

# GACETA MÉDICA

## DE MEXICO.

PERIÓDICO DE LA SECCION MÉDICA DE LA COMISION CIENTÍFICA.

Se reciben suscripciones en Mexico, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle de los Bajos de Portacueli núm. 1, y en la alacena de D. Antonio de la Torre. En el Interior, en la casa de los Sres. corresponsales de *L'Estafette*.

La suscripcion es de \$ 0 50 por mes, y el pago se hará adelantado.

Cada número vale \$ 0 25.

La insercion de avisos se convendrá en el despacho de *L'Estafette*, calle de Don Juan Manuel núm. 20.

### SOMMAIRE.

Etude sur la lèpre au Mexique, DR. F. PONCET.—Métrorrhagie passive; polype muqueux paraissant et disparaissant alternativement, DR. PIRARD.—Anatomía patológica, D. LUIS H. CARPIO.

### PATHOLOGIE.

#### ÉTUDE SUR LA LÈPRE AU MEXIQUE.

Depuis l'arrivée des troupes françaises au Mexique, pendant notre séjour à Mexico, et nos courses sur les hauts plateaux nous avons rencontré une maladie assez fréquente dans cette partie de l'Amérique et qu'il n'est point toujours possible de voir en France.

Nous voulons parler de la lèpre et surtout de ses variétés spéciales au Mexique.

Un médecin distingué de Mexico, qui a parcouru une grande partie de l'Europe, et dont le témoignage en pareille matière est pour nous d'un très grand poids: M. le docteur Lucio, chargé pendant plusieurs années du service des lépreux à l'hôpital de San Lazaro, pense que cette maladie est peu connue chez nous; une forme même serait particulière au Mexique, et entièrement ignorée des médecins d'Europe.

Les rares recherches bibliographiques que nous avons pu faire nous portent à penser que l'opinion du professeur de Mexico est un peu trop exclusive. Nous croyons que certains auteurs ont connu la lèpre mexicaine, dans ses deux variétés les moins fréquentes, et dans les ouvrages les plus anciens, dans la bible même, ces types curieux ont été assez bien caractérisés.

Il existe au Mexique trois variétés de lépreux distinctes. Les noms en sont connus même des gens du peuple, qui ne commettent point d'erreur de diagnostic en les voyant. Ce sont: les *léoninos*, les *antoninos*, les *lazarinos*.

Je laisse aujourd'hui de côté tout souvenir classique, toute recherche dans Pline, Galien, Horstins, Ruelte, Schilling et les dermatologistes modernes tant français qu'anglais, des Antilles et des Indes: l'étude que je pourrais fai-

re ici serait fort incomplète, inexacte assurément, et je remets cette question d'histoire et de diagnostic à un temps où il me sera permis de puiser aux grandes sources.

Je dois citer cependant un mémoire remarquable écrit par MM. Lucio, directeur de l'hôpital San Lazaro et Ignacio Alvarado, professeurs à la faculté de médecine. (Mexico 1852, Murgia et Cie. edit.) Ces deux auteurs ont parfaitement décrit le mal de Saint-Lazare, et si après eux nous abordons le même sujet, c'est que nous croyons pouvoir ajouter quelques faits nouveaux à l'anatomie pathologique de cette maladie. C'est à notre expédition dans l'intérieur du Mexique que nous devons des renseignements importants, des observations de lèpre à toutes les périodes du mal.

La forme léonine ou tuberculeuse (Elephantiasis des Grecs) est caractérisée par la présence sur le visage, les membres et les muqueuses de tubercules isolés ou en masse.

La forme antonine ou anesthésique est caractérisée par une anesthésie du visage et des extrémités, quelque fois du tronc et par la perte d'un certain nombre d'os des mains et des pieds.

La forme lazarine ou tachetée est caractérisée par la présence sur les membres de taches douloureuses, couleur de sang, bien limitées, qui donnent naissance à des ulcères de mauvaise nature.

Tels sont les traits les plus saillants des trois variétés de la lèpre Mexicaine.

La première, aussi connue sous le nom d'Elephantiasis des Grecs a été parfaitement étudiée.

La deuxième et la troisième sont les plus intéressantes, parce qu'elles nous sont moins connues et plus spéciales au Mexique, c'est par elles que nous commencerons.

#### Forme anesthésique.—Lèpre antonine.

Il semblerait qu'on puisse sur un seul lèpreux parcourir l'histoire de toute la maladie et par l'observation complète d'un seul éviter d'autres enquêtes. La difficulté serait déjà grande en France, mais ici on se trouve en face d'obstacles insurmontables. L'Indien lèpreux est d'une intelligence à peu près nulle, il ignore toujours son âge, se contredit à chaque instant, et trouve à ses maux les causes les plus invraisemblables. C'est un chaos indéchiffrable. Aussi est-ce après avoir relaté un certain nombre d'observations que nous essaierons de donner une description générale de chaque variété.

### OBSERVATION I.

#### LÈPRE ANTONINE.

Pilar Noyéra X. . . . femme âgée de 45 ans, née dans les environs de Mexico, sans enfants, non mariée, est entrée jeune encore à l'hôpital de San La-

zaro. Sa maladie a commencé en 1829, c'est à dire à l'âge de 10 ans, et en 1864 elle a 35 ans de date.

