la

(1) Potain. — Soc. méd. hôpit., 10 juillet 1811.
(2) Catrin. — Soc. méd. hôpit., 24 juin 1892.

résolution ? L'oblitération veineuse suffit-elle, à elle seule, à entretenir pendant des mois une hypertrophie aussi prononcée ?

Il semble bien que non et qu'il faille faire intervenir l'action du système nerveux. C'est l'opinion émise par Vaquez (1) dans la *Gazette hebdomadaire*.

Les troubles trophiques qui compliquent la phlébite sont multiples, depuis le pied-bot phlébitique signalé par Verneuil (2) jusqu'aux troubles cutanés observés par Lépine et Lancereaux (3).

Mais parmi ces troubles, le premier en date et en importance est l'œdème.

Si cet œdème devient chronique, c'est que « l'irritation, commencée par le système veineux, se propage et se perpétue par le système nerveux » (Vaquez).

A l'œdème par stase dans les gros troncs veineux s'associe alors un œdème vaso-moteur.

Alors apparaît dans les tissus cette sérosité, dont l'absorption sera rendue plus difficile par la stase veineuse ; alors l'œdème gagne lentement les couches profondes du derme ; quelques années après la phlébite, l'éléphantiasis est constitué.

---

(1) Vaquez. — *Gaz. hebdomad.*, 1892, p. 392.

(2) Verneuil. — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 31 mars 1890.

(3) Troisier. — Thèse d'agrégation, 1880.

Observation Première

(Personnelle)

Marie B..., ménagère, 52 ans, rue Madières, Montpellier.

Antécédents héréditaires. — Mère toujours bien portante, morte à un âge avancé des suites d'une attaque. Père rhumatisant, mort également après une attaque.

Antécédents personnels. — A 8 ans, adénite suppurée du cou ; application d'un cautère au bras gauche. La plaie produite par le cautère a suppuré très longtemps.

Réglée à 16 ans.

A 35 ans, attaque de rhumatisme, douleurs localisées, surtout au niveau des genoux.

Il y a 8 ans, la malade a commencé à souffrir des jambes ; celles-ci sont enflées, surtout le soir ; l'œdème va de la cheville aux genoux.

Il y a 4 ans, la malade a vu apparaître au niveau des chevilles de petits boutons qui ont suppuré.

Il s'est formé depuis un ulcère, laissant s'écouler un pus d'odeur fétide.

Etat actuel. — Jambe gauche énorme, œdème dur, uniforme, sans dilatation vasculaire apparente, formant un bourrelet au niveau de la cheville. Le pied est absolument normal. Au niveau du cou-de-pied : large ulcération qui va en profondeur jusqu'à l'os.

Mensurations, 2 mai 1903 :

Circonférence sus-malléolaire. .	28 cm. 5
Au gras du mollet	37 cm.
A 10 cm. au-dessus de la rotule.	50 cm.

A la jambe droite, œdème dur moins accentué remontant au genou. Ulcération au cou-de-pied moins large et moins profonde. Jamais rien au cœur.

Observation II

(Th. Paris, 1895)

Follet. — Pathogénie de quelques états éléphantiasiques.

Victorine L..., 45 ans, entre à Saint-Louis le 5 avril 1895. Réglée à 12 ans. Fièvre typhoïde à 9 ans. A eu cinq enfants. Blanchisseuse. Varices à la surface de la peau.

A eu, il y a 15 ans, sur la jambe droite, de petites ulcérations qui se répétèrent fréquemment. En 1890, séjour à Saint-Louis pour œdème des jambes. Au bout de deux ans, des ulcérations apparaissent à la partie externe et inférieure de la jambe.

Actuellement, la jambe droite est très volumineuse, s'évasant de haut en bas. Une ulcération, taillée à pic, suppurante, existe en arrière de la malléole interne. Le soir, la tuméfaction est toujours beaucoup plus considérable que le matin. Adhérence généralisée de la peau. La jambe gauche offre une tuméfaction diffuse au niveau du tendon d'Achille ; la saillie du mollet est effacée.

Observation III

Besnier. — *Gazette des hôpitaux*, 1878.

Louis T..., 70 ans, imprimeur sur tissus. Maladie débute en 1872 par une ulcération variqueuse à la partie antéro-interne de la jambe gauche.

En même temps, lymphangite. La jambe, dans sa partie inférieure surtout, s'est endurcie et hypertrophiée.

Actuellement : ulcère scléreux à la partie interne de la jambe gauche, avec induration et adhérence des téguments aux parties profondes. Le maximum de gonflement est à l'union de la jambe et du pied.

On voit que dans presque tous les cas où l'oblitération veineuse atteint une certaine durée, elle amène la production d'ulcères plus ou moins développés.

Or, ulcère est synonyme de dermite, et c'est autour des ulcérations chroniques, c'est à la suite de dermites récidivantes que se produit l'altération éléphantiasique.

Des varicosités superficielles ou profondes des membres amènent un ralentissement du courant sanguin, et, par suite de la stase, un œdème se produit.

Mais, par suite de la rupture de varices ou par nécrobiose des tissus, l'ulcère est créé ; la gêne dans la circulation devient de plus en plus grande, et la surface suintante est un milieu de culture excellent où les micro-organismes ne tardent pas à pulluler.

Enfin, la périphlébite vient encore s'ajouter aux autres lésions et contribue à l'inflammation chronique du tissu conjonctif. L'induration inflammatoire qui en résulte n'est pas limitée à la zone périveineuse, elle s'étend à toute la circonférence du membre et à toute l'épaisseur des couches sous-cutanées.

III. — Eléphantiasis lymphatique

Le plus souvent, le malade atteint d'éléphantiasis n'a pas accusé de troubles nerveux dans ses antécédents ; il

n'a jamais eu de varices, encore moins d'ulcères. Au reste, il ne se dit pas malade, sa lésion étant indolore et le laissant vaquer à ses occupations, quelquefois même pénibles.

Si on interroge ce malade avec soin, on apprend que, tous les mois et quelquefois à des époques plus rapprochées, il ressent des douleurs locales et de la gêne. Quelques heures après ces prodromes, la fièvre apparaît variant d'intensité, et en même temps des frissons, de la soif, de l'anorexie, et localement des symptômes de lymphangite avec ganglions.

Il y a longtemps que les auteurs ont décrit ces états sous le nom « d'accès éléphantiaques ».

Or, ces crises multipliées, s'accompagnant chacune d'une poussée d'œdème nouveau, conduisent directement à la lymphangite chronique.

Chaque poussée d'œdème s'accompagne d'une diapédèse plus ou moins prononcée, et il se produit sur place, en plein tissu conjonctif, une organisation des cellules embryonnaires émigrées.

L'observation de ces accès éléphantiaques, cette fièvre à répétition, ces frissons éveillent de suite l'idée de la présence dans les tissus d'un agent microbien, cause de tous ces phénomènes.

Quel est ce micro-organisme dont la pullulation provoque la lymphangite chronique et la pachydermie éléphantiasique ?

Si nous interrogeons encore le malade, nous retrouvons très fréquemment, parmi les commémoratifs, un érysipèle à répétition.

Frappé de ce fait, Sabouraud a pensé à une communauté d'origine entre cet érysipèle et la lymphangite ; il a pu, au moyen de scarifications très superficielles, pré-

lever sur la partie enflammée du tégument un peu de sérum et de sang, et il a obtenu, sans un manque, des cultures invariablement pures de streptocoques de Fehleissen.

Ce résultat était attendu : le streptocoque n'est-il pas par excellence le microbe aux pullulations récidivantes sur le même terrain, soit qu'il y produise une série indéfinie de réinfections locales, soit qu'il réalise le phénomène du microbisme latent ?

Comment agit ce micro-organisme pour provoquer la pachydermie ?

C'est toujours en favorisant l'oblitération, le rétrécissement ou l'engorgement des voies naturelles d'écoulement de la lymphe, soit par les lésions inflammatoires chroniques des petits vaisseaux, soit par des effets mécaniques d'obstruction.