D'une intelligence plus que médiocre, elle ne peut donner sur les débuts de son mal que des renseignements très peu précis: sa maison était, comme celle des pauvres, humide pendant les pluies, froide en hiver; elle couchait sur une natte; conservant toujours les mêmes vêtements, se nourrissant de maïs, de haricots. Notons un fait de la plus haute importance: sa tante et un cousin germain étaient antoninos.

Un jour elle fut mouillée, surprise dans les champs par un orage et ne put en rentrant changer ses vêtements. Cet accident aurait été la cause déterminante de la maladie; dès le lendemain en effet, survint une fièvre continue avec céphalagie, soif, douleurs dans tous les membres, douleurs profondes, sourdes, que la malade rapporte aux os. Elle garda le lit pendant quelques jours, puis s'aperçut que la peau des bras et des membres inférieurs jusqu'à la ceinture était sèche et dure. La sueur avait disparu dans ces parties tandis qu'au tronc elle était beaucoup plus abondante au point de gêner le sommeil et d'empêcher tout effort, comme le broyage du maïs.

En même temps, les jambes, les avant bras et la peau du visage perdaient toute sensibilité. Les doigts des mains se rétractèrent, s'infléchirent fortement dans la paume; puis le long des phalanges se formèrent de petits abcès avec trajet fistuleux donnant issue à des fragments osseux; pour d'autres doigts les phalanges disparurent sans ulcération ni carie; c'est ainsi que sont tombés successivement les doigts des deux mains; l'annulaire droit a disparu l'année dernière.

Les pieds ont subi une altération plus profonde. Vers 1833 des fistules et des abcès survinrent vers les malléoles, sous les talons, et ces derniers disparurent. Cette affection des pieds a duré près de 10 ans. Une lésion oculaire sur laquelle nous allons revenir a débuté avec la paralysie sensorielle.

*Etat actuel.*— Cette femme qui dit n'avoir que 45 ans paraît un peu plus fatiguée que ne l'indiquerait cet âge, mais elle affirme cependant que ses règles ont cessé seulement depuis 3 ou 4 ans. Elle a conservé un certain degré de musculature dont l'apparence est augmentée par une légère infiltration du tissu cellulaire.

A la figure on retrouve les sourcils et les cils; les cheveux sont abondants et encore noirs, blanchissant sur le front.

Les yeux sont pris d'une conjonctivite, d'un larmoiement continu et d'un double ectropion; à l'œil droit, des kératites répétées ont amené une opacité de la cornée incompatible avec la vue; l'œil gauche voit encore, mais déjà il existe une injection des muqueuses palpébrale et oculaire avec œdème sous conjonctival. Or la cause de ces inflammations c'est l'impossibilité où se trouve a malade de fermer les yeux, elle dort les yeux ouverts. Il existe une vérita-

ble paralysie des paupières: la supérieure parvient à recouvrir la moitié du globe, mais l'inférieure est immobile; son cartilage tarse a diminué d'épaisseur et perdu de son élasticité. La peau de la partie inférieure de l'orbite est évidemment atrophiée, mince, un peu tombante, à rides longues, hautes et multiples. Les cils existent aux deux paupières, la malade ne sent point quand on la touche avec la pointe d'une épingle.

Cette insensibilité remonte jusqu'au milieu de la tête suivant une ligne qui réunirait les deux oreilles, occupe à différents degrés certaines parties de la face, suivant la direction des muscles les plus sous-cutanés, descend par l'orbiculaire des lèvres jusqu'au dessous du menton où elle disparaît peu à peu.

Les muqueuses jouissent d'une sensibilité parfaite.

Pas de difformité du nez.

Bouche et langue saines. Rien au gosier ni au palais.

Le tronc ne présente rien d'extraordinaire.

Les avant-bras droit et gauche sont complètement insensibles à la piqure de l'épingle, la peau en est sèche, rugueuse, un peu épaissie du côté externe. Ça et là on aperçoit des cicatrices provenant de brûlures profondes dont la malade n'a eu aucune conscience, ses voisines l'ont averti qu'elle se brûlait. Un fait à noter, c'est que l'inflammation consécutive à la séparation de l'escharre est très douloureuse. Il existe encore au pouce une brûlure toute nouvelle qu'on ne peut toucher sans provoquer de grandes douleurs.

Les os du carpe dans les deux mains sont intacts; la peau est tout à fait insensible et les muscles interosseux sont atrophiés, ce qui fait ressortir la maigreur et l'étroitesse de la main.

Voici l'état des phalanges:

Main gauche:

Du cinquième doigt il reste la 1<sup>re</sup> phalange, rien des deux autres. Un rudiment de l'ongle, recourbé, épaissi, diminué de largeur, existe sur la peau qui recouvre la phalange.

Du quatrième doigt: il reste la 1<sup>re</sup> phalange, un peu de la 2<sup>e</sup>.

Du troisième doigt: la moitié de la 1<sup>re</sup> phalange.

Du deuxième doigt: le quart de la 1<sup>re</sup>.

Du pouce: une portion de la 1<sup>re</sup> phalange avec l'ongle.

Main droite:

Au cinquième doigt le métacarpien est attaqué, il reste un peu de l'ongle raccorni et recourbé, rien des phalanges.

Au quatrième, les phalanges n'existent plus.

Du troisième, deuxième et premier il ne reste que les métacarpiens et des portions d'ongles au pouce et à l'index.

Dans la paume de la main droite existe un durillon de la largeur d'une pièce d'un franc. Il a l'aspect jaunâtre de l'épiderme corné et granuleux; il

est sensible au toucher; ces durillons donneraient naissance à des ulcères par où s'en vont les os des mains et des pieds.

Les pieds offrent aussi des altérations particulières.

Au pied droit la voûte plantaire n'existe plus; elle s'est affaissée après la perte du calcaneum, dont deux cicatrices latérales et profondes nous annoncent la suppuration.

La saillie du tendon d'Achille a disparu et la courbe formée par les contours du talon est remplacée par la ligne droite d'un moignon charnu et sans consistance.

Les autres os du tarse et du métatarse sont intacts.

Au pied droit:

Le petit doigt a disparu moins l'ongle.

Les trois autres doigts sont intacts, courbes, petits.

Le pouce n'a conservé que l'ongle et la 1<sup>e</sup>. phalange.

Au pied gauche:

Immédiatement au dessous du tibia, à la place de l'astragale on trouve une forte dépression circulaire avec cicatrices longues, étroites, cachées au fond d'un tissu cellulaire légèrement infiltré. L'astragale et le calcaneum ayant disparu en totalité le tibia va s'articuler par son bord antérieur avec les os de la deuxième rangée: cuboïde, cuneiformes; sa face articulaire proprement dite repose sur un coussin graisseux de nouvelle formation où s'implante aussi le tendon d'Achille.

Aux doigts nous ne voyons qu'une atrophie déjà commençante avec flexion des phalanges. Le pouce a perdu sa première phalange.

Chez cette malade toutes les fonctions sont intactes.

Les sens, à part la vision, ne présentent pas d'altération. Les digestions sont excellentes et la menstruation a cessé à l'époque habituelle.

## OBSERVATION II.

### LÈPRE ANTONINE.

Antonio Var. . . . âgé de 22 ans, né à Salamanca [Etat de Guanajuato], laboureur dans une hacienda voisine de la ville, est malade depuis quatre ans.

Il n'est point marié, n'a jamais eu d'antécédents syphilitiques, et personne dans sa famille n'a été atteint de la maladie pour laquelle il vient me voir.

Depuis, sans cause connue, il lui survint sur les bras et sur tout le corps des taches blanches, larges, farineuses, que le malade désigne sous le nom de tyrisis. Elles étaient le siège d'un peu de démangeaison et disparurent assez rapidement; mais après elles, se déclara la paralysie des bras, du tronc et des jambes. La sueur ne fut supprimée sur aucun point, et au moment de l'examen du malade, je la constate moi-même sur plusieurs parties frappées d'anesthésie.

Peu de temps après les doigts s'infléchirent dans la main, il survint des ulcérations à la face palmaire, puis une suppuration entraînant des fragments d'os avec elle, fit disparaître des phalanges.

Enfin, il y a un an et demi, la figure fut paralysée du côté gauche et les deux yeux, dont les paupières étaient aussi paralysées, devinrent malades.

*Etat actuel.*—Cheveux, sourcils, cils et barbe intacts.

Les yeux ne peuvent se fermer complètement; la paupière inférieure est immobile, et la supérieure ne couvre que la moitié du globe. Il en est résulté une légère conjonctivite, du larmolement, un œdème sous conjonctival et enfin cet aspect particulier dû à l'immobilité des voiles palpébraux et à la paralysie de la face qui constitue un masque spécial à cette forme de la lèpre.

Les plis sous-palpébraux sont exagérés; cette paupière inférieure est tombante; la figure entière à partir des sourcils jusqu'au menton, creux sous maxillaire compris, est frappée d'immobilité.

Le malade ne peut siffler, la bouche est inclinée à gauche, ce qui indique une différence dans la profondeur de la lésion de chaque côté; mais les sens sont intacts, la parole est facile, l'odorat et le goût, très-nets, et la lésion oculaire est tout à fait externe.

Les bras, jusqu'aux épaules, les membres inférieurs, jusqu'au bassin, ont perdu toute sensibilité. Cependant les mouvements musculaires dirigés par la vue s'exécutent parfaitement. La peau du tronc est partout sensible, il n'existe plus aucune tache à desquamation furfuracée.

#### Etat des mains:

Main droite: des troisième, quatrième, cinquième doigts il ne reste qu'un tronçon des premières phalanges. Le pouce et l'index sont réduits à un moignon charnu portant un ongle altéré, déformé. En examinant les extrémités de ces tronçons, on trouve des traces d'ulcérations guéries; de petites crevasses où le stylet ne peut pénétrer, et qui ne sont autre chose que les vestiges d'anciennes fistules osseuses. Voici comment elles se forment au dire du malade; dans un point où la corne s'est épaissie, survient un peu de douleur, d'inflammation, et vingt quatre heures après on trouve une ampoule pleine d'une eau claire ou un peu rougeâtre; la bulle se creève, il en résulte un ulcère, qui creuse et par lequel l'os disparaît.

#### Main gauche:

Le pouce et l'index sont encore entiers, mais ils sont très douloureux, atrophiés, et dans l'index on aperçoit difficilement les os; tout semble confondu dans une masse cartilagineuse qu'on peut fléchir en sens contraire; la résorption s'effectue sans ulcération.