Si cet agent infectieux produit le plus souvent lymphangite et érysipèle en pénétrant dans les tissus par une excoriation insignifiante, quelquefois aussi il s'installe, à la faveur d'une lésion cutanée préexistante, autour d'une syphilide ulcéreuse, d'un lupus, d'un ulcère variqueux, quelquefois autour d'une éruption eczémateuse, particulièrement chez les sujets lymphatiques. Quelquefois l'éléphantiasis naît et évolue sans lymphangite fébrile appréciable ; c'est ce qu'on a appelé « les pachydermies froides ». Leur mode de production est d'ailleurs peu connu, mais, ici encore, c'est dans l'oblitération mécanique progressive des conduits qu'il faut chercher la raison d'être de la maladie variqueuse lymphatique. Au reste, la gêne de la circulation lymphatique et l'œdème qui en résulte, d'où dérive la néoformation conjonctive, caractéristique de l'éléphantiasis, peuvent être réalisés par d'autres causes non parasitaires. La compression des troncs lymphatiques,

l'ablation chirurgicale des ganglions dégénérés peuvent produire le même résultat.

Observation Première

(Recueillie dans le service de M. le professeur Estor, clinique chirurgicale des enfants, à l'Hôpital Suburbain, Montpellier.

Tissot (Marguerite), âgée de 11 ans 1/2. Entrée à l'hôpital le 21 juillet 1899, domiciliée à Orange (hôpital).

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 28 ans de maladie inconnue.

Père en bonne santé.

Antécédents personnels. — Assure n'avoir jamais été malade.

Début de la maladie. — Quelques mois avant le début de l'affection qui la fait entrer à l'hôpital, elle s'est brûlée à la face postérieure de la jambe gauche avec un tisonnier.

La cicatrisation complète de cette brûlure a demandé un mois environ. Il y a un an, un mois après cette brûlure, l'enfant s'est aperçu que son membre inférieur gauche commençait à grossir, principalement au niveau du mollet. Cet accroissement de volume ne s'accompagnait pas de phénomènes douloureux, ni de fièvre. Pas de poussées de lymphangite.

Etat actuel (3 août 1899). — Tout le membre inférieur gauche est beaucoup plus volumineux que le droit, mais le gonflement maximum siège au niveau du mollet. Le pied est peu atteint.

Au niveau du mollet, il existe un œdème très dur, scléreux, la peau est comme fixée sur les plans sous-jacents et il est impossible de la pincer et de la mobiliser. Ces

phénomènes sont moins accentués au niveau de la cuisse et nuls au voisinage de la voûte plantaire. Au voisinage de l'arcade crurale, la peau est normale.

Mensurations :

	3 août 1899	2 sept. 1899	13 décemb. 1899
Racine de la cuisse. .	47 cm.	52 cm.	54 cm.
Milieu de la cuisse. .	40 »	47 »	51 »
Genou	31,5	39 »	40 1/2
Racine du mollet . .	27,5	37 »	40 1/2
Cou-de-pied	22 »	27 1/2	28 cm.
Région métatarsienne.	20 »	23 1/2	23 1/2

L'examen microscopique de la sérosité, pratiquée à plusieurs reprises n'a montré la présence d'aucun micro-organisme.

4 janvier 1900. — Depuis 2 jours, légère poussée apyrétique de lymphangite.

Nous avons revu la malade à l'hôpital d'Orange en janvier 1903 : le membre inférieur gauche est énorme et l'hypertrophie est de plus en plus considérable.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Millet, d'Orange)

Naturot (Hortense), âgée de 39 ans, née à Hautmoulin, hameau de 10 habitants, canton de Langogne (Lozère).

Antécédents. — Réglée à 13 ans. A gardé les vaches de 5 à 8 ans dans les marécages ; à l'âge de 8 ans, elle fut atteinte de polyadénite à la région crurale ; adénites suppurées dont les traces sont encore très visibles. Elle fut soumise au traitement par l'huile de foie de morue.