Les troisième, quatrième, cinquième doigts sont réduits à la 1<sup>e</sup> phalange et à un rudiment d'ongle semblable à celui des chiens.

Les pieds ont perdu toute sensibilité et présentent de profondes crevasses

assez communes chez les indiens, mais leur origine coïncidant souvent chez les lèpreux avec celles des fistules osseuses, elles acquièrent ici une gravité particulière.

### OBSERVATION III.

#### LÈPRE ANTONINE.

José Maria Leon X. . . . de Amazia (près Calderon, Etat de Jalisco) âgé de 37 ans, laboureur, est malade depuis onze ans. Il est marié, a deux enfants parfaitement sains, sa femme est bien portante; son père et sa mère n'étaient pas lèpreux, enfin il a trois frères et une sœur qui ne sont point malades.

Comme tous les autres lèpreux, il attribue le commencement de son infirmité à un refroidissement humide après un orage où il fut mouillé; une fièvre intense avec céphalalgie, courbature générale et douleurs profondes des membres, l'obligea à garder le lit pendant six jours. Le corps se couvrit alors de taches blanches qui augmentant toujours envahirent des étendues considérables du tronc, des membres et du visage. Le plus souvent à l'endroit même où elles se développaient l'anesthésie apparaissait avec elles; mais cette particularité ne fut pas constante. Au moment de l'examen nous pouvons reconnaître de très beaux spécimens de ces taches sur le tronc et la poitrine. Celles de la poitrine au nombre de deux, sont bien limitées; elles présentant une desquamation blanche, très fine, ne donnant aucune sérosité; elles sont le siège d'une légère démangeaison; leur teinte farineuse ressort parfaitement sur le ton jaune indien de la peau du malade. Ces taches dans toute leur étendue sont accompagnées d'anesthésie; la sensibilité reparait à un millimètre en dehors.

Sur le dos, où la maladie existe depuis plus longtemps, la chute épithéliale n'existe plus au centre des taches, elle est périphérique et soit par le frottement des couvertures de laine que portent les indiens, soit par l'habitude de charger des fardeaux, nous trouvons outre la teinte blanche un filet rouge foncé inflammatoire, sinueux, irrégulier, délimitant parfaitement les parties atteintes; mais ici l'anesthésie ne présente rien de régulier dans ses rapports avec la desquamation: l'épingle enfoncée sur certains points furfuracés n'amène pas de douleurs; ailleurs elle est très bien sentie.

Ces taches ont marché dans l'ordre suivant. Figure, pieds et jambes, bras et tronc.

Nous passerons rapidement sur l'état du visage et des membres pour arriver à la lésion principale du pied.

La face, complètement anesthésique, présente le masque spécial à cette forme de la lèpre: les yeux ne peuvent se fermer et sont le siège d'une conjonctivite; la bouche est légèrement tordue; tous les traits, commissures et sillons, sont dirigés en bas.

Le tronc en grande partie, les bras et les jambes sont dans une anesthésie complète.

La main droite présente: le pouce sain, l'index, le medius et le cinquième doigt sont fortement fléchis dans la paume de la main. L'annulaire n'a conservé que la première phalange, un fragment de la deuxième avec l'ongle: le tissu osseux de ce doigt est sorti par une fissure située à la face palmaire.

A la main gauche: le pouce et le cinquième doigt sont sains; l'index a perdu sa deuxième phalange, le medius et l'annulaire sont infléchis, amaigris.

Cet amaigrissement de la main joint à la contracture des doigts, à la paralysie des interosseux, rappelle parfaitement la griffe d'ours dont parle M. Duchesne (de Boulogne) et nous reviendrons plus tard sur cette analogie.

Le pied droit est complètement anesthésié. Il présente au niveau de la tête du premier métatarsien un fort durillon douloureux; au talon, au milieu de la corne épaisse dont il est garni, deux profondes crevasses très douloureuses où le stylet ne découvre pas de trajet fistuleux.

Au pied gauche nous trouvons aussi l'anesthésie et deux durillons; mais l'un d'eux est dans une période d'évolution plus avancée.

Il y a trois ans un durillon (1) datant de quatre ou cinq ans, situé au point où commence le talon, après la voûte plantaire, devenait douloureux et gênait beaucoup la marche. Il se forma bientôt au centre de ce durillon une ampoule pleine d'une sérosité roussâtre qui s'ouvrit et donna lieu à un ulcère. C'est cette plaie datant de trois ans que nous avons aujourd'hui sous les yeux; d'une largeur de quatre centimètres et de deux centimètres et demie de profondeur, elle est comblée par des détritres de corne ramollie qu'on enlève très facilement, sans douleur pour le malade puisque cette partie est tout à fait anesthésiée.

On reconnaît alors une épaisseur de corne de deux centimètres et au fond de cette espèce de puits des chairs vives de couleur noire, ulcérées, insensibles, de très mauvais aspect. Le stylet conduit sur toutes ces parties, au centre, à la circonférence, ne nous a pas permis de parvenir sur l'os à nu, ni même de découvrir un trajet fistuleux; le talon a conservé sa forme normale, et rien n'annonce jusqu'à présent une déperdition osseuse.

#### OBSERVATION IV.

##### LÈPRE ANTONINE.

Leonardo Ari... né à Salamanca (Etat à Guanajuato) âgé de 53 ans est malade depuis 18 ans. Il est cultivateur et dit ne pas avoir connu dans sa famille de parents atteints de la lèpre; ses enfants au nombre de six, âgés de 30 ans à 15 ans, et sa femme, sont très bien portants; pas d'antécédents syphilitiques.

(1) Les indiens appellent les durillons *siste everos* qui signifie en espagnol sept cuirs.

Cet homme se rappelle très vaguement le début de sa maladie. Pendant plusieurs jours, sans cause connue, il eut de la fièvre, une courbature générale, une violente céphalalgie et le repos au lit fut nécessaire, car la tête lui tournait dès qu'il voulait se lever.

La paralysie sensorielle se montra d'abord aux mains et aux avant-bras, puis les doigts de la main droite s'infléchirent; le bras gauche fut pris ensuite sans intervalle bien marqué entre la paralysie des doigts et leur rétraction, les membres inférieurs devenaient malades en même temps.

*Etat actuel.*—Homme d'une constitution nerveuse, et encore vigoureux. Les cheveux et le système capillaire sont intacts; il n'y a point de paralysie face et les paupaières ont conservé leurs mouvements.

Voici à quel degré se trouve l'anesthésie des membres.

Au membre supérieur droit: le dos de la main, de l'avant-bras et la paume de la main sont insensibles, le côté interne de l'avant-bras est sensible; la jambe droite est complètement paralysée au côté externe, le côté interne a conservé un reste de sensibilité.

Le main gauche n'est anesthésiée que sur le dos; tout le reste du membre supérieur est encore intact.

La jambe gauche est dans le même état que la jambe droite, les pieds sont insensibles. Les mouvements dans tous les membres sont conservés parfaitement, enfin chez cet homme les fonctions s'exercent normalement à l'exception de la sueur qui se trouve supprimée aux pieds et beaucoup augmentée sur le corps.

Mais la lésion la plus intéressante est celle que nous rencontrons aux pieds. Celui du côté gauche porte deux durillons; l'un ulcérée, l'autre à l'état corné; un le pied droit, près du cinquième orteil on trouve un troisième en voie de cicatrisation.

Le durillon ulcéré du pied gauche date de plus de cinq mois; il présente l'aspect ordinaire, c'est-à-dire corne épaissie (siete cueros) autour d'une ulcération creusée à pic dans cet épiderme centuple d'épaisseur et au fond: un petit bourgeon de chair vive ayant ici un assez bon aspect. En sondant cette plaie directement sur le centre du bourgeon on ne peut faire pénétrer le stylet, mais en le promenant sur ses contours on trouve alors que les chairs qui sont au fond de la plaie sont complètement isolées des parties voisines, parce que le stylet peut décrire autour du bourgeon un cylindre complet dont la base est adhérente à l'os et dont la circonférence supérieure forme le fond de cet espèce de puits de corne. C'est le long des parois de l'ulcère et non au milieu qu'il faut introduire l'instrument pour arriver sinon sur l'os à nu, au moins sur le périoste.

Sur le durillon droit, beaucoup plus ancien, en voie de parfaite guérison, ou la corne produite soit par une prédisposition spéciale, soit par la marche

a déjà repris une certaine épaisseur, nous avons cherché à nous convaincre du mode de cicatrisation. Nous avons enlevé avec le bistouri les couches cornées successivement par petites tranches; en arrivant dans les parties profondes, on a une petite hémorrhagie venant de vaisseaux qui paraissent un peu hypertrophiés au milieu de ces durillons (comme dans une verrue), puis on trouve dans certains points ces mêmes vaisseaux remplis de sang coagulé, et, ça et là de petites ecchymoses. Plus bas, au milieu de cette corne, vous apercevez une portion de chair d'aspect différent, plus blanche et plus molle. Ce n'est plus de la corne, elle se laisse pénétrer par le stylet, qui descend jusque sur l'os au milieu d'un tissu peu dense et vasculaire provoquant alors une petite hémorrhagie. Sur le pourtour de ce bourgeon blanchâtre on peut faire pénétrer aussi l'instrument, mais alors on ne fait plus sortir de sang, il y a une séparation, un trajet fistuleux. En imprimant des mouvements de latéralité on parcourt certains espaces isolés, néanmoins la séparation n'est pas circulaire et l'adhésion est complète en de nombreux points.

### OBSERVATION V.

#### LÈPRE ANTONINE.

Victoria Ros . . . née à Mexico, âgée de 22 ans, sans enfants, entre à l'hôpital en 1861. Elle est brodeuse et ne connaît dans sa famille personne atteint de la lèpre.

Cette jeune fille, d'une assez bonne constitution, est au début de la maladie; elle en fait remonter l'origine en 1850. En 1857 elle eut une pneumonie, en 1858 une ophthalmie qui a laissé un léger nuage sur la cornée de l'œil droit; enfin peu de temps après ces affections, qui paraissent pouvoir se rapporter à une cause rhumatismale ou tout au moins à des refroidissements répétés, les doigts des deux mains furent pris de contracture et ne purent s'étendre aussi facilement. Ce changement dans la forme des mains s'accompagna de fièvre, de douleurs générales privant la malade du sommeil. Tels furent les premiers symptômes de la maladie.

Il y a deux ans, un ulcère se formait au pied et le dos de la main gauche devenait insensible.