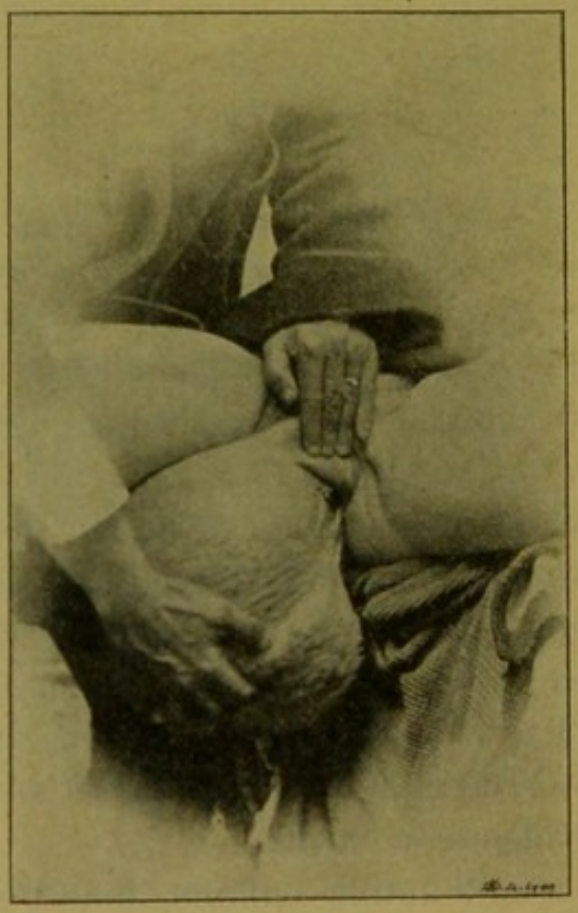
Mariée à 19 ans, elle accoucha 9 mois après d'une fille qu'elle nourrit et qui a aujourd'hui 19 ans. Cette fille est atteinte d'adénite cervicale.

La malade a eu 9 autres enfants, dont 6 sont encore vivants ; elle les a tous nourris, le dernier est âgé de 3 ans.

Etat actuel. — Cette femme porte au niveau de la grande lèvre droite une tumeur qui a fait son apparition il y a 10 ans et qui, actuellement, a acquis un développement énorme. A part la gêne que détermine cette tumeur, les fonctions principales ne sont pas troublées. Les règles sont régulières, les selles aussi ; la miction de

même se fait avec facilité, bien que l'entrée du vagin soit obstruée par la tumeur éléphantiasique.

Les deux derniers accouchements, survenus alors que la tumeur avait atteint son complet développement, n'ont pas eu de suites fâcheuses.



L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. le docteur P. Cassin, d'Avignon, qui a conclu à un éléphantiasis avec grandes lacunes lymphatiques et prédominance du tissu lymphoïde.

Observation III

(Résumée)

(Docteur Richardière, *Annal. Dermat.*, 1891.— Eléphantiasis érysipélateux)

B... Suzanne, 45 ans, marinière, entre, le 19 décembre, salle Saint-Landry. A eu 3 érysipèles dans sa jeunesse à 3 ans d'intervalle ; 4 enfants sains.

État actuel. — Jambe gauche énorme. En 1880, la malade a déjà vu cette jambe enfler, devenir rouge et très douloureuse. L'enflure a persisté depuis, diminuant un peu mais sans disparaître. Des poussées identiques se reproduisaient fréquemment et laissaient après elles une tuméfaction plus accentuée.

La cuisse gauche est énorme, la peau de couleur normale, l'épiderme lisse et sain ; pas d'adénite inguinale, ni de cordons variqueux.

La jambe gauche offre une peau épaissie, écailleuse, brunâtre, rugueuse ; la tuméfaction éléphantiasique est maximum au-dessus de la cheville en avant, aux régions extérieure et postérieure de la jambe, au bord extérieur du pied et à la racine des orteils. Çà et là, des végétations papillomateuses sur des plaques indurées. Pas d'ulcération ni de fissures ; pas de filariose ; motricité et sensibilité intactes ; atrophie congénitale du bras et du scapulum gauche.

Observation IV

(Docteur Achalme. — Thèse Paris, 1891)

R... Adolphe, 57 ans, entré le 9 mars 1890, salle Bazin. A 17 ans, premier érysipèle à la jambe droite. Depuis,

9 érysipèles dans la même région, dont l'un l'obligea à garder le lit 6 mois, et l'autre fut suivi d'un phlegmon.

État actuel. — Jambe droite énorme, cylindrique ; tuméfaction limitée en bas et en haut par un bourrelet. Peau pigmentée, dure et cartilagineuse, ne garde nulle part l'empreinte du doigt. Cordons lymphatiques indurés dans le creux poplité et ganglions dans l'aine.

Observation V

(Docteur Achalme)

(Eléphantiasis érysipélateux de la face)

M... Henriette, 16 ans. Entrée le 21 février 1890.

Depuis l'âge de 4 ans, grand nombre d'érysipèles de la face, toujours suivis d'un œdème persistant plus accentué chaque fois ; la face offre l'aspect de celle d'une albuminurique, joues empâtées et tombantes ; gonflement énorme des paupières supérieures qui cachent les yeux, et limité à la racine des cheveux ; œdème élastique, ne reçoit pas l'empreinte du doigt. Des scarifications de la peau du front permettent de cultiver du streptocoque pur.

IV. — Éléphantiasis congénital

Nous ne pouvons achever cette étude pathogénique sans parler de l'éléphantiasis congénital.

Son existence a été contestée et il faut avouer que les

observations en sont peu nombreuses et souvent peu probantes, car peu ont subi le contrôle de l'examen histologique.

Beaucoup de déformations dites éléphantiasiques et congénitales appartiennent les unes à la lipomatose, les autres aux tumeurs télangiectasiques veineuses.

Cependant, d'après les recherches récentes de divers auteurs et notamment celles du docteur Moncorvo (de Rio de-Janeiro), publiée par les *Annales de Dermatologie* (1), il semble bien qu'il faille admettre un éléphantiasis congénital vrai. Il relève aussi de l'infection streptococcique.

Dans la plupart des observations citées par le docteur Moncorvo, les mères des enfants atteints d'éléphantiasis congénital avaient été affectées elles-mêmes pendant leur grossesse de lymphangites, suppurées ou non, accompagnées d'une réaction fébrile intense.

Les streptocoques de la mère auraient pénétré par la voie placentaire dans la circulation du fœtus et auraient donné naissance, au cours de la vie intra-utérine, à des poussées inflammatoires lymphangitiques, qui ont déterminé la production d'éléphantiasis.

M. Widal a, d'ailleurs, prouvé que le streptocoque passait très facilement à travers le placenta.

Observation Première

(Moncorvo. — *Journal thérap.* et *Clinique infantile*, 22 août 1895)

Enfant mâle, 5 mois, observé pour la première fois le 29 mai 1895 ; syphilis héréditaire.

---

(1) *Annales de Dermatologie*, 1888-1894.

Mère eut une lymphangite du sein gauche en allaitant son avant-dernier enfant. Plusieurs chutes pendant sa dernière grossesse. Au septième mois, nouvelle chute et poussée de lymphangite de la paroi abdominale avec fièvre, frissons, suivie de suppuration.

Accouchement à terme. Enfant naquit avec un éléphantiasis des mieux caractérisés au pied et à la jambe droits. Santé satisfaisante.

Le 1er juin, M. Moncorvo pratique l'examen du sang prélevé avec tous les soins aseptiques, d'un doigt de la mère de l'enfant, et n'y trouve qu'une hyperleucocytose.

L'examen microscopique est fait le même jour du serum retiré du tiers moyen de la jambe droite du petit malade ; il révèle la présence d'un certain nombre de streptocoques de Fehleissen, isolés ou groupés.

Observation II

(Recueillie dans le service de M. le prof. Estor, clinique chirurgicale des enfants).

(Résumée)

Eléphantiasis congénital des deux membres inférieurs, surtout accentué à gauche. Tumeur congénitale de l'ombilic. Kyste séreux de la paroi thoracique gauche.

Victor P..., de Lamalou, domicilié à Gabian, âgé de 2 mois.

Antécédents héréditaires. — Père se porte bien. Grand'-mère maternelle était atteinte de luxation congénitale de la hanche, et la mère de l'enfant est venue au monde avec un pied-bot, aujourd'hui guéri.