Aujourd'hui nous constatons l'état suivant (Juin 1863): intégrité complète de toutes les fonctions de nutrition, respiration, etc. Les sens sont parfaits à l'exception du toucher, qui se trouve perdu sur le dos de la main gauche et cela très superficiellement, car en arrivant sur les couches musculaires avec une épingle on provoque la douleur; tout le reste de la superficie du corps est d'une sensibilité parfaite.

Si les mains ne sont point paralysées elles sont cependant le siège d'une lésion très grave: c'est une demi flexion de tous les doigts.

Outre cette déformation tenant à la contraction des doigts, il existe une atrophie générale des muscles et même des os; d'autre part l'axe de la main

n'est plus dans le prolongement de l'axe de l'avant bras; il assez fortement porté vers le côté interne.

Si on étudie les parties environnantes, on ne voit aucune contraction des muscles fléchisseurs, ni dans la paume de la main, ni au poignet, ni dans la masse des muscles de l'avant-bras qui sont un peu atrophiés et nullement durcis par la contraction de leurs fibres; si on cherche à étendre ces doigts infléchis, on produit de la douleur dans l'avant-bras et tout en parvenant à un certain degré d'extension où ne peut vaincre toute la résistance. Cette extension est du reste momentanée; ainsi pour le quatrième doigt de la main gauche elle est à peu près complète, mais elle cesse dès qu'on abandonne le doigt à lui-même et il vient se replacer dans le creux de la main. Malgré cette contracture, la malade peut se servir de ses mains pour laver, coudre, délier des nœuds; elle augmente, en un mot, la contracture, la diminue jusqu'à un certain point, cependant ce dernier mouvement est toujours plus restreint.— Aux membres inférieurs, la peau est rugueuse à la partie externe, sèche et un peu variqueuse, où n'y rencontre pas d'insensibilité.

Le pied droit es le siège d'un de ces ulcères dont nous avons déjà parlé et qui remonte à 2 ans.

## OBSERVATION VI.

### LEPRE ANTONINE.

Francisco Alix.... de Mexico, âgé de 39 ans, marchand de pulque, est malade depuis 1851.

Il n'y a pas d'hérédité à soupçonner dans sa famille, et cet homme n'a eu comme accidents vénériens qu'une blennorrhagie de courte durée. Le froid humide est aussi la cause à laquelle il rapporte le début de son infirmité. Peu à peu il s'aperçut, sans fièvre antécédente, qu'il ne percevait plus les objets; il ressentit en même temps des fourmillements dans les bras et les jambes, les doigts s'infléchirent et disparurent par des ulcérations en commençant par le *medius* de la main gauche.

Les yeux sont malades depuis cinq ans, et les pieds depuis deux ans seulement.

*Etat actuel.*—Les cheveux sont abondants: la barbe épaisse; les sourcils et les cils existent, mais nous retrouvons l'ophthalmie particulière à cette forme de la lèpre. Les paupières supérieures ne s'abaissent pas complètement et les inférieures sont immobiles, d'où il résulte des conjonctivites très fortes et du larmolement dans les deux yeux.

La paralysie du visage n'existe pas partout, ni au même degré sur les points malades; du côté gauche, elle est plus profonde à la partie inférieure du muscle orbiculaire, qu'à la partie supérieure et se prolonge sur le sillon naso-labial, en diminuant vers les pommettes. Du côté droit cette paralysie n'existe nulle part aussi profonde; le malade perçoit moins bien que sur le tronc, mais

il a conscience du contact des corps sur tout ce côté de la figure, l'engourdissement occupe les mêmes régions qu'à gauche. Les mouvements d'élévation du sourcil sont intacts.

La peau de l'orbiculaire des lèvres sent normalement. Le nez et la bouche n'ont jamais été malades.

L'infirmité siège donc aux membres surtout: au bras gauche, la paralysie se borne à la peau depuis le coude jusqu'à la main, mais quand on enfonce une épingle dans les intervalles métacarpiens, elle pénètre les muscles sans provoquer de douleur.

Au début de la maladie les doigts étaient fortement rétractés dans la paume de la main et restèrent longtemps dans cette position; ce n'est que longtemps après la chute des phalanges que par un massage continu, et des fomentations chaudes il put recouvrer l'extension et la flexion des moignons.

Voici l'état de ses mains; côté gauche:

Le métacarpe est intact à l'exception du premier métacarpien dont la tête est gonflée. Il ne reste des phalanges qu'un rudiment de l'ongle, les os ont disparu par des ulcérations fistuleuses.

Du deuxième doigt il n'existe qu'une portion de la première phalange sans ongle; des troisième, quatrième et cinquième on trouve des portions des premières phalanges; ces trois moignons sont encore rouges, douloureux, depuis un erysipèle récent qui s'est accompagné de fièvre.

Main droite: les premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième doigts sont réduits à des parties de la première phalange surmontées de leur ongle crochu.

Au deuxième doigt il y a eu absorption complète de la première phalange tandis que la deuxième et la troisième ont disparu en partie par absorption.

Les deux mains, à la face palmaire, surtout vers les os du carpe, sont couvertes de durillons fort épais. Les os et les tendons forment un relief particulier dû à l'amaigrissement de l'atrophie musculaire, et ces extrémités ressemblent plutôt avec leurs ongles crochus à des pattes munies de griffes qu'à de véritables mains.

Notons avec soin cependant que, malgré la paralysie sensorielle, les mouvements de flexion et d'extension sont intacts dans les moignons et que le malade s'en sert pour travailler, délier les cordons de ses sandales, et faire une espèce de dentelle; les mouvements de latéralité et d'écartement sont nuls, par suite de la paralysie des interosseux.

L'État des pieds n'est pas moins intéressant:

Depuis deux ans par la position habituelle du malade qui s'assied comme les tailleurs, il est survenu deux pieds bots équins arrivés déjà au deuxième degré, à un commencement de renversement en dedans.

Au pied gauche nous trouvons deux ulcères à fond grisâtre, creusés au fond

d'un puits de corne; l'un deux est devenu très douloureux à la suite d'un érysipèle de l'extrémité du pied. Sur la tête du premier métatarsien, face palmaire, au milieu d'un durillon, existe une cicatrice linéaire, froncée, irrégulière, non adhérente, non douloureuse, superficielle et n'ayant pas donné lieu à une lésion osseuse. La cicatrisation de ces ulcères dure deux ans au moins pour une déperdition de substance large comme une pièce d'un franc.

Au pied droit nous trouvons aussi deux ulcères sans trajet fistuleux; l'un sur le premier métatarsien, l'autre sur la tête du cinquième; à côté de cette dernière plaie et plus en dehors existent deux taches rouge de sang, irrégulières, non douloureuses; l'une sur un durillon à son sommet; l'autre occupant une ancienne cicatrice d'ulcère survenu à la suite d'une ampoule avec érysipèle. (11 juillet 1868.)

(13 Juillet) Le malade est pris de fièvre, soif intense, céphalalgie, perte d'appétit; les deux taches rouges situées au pied droit dévient douloureuses, les parties voisines du durillon sont rouges, chaudes et très sensibles; la tache la plus externe, celle de l'ancienne cicatrice, se soulève, l'épiderme est tendu, on sent parfaitement du liquide en dessous.

(14 Juillet.) La fièvre a continué toute la nuit, la seconde tache est prise des mêmes accidents, même formation d'ampoule violette, mêmes douleurs.

(15 Juillet) On crève les deux bulles dont il sort un liquido séro-sanguinolent; la fièvre a cessé ce matin.

(18 Juillet) Sous les ampoules ouvertes existent deux ulcères superficiels d'aspect rosé qui ne paraissent pas de mauvaise nature; le stilet ne découvre aucun trajet fistuleux.

(5 Août) Les nouveaux ulcères traités par la tenture d'iode, se sont cicatrisés, les autres dont on a enlevé les parties cornées ont un meilleur aspect.

(A continuer.)

F. PONCET.

---

---

METRRORRHAGIE PASSIVE; POLYPE MUQUEUX PARRAISANT ET DISPARAISANT  
ALTERNATIVEMENT.

[Lecture du 21 Juin 1864.]

Mme. X\*\*\*, 30 ans, tempérament lymphatique et nerveux; ayant eu deux enfants qu'elle a perdus en bas-âge; dans d'excellents conditions sociales d'ailleurs.

Cette jeune dame avait eu déjà plusieurs hémorrhagies utérines, sans gravité, se présentant plutôt sous forme de règles excessives qu'à l'état de pertes réelles bien déterminées, quoique déjà la périodicité menstruelle fût singulièrement dérangée, lorsque, le 12 Janvier, on vient me prévenir, au milieu de la nuit, que cette dame était mourante d'une hémorrhagie que rien ne pouvait

arrêter. L'accident survenait dix jours à peine depuis la dernière apparition menstruelle.

A mon arrivée, je trouve en effet la malade fort affaiblie, pâle, presque-exsangue, la voix éteinte, pouvant à peine faire un mouvement; extrémités refroidies, pouls misérable, sueurs froides, lipothymies.

Le lit était traversé et, malgré les linges accumulés, le sang coulait toujours.

Le ventre n'était pas ballonné: rien de particulier ni à la palpation, ni à la percussion abdominale; pas de douleur, mais seulement lassitude lombaire; sensation de chaleur dans la cavité pelvienne.

Au toucher, le col est mou, non engorgé, mais entr'ouvert; il est le siège d'une chaleur extrême. Le doigt y pénètre plus facilement que jusqu'ici il n'avait pu le faire; il y perçoit distinctement la présence d'un corps étranger que, dans les touchers pratiqués antérieurement, il avait pu à peine atteindre, et qui d'ailleurs semblait disparaître entièrement à chaque examen fait en dehors de l'écoulement sanguin. Cette sensation d'un corps étranger pendant le flux sanguin et sa disparition alternative me laissaient chaque fois dans la perplexité relativement à la précision du diagnostic à porter.

Cette fois du moins, le doute n'était plus permis et, à travers ce flot de sang, je me convainquis nettement de la présence d'un corps étranger organisé, mou, dépressible, mais parfaitement borné et non fraible ni divisible au doigt, comme l'eût été un caillot, si fortement fibrineux qu'il pût être.

Traitement énergique:—1° saignée dérivative légère, applications d'eau vinaigrée, froide puis glacée, sur les lombes et sur les mamelles à la fois; puis frictions sur les lombes, sinapismes aux extrémités, et enfin injections froides et lavements froids;

2° Limonade sulfurique, potion à la ratanhia;

3° Enfin, décubitus dorsal combiné de façon à ce que le bassin soit un peu sur-élevé, puis tamponnement vaginal méthodique à la ouate. Je reste auprès de la malade toute la nuit pour surveiller et diriger le traitement.

Dans la matinée, sensible amélioration; consultation avec le professeur Trousseau. Quelques modifications au tamponnement, et addition du perchlore de fer; au besoin, badigeonnage de la cavité utérine avec le nitrate d'argent.

Quelques jours après, tout ce tableau de symptômes graves disparaît: le sang semble bien définitivement arrêté; mais, cette fois, persiste la présence du corps étranger.

Autre réunion avec le professeur Trousseau qui, lui aussi, diagnostique un polype utérin fibro-muqueux.

Sur son avis, l'opération est décidée: on la confiera à Ang. Bérard, professeur de Pathologie chirurgicale.

Le jour est indiqué, mais il est convenu que, dans l'intervalle, je ferai des applications lentes et méthodiques d'éponges préparées, en vue d'obtenir une dilatation suffisante de l'orifice utérin.

Au bout de quelques jours, après avoir constaté une certaine dilatation du col, je parvins à limiter assez nettement, avec l'index, les contours du polype, et à reconnaître qu'il n'était adhérent à la paroi de l'utérus que par un pédicule implanté, à ce qu'il me paraissait, près du col. L'idée me vint de tenter, d'après Lisfranc et d'autres autorités, l'arrachement du corps étranger, toutefois sans l'aide de la pince, de crainte d'empiéter sur les conventions médicales. Le polype résista à mes tentatives, assez ménagées, il faut le dire, d'arrachement, et son ensemble n'en parut nullement altéré; mais l'apparition du sang me fit reculer.

Immédiatement, je pratiquai une injection au perchlorure de fer, puis quelques autres suivies, à l'eau froide, et je me décidai à attendre le jour de l'opération qui était fixée au surlendemain.

Le lendemain matin, à ma visite, on me montre un corps étranger, rendu pendant la nuit et ayant entraîné avec soi la petite éponge préparée que j'avais placée la veille. La malade n'a pas souffert pendant ce travail. La lassitude lombaire a presque disparu.

C'était un corps ovoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, transparent, d'une apparence membraneuse et gélatiniforme, semé, dans son épaisseur, d'une foule de points noirâtres: Il est mou, dépressible, lisse à sa surface excepté en un point très circonscrit qui paraît être le point d'implantation.

Inutile de dire qu'avec le polype disparaissait la nécessité de l'opération. Avec le polype disparurent également et l'irrégularité menstruelle, et les hémorragies intermittentes et tous les symptômes généraux de l'état anémique qui s'améliora bien vite sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux.

Le professeur Troussseau expliqua la formation de ce polype par l'accumulation successive de petits dépôts sanguins à la suite des menstrues, accumulation déterminée peut-être par un point inflammatoire de la surface intra-utérine.

Quoiqu'il en soit, déposé dans un flacon d'eau distillée, le polype perdit rapidement les points bruns noirâtres qui ne tardèrent pas à se dissoudre dans l'eau renouvelée. A la fin, il avait acquis une diaphanéité remarquable, ayant l'apparence membraneuse d'un kyste où serait déposé soit du frai de grenouille, soit même le contenu, mais sous une forme moins dense, du fruit appelé ici: *granadita*.

Quant à l'apparition et à la disparition successive du corps étranger au bord intérieur du col utérin, elle s'explique par l'invasion intermittente du sang

dans le corps étranger qui se gonflait et se dégonflait d'une manière alternative et toute physiologique.

DR. PIRARD.

---

ANATOMIA PATOLOGICA.

---

Tengo el honor de presentar á mis colegas la estremidad libre del hueso de un muñon, correspondiente al tercio superior del muslo izquierdo, resultado de una amputacion circular, hecha mas de veinte años hace, por motivo de herida.

El individuo de quien separé esta piera, tenía como 50 años de edad, y murió de alguna enfermedad que en nada afectaba al sistema huesoso.

El muñon tenía una forma cónica, cuyas partes blandas eran muy flexibles. Sus músculos adherían en toda la circunferencia del hueso como á 2 milímetros de la línea que se supone haber seguido la sierra á la hora de la amputacion, y la estremidad libre de dicho hueso estaba cubierta de un periostio, y encima, de un tejido celular condensado sobre el cual reposaba la cicatriz.

Habiendo separado con la sierra una porcion del femur como de 4 centímetros, se vió que su canal medular estaba amplificado, sus paredes adelgazadas hasta no contar en ciertos puntos sino con medio milímetro de espesor, y su cavidad completamente llena de médula roja, la cual llenaba tambien la estremidad libre de la pieza, que terminada por un cascarron huesoso bastante delgado, figura un segmento de esfera irregular, de mayor diámetro que el cilindro sobre que reposa.

En lo que he leído no he visto descrito este modo de cicatrizarse la estremidad libre del hueso de un muñon y por eso lo presento á mis colegas como caso curioso; además de que sirve para confirmar la opinion histiológica de que el tejido medular contribuye tanto como el periostio y el cartilago, al desarrollo del tejido huesoso; sea transformándose, segun unos, directamente sea secretando, segun otros, un blastema en medio del cual se forma aquel.

México, Agosto 3 de 1864.

L. HIDALGA CARPIO.