Antécédents personnels. — L'accouchement a été facile, sans intervention.

Etat actuel (14 juin 1897). — Les deux membres inférieurs sont très déformés et hypertrophiés dans toutes leurs dimensions. L'hypertrophie est surtout accentuée sur le membre inférieur gauche. Les deux pieds ne peuvent être classés dans aucune forme connue de pied-bot ; le droit a une longueur de 14 centimètres et une largeur de 8 centimètres; il est hypertrophié dans toutes ses dimensions; les faces dorsale et plantaire sont convexes toutes les deux. Ce pied présente six doigts parfaitement conformés.

Le pied gauche est encore plus difforme ; même convexité des faces dorsale et plantaire ; cinq doigts mal conformés et en marteau envahissant le bord externe du pied, de sorte que le petit doigt est implanté à la partie moyenne de ce bord externe.

Pas de testicule.

Tumeur du volume du poing, sonore et réductible dans la région postéro-latérale gauche du thorax. Au niveau de son pédicule, la paroi thoracique fait défaut.

A l'ombilic, tumeur de la grosseur d'une fraise et de même couleur, paraissant se prolonger dans l'abdomen par un pédicule ; cette tumeur est entourée par la peau, comme le pénis par le prépuce.

Observation III

Cette observation est due à l'obligeance de M. Soubeyran, chef de clinique chirurgicale à la Faculté (1).

Daniel G..., 25 ans, domestique, habitant Port-Louis, entre à l'hôpital civil le Ier août 1897.

Père et mère morts de fièvre (?). Ses frères jouissent d'une bonne santé. Le malade est sujet à de fréquentes attaques de fièvre du pays (fièvre paludéenne) ; de plus, il est manifestement rachitique.

Il existait, dès sa naissance, au niveau du bras gauche une longue excroissance charnue, occupant toute la longueur comprise entre la tête humérale et le milieu de l'avant-bras ; depuis, la tumeur n'a fait que s'accroître et présentait, à l'âge de 13 ans, le volume d'une bouteille ; elle n'a jamais subi de poussées aiguës. Le volume de la tumeur étant devenu très considérable, le malade entre à l'hôpital pour se la faire extirper.

La tumeur occupe le bras, dont elle fait le tour, et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras ; elle est renflée à sa partie moyenne et sa surface est irrégulière; elle mesure : à la partie supérieure du bras, 40 cm. de circonférence ; au niveau du coude, 75 cm. ; au milieu de l'avant-bras, 42 cm. ; sa plus grande circonférence, au-dessus du coude, atteint 80 cm.

La peau est brune, rugueuse, irrégulière, avec de nombreuses hypertrophies papillaires.

---

(1) Soubeyran et Némorin. — Société anatomique. Avril 1903.

Les ganglions axillaires ne sont pas augmentés de volume.

La tumeur s'ulcère parfois, les plaies durent deux ou trois mois et laissent échapper en abondance de la sérosité.

La sensibilité est émoussée ; le malade n'éprouve aucune douleur à la palpation ; les mouvements du coude sont abolis, ceux de l'épaule et du poignet se font normalement.

Désarticulation de l'épaule le 22 septembre 1897.

La tumeur pesait 18 kilogr., le membre compris.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Il est regrettable que l'examen histologique et bactériologique de cette tumeur n'ait pas été fait ; cela nous oblige à quelques réserves pour le diagnostic.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie

L'éléphantiasis débute par des poussées de lymphangite réticulaire récidivantes, caractérisées chacune par la rougeur et la tuméfaction de la peau.

Celle-ci est lisse, tendue, douloureuse, couverte de traînées lymphatiques ; les ganglions correspondants sont tuméfiés et douloureux.

La phlegmasie lymphatique est accompagnée souvent de phénomènes généraux ; un frisson ouvre la scène, il est suivi de fièvre avec vomissements et état saburral des voies digestives.

L'accès dure quelques jours, au bout desquels la défervescence se produit, les phénomènes généraux disparaissent et les troubles locaux s'atténuent.

Mais, si l'inflammation a disparu, elle laisse à sa suite une infiltration et un épaississement de la peau et du tissu sous-cutané.

Si des poussées semblables se reproduisent sur la même région, les téguments restent de plus en plus infiltrés ; ils s'indurent et s'épaississent ; l'éléphantiasis est constitué.

Nous venons de décrire l'éléphantiasis d'origine lym-

phatique, le plus fréquent de tous. S'il s'agit d'éléphantiasis veineux ou névropathique, les phénomènes lymphatiques initiaux font défaut ; l'hypertrophie s'établit alors graduellement, à la suite de l'œdème et par transformation de celui-ci, sans phénomènes généraux.

Quand la lésion est constituée, la peau, d'abord lisse et tendue et de coloration rouge, ne tarde pas à prendre un aspect brunâtre, en même temps que sa surface devient rugueuse et se recouvre d'hypertrophies papillaires. La peau, dure, est fixée sur les parties profondes, et il est impossible de la plisser et de la pincer entre les doigts.

Siège

L'éléphantiasis peut atteindre toutes les parties du corps, mais son siège habituel est au membre inférieur ; l'hypertrophie occupe surtout le pied et les deux tiers inférieurs de la jambe. La lésion est le plus souvent unilatérale, mais peut se rencontrer sur les deux côtés. Les troubles fonctionnels sont en rapport avec le degré d'hypertrophie ; le poids du membre, à lui seul, suffit à amener la gêne des mouvements ; à cette cause s'ajoute bientôt l'atrophie des muscles.

Les parties génitales de l'homme sont aussi fréquemment atteintes ; scrotum et verge sont quelquefois confondus et tellement déformés qu'ils peuvent être méconnaissables. L'empâtement des tissus peut quelquefois envahir les régions voisines : la partie interne des cuisses ou la partie inférieure de l'abdomen.

Beaucoup plus rares sont les cas d'éléphantiasis observés sur les parties génitales de la femme. S'il faut en

croire M. Silva Araujo, cette affection serait même exceptionnelle, et lui-même n'a rapporté qu'une seule observation sur 363 cas observés.

Nous avons pu en publier un cas intéressant grâce à l'obligeance de M. le docteur Millet, d'Orange. Grandes et petites lèvres acquièrent, dans ce cas, un volume énorme ; la peau est pigmentée et infiltrée, mais ne présente pas les mêmes rugosités qu'au scrotum ou aux membres inférieurs.

Les mêmes lésions peuvent se rencontrer, mais exceptionnellement, aux membres supérieurs et à la face.

DIAGNOSTIC

Nous pourrions traiter longuement du diagnostic différentiel des lésions que nous étudions, mais nous serons bref au contraire sur ce sujet, notre but ayant été surtout l'étude pathogénique de l'éléphantiasis nostras. Nous dirons, d'ailleurs, que ce diagnostic est facile dans la plupart des cas.

Ce gonflement localisé, cet épaississement ligneux, précédé et accompagné de poussées lymphangitiques ou d'oblitérations vasculaires, peuvent être difficilement confondus avec une autre maladie.

On pourrait croire dans quelques cas avoir affaire à du myxœdème, car lui aussi donne lieu à un œdème dur, mais il n'est pas localisé à un membre ou à une région restreinte comme celui de l'éléphantiasis. De plus, le myxœdème s'accompagne d'autres symptômes, notamment d'une déchéance organique bien étudiée par Charcot qui avait appelé ce myxœdème « cachexie pachydermique. » Ces signes, on ne les rencontre pas chez les éléphantiasiques, pas plus que l'asthénie, le ralentissement du pouls, les troubles urinaires.

Les œdèmes rhumatismaux sont très limités et sont exclusivement sous-cutanés ; la peau qui les recouvre n'est d'ailleurs pas altérée ; leur confusion avec l'éléphantiasis est impossible.

PRONOSTIC

Les lésions éléphantiasiques ont une durée indéfinie, sans aucune tendance à la régression ; par suite elles sont difficiles à guérir. Cependant, cette affection n'est pas incurable, surtout quand elle est prise au début, et si le plus souvent on ne peut espérer la faire disparaître complètement, du moins peut-on l'atténuer beaucoup.

Il faut d'ailleurs savoir que l'éléphantiasis ne produit aucune altération de la santé générale. C'est une maladie qui n'est pas mortelle par elle-même et qui ne donnera lieu à des accidents fâcheux que si elle se complique de phlébites, de phlegmons, de gangrènes et leurs conséquences.

TRAITEMENT

A) *Préventif.* — Il existe un traitement préventif; il consiste à empêcher l'invasion des tissus par le streptocoque et à chasser celui-ci le plus rapidement quand il a pu envahir la place.

Pour cela, la peau sera tenue dans un état d'asepsie ou du moins de propreté absolue.

Les excoriations cutanées seront traitées antiseptiquement, dès qu'elles se seront produites.

Si l'infection s'est déjà produite, il faudra empêcher l'œdème qui l'accompagne de devenir permanent.

L'élévation du membre, les bains antiseptiques tièdes seront les moyens les plus utiles.

Enfin, la compression permanente du membre inférieur permettra d'éviter l'engorgement des tissus.

B) *Curatif.* — Les frictions mercurielles ont été essayées sans résultat.

Massage. — Le massage est un procédé de traitement utile surtout dans l'éléphantiasis veineux, mais à lui seul il ne peut suffire, et on doit lui associer la compression.

Compression. — C'est, en effet, un excellent moyen de combattre l'éléphantiasis que d'exercer une compression régulière et modérée. Le bandage ne sera enlevé que le matin pour constater l'état de la peau.

Electricité. — L'électricité dans le traitement de l'éléphantiasis à été préconisée par des médecins brésiliens, MM. Araujo et Moncorvo ; ils se sont servis successivement des courants continus, des courants induits et de l'électrolyse ; les trois moyens peuvent d'ailleurs être associés.

Mais c'est l'électrolyse qui paraît donner les meilleurs résultats ; le traitement est long, il faut un grand nombre de séances d'électrolyse pour arriver au but désiré, mais si l'on en croit plusieurs auteurs consciencieux, le résultat est le plus souvent certain.

Traitement chirurgical. — Enfin, dans les cas rebelles, quand le volume de l'hypertrophie est trop considérable, on a proposé l'amputation. Mais si ce traitement est applicable à l'éléphantiasis du scrotum, on respectera tant qu'on le pourra un membre qui, à la rigueur, peut encore rendre quelques services.

CONCLUSIONS

1° Les états éléphantiasiques revêtent plusieurs formes. Ils sont caractérisés par une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané et sont tous dus à un obstacle dans la circulation lymphatique ou veineuse.

2° Les cas les plus fréquents rencontrés dans nos régions résultent de la pénétration du streptocoque dans les tissus et de l'irritation chronique qu'il y produit.

Dans les pays chauds, les lésions sont plus souvent d'origine filarienne.

3° Une fois constitué, l'éléphantiasis a une durée indéfinie, les lésions n'ayant aucune tendance à régresser.

4° On peut prévenir cette affection en traitant, dès le début et par tous les moyens d'asepsie et d'antisepsie, les lésions cutanées, si légères qu'elles soient.

5° Plus tard, on emploiera avec profit la compression et l'électricité.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 Juillet 1903.
Le Recteur,
Ant BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 Juillet 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, t. II.
— Congrès international de Londres, 1897.
RENAUT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1re série, t. XXVIII, p. 202. Article : *Dermatoses*.
KAPOSI et BESNIER. — Traité des maladies de la peau, t. II.
SABOURAUD. — Parasitologie de l'éléphantiasis. Annales de dermatologie. 1892
MATHIEU. — Archives générales de médecine, 1883, p. 657.
POTAIN. — Société médicale des hôpitaux, 10 juillet 1811.
CATRIN. — Soc. médic. des hôpitaux, 24 juin 1892
VAQUEZ. — Gazette hebdomadaire, 1892.
VERNEUIL. — Compte rendu de l'Acad. des sciences. 31 mars 1890.
TROISIER. — Thèse agrégation, 1880.
Annales de dermatologie. 1888-1894.
FOLLET. — Pathogénie de l'éléphantiasis, Paris, 1895.
MONCORVO. — Annales de dermatologie, 1888-1894.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !