

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 Porta-Caeli 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.

Étude sur la lèpre au Mexique, DR. F. PONCET. (Suite).—Clasificacion médico-legal de las heridas, D. LUIS HIDALGO CARPIO.

PATHOLOGIE.

LÈPRE ANTONINE OU ANESTHÉSIQUE.

(SUITE.)

Fragment lu à la séance du 24 Mai 1864.

D'après ces faits et des renseignements recueillis sur d'autres malades dont il est impossible de reproduire les observations, nous essaierons de présenter l'histoire de la lèpre antonine. A dessein nous avons choisi les sujets où les formes de la maladie n'étaient point mélangées, nous réservant ces dernières observations pour le moment où nous aurons à parler des analogies que présentent entre elles les trois variétés de la lèpre.

Cause.—La cause déterminante, suivant presque tous les malades interrogés serait un refroidissement humide. Ce sont des laboureurs surpris par un orage dans les immenses plaines d'une hacienda: leur léger caleçon de toile et la chemise qui forme leur costume sont rapidement mouillés et ils s'exposent alors aux rayons directs du soleil ou à un feu très vif pour se sécher, car leur pauvreté est telle qu'ils ne peuvent changer de vêtements. Ce passage rapide de la pluie au soleil est particulièrement signalé par les habitants des plateaux; ce serait, selon les traditions des familles, la cause la plus ordinaire des maladies de la peau si nombreuses chez les Indiens.

Fièvre lèpreuse.—Quoi qu'il en soit de la valeur de cette étiologie sur laquelle nous reviendrons plus tard; après ce refroidissement, le malade est pris

d'une fièvre violente, avec soif ardente, courbature générale, douleurs profondes des muscles, douleurs sourdes et continues.

La céphalalgie paraît être dans cette période prodromale le symptôme le plus intolérable; les uns comparent leur état à celui d'un homme ivre ne pouvant s'asseoir sur son lit sans être pris de vertige; les autres accusent des élancements vers le front, des douleurs pulsatives orbitaires. Cette fièvre d'invasion dure cinq à six jours après lesquels le malade reprend ses occupations.

De nouveaux symptômes, appartenant dès lors à la lèpre anesthésique, surviennent dans un temps rapproché; ce sont par ordre d'apparition: *L'abolition des fonctions sudorifiques, les taches, l'anesthésie locale et la contracture.*

Les observations que nous avons pu recueillir jointes à l'opinion émise par M. le professeur Lucio, nous permettent de dire que d'abord parmi ces symptômes, les taches ne sont point d'une apparition constante et qu'ensuite les autres ne suivent pas dans leur évolution une marche très-régulière. C'est ainsi qu'on rencontre quelque fois l'anesthésie sans la contracture, et d'autre part la contracture sans l'anesthésie. Cette dernière peut ne pas exister alors même que les doigts ont déjà disparu (observation de Victoria Ros). Le plus ordinairement toute fois la flexion des phalanges est précédée de l'anesthésie.

Crevasses.—M. Lucio signale les crevasses de la plante du pied comme un symptôme auquel il faut attacher une grande valeur, parce qu'il arrive au début de la maladie et ne manque presque jamais; mais, si l'on considère la nature du sol des plateaux le plus souvent sablonneux, la sécheresse habituelle de l'atmosphère; si l'on remarque le peu de soins de propreté accordé au corps par les Indiens, leur mode de chaussure réduite à une sandale, les longues courses auxquelles ils sont habitués, on reconnaîtra que les crevasses ne doivent point se produire seulement chez les lèpreux. Ce fait est du reste confirmé par l'observation; beaucoup d'Indiens portent des crevasses profondes et douloureuses sans devenir antoninos.

Perte de la sueur.—Après l'accès de fièvre, le malade s'aperçoit d'une sécheresse inaccoutumée de la peau aux bras et aux jambes. L'épiderme peu à peu devient sec, rugueux et perd toute sa moiteur; la fatigue, les travaux habituels ne provoquent plus aucune sueur des membres. En général cette altération débute par le côté externe où elle devient bientôt très évidente; tandis qu'au côté interne elle est toujours moins sensible bien qu'elle finisse par envahir toute la circonférence des bras ou des jambes; le visage et le front sont dans des conditions analogues, mais pour compenser cette perte partielle des fonctions sudorifiques, le tronc est inondé de sueur au moindre travail; l'eau ruisselle abondamment et fatigue le malade dans ses occupations, le réveille pendant son sommeil; il n'est point rare de voir alors certains lèpreux se plaindre de cet excès de sueur et attirer l'attention des médecins sur cette hypersécrétion, sans mentionner la sécheresse des autres parties.

Pour les gens qui environnent le malade, la lésion n'est point dans la sécheresse épidermique mais bien dans cette sueur incommode qui baigne les linges pendant le repos de la nuit. Beaucoup plus importante que la crevasse, l'abolition partielle de la fonction sudorifique est un symptôme constant et du plus mauvais pronostic.

Taches.—Les taches farineuses apparaissent vers la même époque. On ne peut mieux les comparer qu'aux taches du pityriasis; sur la peau des Indiens d'une couleur rouge brun particulière, connue sous le nom de rouge Indien, elles ressortent en blanc jaunâtre. La desquamation fine, légère et farineuse qui les constitue est quelque fois au début plus large et couleur de la peau indienne, c'est alors la première écaille, mais après cette couche, on voit reparaître le caractère fondamental du pityriasis, c'est à dire la petite pellicule farineuse, blanchâtre, sans humidité, sans liquide. Ces taches ne sont pas douloureuses, tout au plus dans les moments de fatigue quand elle sont arrosées par la sueur causent-elles une légère démangeaison; elles ont un diamètre fort inégal, ayant ici une largeur de 4 à 5 centimètres, occupant ailleurs la poitrine et le dos ou toute la figure. A cette période de la maladie on pourrait soupçonner une autre lésion de l'épiderme qui fait nommer *pintos* ceux qui en sont atteints; il suffit d'avoir vu les deux affections pour ne point s'y méprendre. Sur les bords de ces énormes décolorations on aperçoit rarement une zone rouge inflammatoire de 1 à 2 centimètres, trace d'élimination qui rend l'affection encore plus apparente.

Ces taches ne détruisent pas les fonctions sudorifiques sur les parties qu'elles occupent; nous avons constaté plus d'une fois la sueur perlant au milieu de la desquamation furfuracée; mais elles précèdent l'anesthésie, et en sont accompagnées le plus souvent, sans qu'on puisse cependant d'une manière certaine prédire l'insensibilité cutanée d'après leur apparition.

Dans l'observation N° 3 nous voyons en effet la sensibilité, perdue sur les endroits affectés de pityriasis, renaître à un demi centimètre en dehors et sur le même sujet, dans d'autres points au contraire, l'anesthésie ne pas suivre le développement de la desquamation.

Anesthésie.—Si déjà l'anesthésie ne s'est point déclarée, elle ne tarde point à se montrer aux membres inférieurs, puis aux bras et à la figure; le tronc est presque toujours respecté, serait-il couvert de taches, et nous n'avons vu qu'une seule fois les téguments de la poitrine et de l'abdomen privés de sensibilité; encore avons nous à faire à un malade dont la voracité devait être soupçonnée.

Comme pour la plupart des symptômes de la lèpre, on ignore le début, la marche de cette paralysie. Quelques antoninos accusent des fourmillements, des crampes et des douleurs profondes, mais généralement il est impossible chez ces malades, d'intelligence médiocre, d'avoir des renseignements précis. Après

les prodrômes signalés, le malade s'est aperçu qu'il ne sentait plus aussi bien les objets qu'il voulait saisir; il avait entre ses sandales et la peau des graviers que ses voisins lui faisaient remarquer, ou mieux encore, le feu était à ses vêtements, la peau brûlait sous un charbon ardent et il ne le sentait point; l'odorat seul l'avertissait. Ces malheureux ont presque tous de nombreuses cicatrices de brûlures, traces indélébiles qui suffisent pour établir un diagnostic à première vue.

Marche de l'anesthésie.—L'anesthésie débute le plus souvent aux pieds et aux jambes. Ces parties sont en effet plus exposées aux intempéries; elles sont souvent mouillées, couvertes de boue et de poussière, grâce à la coutume des Mexicains, qui portent de larges pantalons ouverts jusqu'au genou et relevés pendant le travail, sur le milieu de la cuisse. La peau de ces parties, chez l'indigène, est déjà plus épaisse, écailleuse, cornée; c'est donc une prédisposition. La paralysie affecte d'abord les pieds, puis la portion externe de la jambe et des cuisses, s'arrêtant, dans les cas les moins invétérés, au tiers inférieur de la cuisse, remontant rarement au bassin.

Aux bras, la marche de la maladie est absolument analogue: le dos des mains, le côté externe de l'avant-bras et du bras sont frappés bien longtemps avant la face interne.

A la figure, comme les deux côtés sont régulièrement exposés, l'anesthésie affecte un côté ou l'autre à des degrés différents, ou se porte plus spécialement sur un groupe de muscles. En haut elle est limitée le plus souvent par une ligne qui réunirait les deux oreilles en passant sur les pariétaux, et en bas elle se prolonge sur les surfaces des muscles peauciers.

Sa profondeur.—Quant à sa profondeur, cette paralysie s'arrête sur le plus grand nombre des sujets, au tissu dermique, ce dont on peut s'assurer en faisant pénétrer une aiguille jusque sur les aponévroses musculaires qui redeviennent sensibles; mais dans les cas anciens, à la figure surtout, elle occupe les couches musculaires superficielles ou profondes et produit de nombreux désordres.

Paralysie des interosseux.—Dans nos observations précédentes nous avons fait remarquer l'anesthésie des muscles interosseux, des fléchisseurs et des extenseurs des deux couches; il résulte de cette lésion un amaigrissement notable de l'avant-bras, et surtout de la main. Les interosseux dorsaux sont réduits à quelques fibres, tous les mouvements de latéralité ou d'écartement des métacarpiens et des phalanges deviennent impossibles.

Les expériences de M. Duchesne ont prouvé que ces derniers muscles ont pour rôle de fléchir la première phalange et d'étendre la troisième, leur paralysie devant produire l'extension de la première et la flexion de la troisième.

La description que nous avons faite des mains des antoninos répond identiquement à la figure donnée par M. Duchesne au chapitre: paralysie des inter-

rosseux. Il y a rétrécissement du diamètre transversal, saillie des métacarpiens et des tendons des fléchisseurs dans la paume de la main, griffe d'ours dans les deux cas.

Paralyse des bras.— Cette paralysie musculaire, complète pour les interosseux, se borne cependant à l'anesthésie pour les muscles de l'avant bras. Le malade a parfaitement conscience d'une constriction exercée sur la masse des fléchisseurs et des extenseurs; du reste, malgré la flexion des phalanges, nous avons vu qu'en général tous les malades se servent de leurs doigts ou de leurs moignons pour des ouvrages journaliers demandant assez de précision.

Paralyse des pieds.— Les mouvements des pieds sont toujours intacts et le seul trouble qui existe d'abord dans la marche consiste en une diminution de la sensibilité plantaire; les lèpreux comparent cette altération à l'effet que produirait une couche de coton interposée entre le sol et la peau.

D'ailleurs ces malades marchent les yeux fermés et se rendent assez bien compte des inégalités du sol et de sa résistance. Les notions de froid et de chaud disparaissent les premières, ainsi peut-on couper, brûler les chairs vives sans qu'ils ressentent aucune douleur: un fait à signaler c'est que les brûlures, insensibles au moment où elles sont faites, deviennent très douloureuses quand la réaction inflammatoire s'y développe. Toute la zone rosée où la vascularité est plus grande ne peut être touchée sans provoquer des sensations excessivement pénibles.

Paralyse de la face.— La face est la partie du corps où les lésions de sensibilité se trouvent le plus souvent réunies à la perte des mouvements parce que, dans cette région, un grand nombre de muscles sont intimement adhérents à la peau et soumis plus directement aux influences qui en déterminent la paralysie. Si on examine, en effet, sur un lèpreux quels sont les muscles dont le jeu donne encore une certaine expression à la figure, on reconnaît qu'ils sont tous situés dans la deuxième couche ou bien que leur épaisseur a protégé les fibres profondes qui seules agissent dans les contractions. Tous les muscles superficiels sont complètement paralysés et inertes. C'est ainsi que les mouvements de la peau du front sont de beaucoup diminués; les fibres du frontal ne donnent aucune contraction sous le doigt. La paupière supérieure s'élève parfaitement; mais elle ne peut s'abaisser et la réunion des deux voiles est impossible. Ce fait s'explique très bien par la fonction superficielle du sphincter des paupières et la fonction profonde de l'élevateur. Les malades retiennent leur salive, mais tous ne peuvent siffler, ce qui indique le manque de solidité et d'homogénéité dans la contraction de l'orbiculaire. Le jeu des lèvres produit par les muscles profonds est tout à fait intact.

Masque des antoninos.— Nous avons décrit dans les observations une ophthalmie spéciale dont les caractères sont, une immobilité des paupières, une ir-

ritation chronique des muqueuses oculaires qui sont exposées le jour et la nuit à la poussière, au contact des corps étrangers, et enfin un larmolement continu; d'autre part la paralysie de la face est souvent irrégulière, plus intense à droite qu'à gauche, attaquant un muscle quand son congénère est intact; il résulte de ces accidents des yeux, du front, des joues et de la bouche un cachet bien caractéristique du visage chez les antoninos, une immobilité superficielle des traits, une fixité dans le regard toujours triste et humide, une certaine expression d'étonnement et de douleur causée par l'écartement des paupières et la direction à la partie inférieure de toutes les rides, de tous les traits: on croirait, surtout quand il existe une déviation des lèvres, à une hémiplegie; mais en parlant au malade on voit que la parole est facile, qu'il n'y a aucun écoulement de salive, aucune lésion profonde de l'œil; l'odorat, l'ouïe sont à l'état normal et les sentiments qui exigent de vives contractions musculaires et mettent en jeu tous les muscles sont rendus d'une façon très reconnaissable.

Nous ne connaissons, hors la lèpre antonine, aucune autre maladie produisant d'une manière constante ce masque pathognomonique.

Contraction des phalanges.—En parlant de la paralysie des muscles interosseux de la main nous avons dit que cette lésion devait être prise en considération pour expliquer la forme affectée par les phalanges contractées. Cette influence existe certainement, mais elle n'est point une condition nécessaire parce que nous avons rencontré cette contraction sur des sujets où il n'y avait encore aucune perte de la sensibilité (observation de Victoria Roz).

Le plus souvent, après la paralysie de la peau et des muscles interosseux, on voit les doigts s'infléchir et cette contraction devenir de plus en plus forte au point de former dans la paume des empreintes, des ulcérations. Par le repos plus ou moins complet auquel les mains se trouvent fatalement soumises, il survient un amaigrissement notable des doigts, des muscles interosseux, des éminences thénar, hypothénar et même de l'avant-bras. On remarque par fois une déviation horizontale du poignet vers le côté interne. Du reste la flexion n'affecte pas toujours la même forme; tantôt il existe une flexion générale de toutes les phalanges les unes sur les autres; tantôt la première phalange se trouve sur le même plan que les métacarpiens et les deux autres sont fléchies fortement sur elles-mêmes, à tel point que l'extrémité de la troisième vient s'appuyer sur la face palmaire de la première.

Cette position ne provient pas d'une contraction des fléchisseurs, car leurs tendons, rendus saillants par l'amaigrissement dont nous avons parlé, apparaissent dans le creux de la main faciles à dévier d'un côté ou d'un autre, ils n'offrent aucune tension et la masse des muscles de la face antérieure de l'avant bras reste molle, malléable et mobile.

En faisant l'extension peu à peu et de vive force on parvient à rendre à quel-

ques doigts leur direction primitive ou tout au moins à faire cesser une partie de la flexion, mais elle se reproduit aussitôt après, et les phalanges reprennent la position primitive. Ces mouvements forcés ne produisent que très peu de douleur, le long des muscles fléchisseurs correspondants.

Quant à la cause intime de cette contraction elle nous est encore inconnue, bien qu'elle doive résider probablement dans une altération anatomique des tissus; mais les cas de mort sont excessivement rares dans cette variété et nous n'avons pu jusqu'à présent constater les lésions qu'on trouverait à l'autopsie.

Lésions osseuses.—La lésion qui succède à la contraction des doigts, est la disparition des os des phalanges et quelquefois du métacarpe aux mains, des phalanges et des os du tarse aux pieds.

Cette fonte osseuse se fait de deux manières principales:

A. Par suppuration et ulcération,

B. Par absorption sans ulcération.

Le premier mode de destruction nous a paru beaucoup plus important que le second; il est plus douloureux et plus rapide, et les désordres provenant de la suppuration sont, en général, plus à craindre.

A. *Formation du durillon.*—Soit par une prédisposition spéciale à la maladie, soit parce que les lépreux paralysés n'ont pas la conscience exacte des efforts qu'ils développent pour le toucher, l'épiderme soumis à des contacts violents se développe outre mesure en certains points ordinairement saillants. On voit se former aux mains et aux pieds de ces malades, sur la face palmaire des doigts, sur les éminences thénar et hypothénar, au talon, vers la tête des métatarsiens, des hypersécrétions, cornées, planes, des durillons d'un volume extraordinaire. Ils ont jusqu'à quatre et cinq centimètres de circonférence, sont très épais, rugueux, d'une couleur jaunâtre, analogue à celle de l'épiderme corné et ordinairement insensibles. Leur développement paraît être essentiellement chronique, cependant nous en avons vu se former d'une manière qu'on pourrait appeler aigue; en voici un exemple:

Une femme atteinte de lèpre antonine [service de M. Posa, à l'hôpital San Pablo] en lavant du linge glissa, au moment où à genoux elle frottait avec le savon, et les doigts allèrent frapper la pierre au sommet de l'articulation des deux premières phalanges. Il y eut une légère érosion qui se cicatrisa rapidement, mais en même temps l'épiderme voisin s'épaississait; il se formait un petit durillon. Les parties voisines devenaient brun livide, rouge vineux foncé, elles étaient douloureuses et près de la cicatrice cornée se montrait une vésicule avec sérosité purulente qui donna naissance à un ulcère. [Six jours après.] La teinte brun livide a diminué d'intensité, elle est jaune orange: la vésicule touchée à l'iode, s'est complètement desséchée, mais la cicatrice s'est entourée d'un cercle corné granuleux, d'un durillon d'un centimètre de large. Les phalanges sont insensibles.

Ce fait nous a paru digne d'être relaté parcequ'il nous montre sous un point de vue aigu le développement rapide de ces durillons d'où naissent les ulcérations et les fistules osseuses.

Son évolution.—Suivant M. Lucio, dont nous traduirons le passage textuellement (P. 17 du mémoire): "C'est en enlevant ce durillon (quitando) qu'on découvre un trajet fistuleux conduisant vers l'os qu'en beaucoup de circonstances on ne peut toucher."

Nous ne trouvons plus dans le mémoire sur le mal de San Lazaro d'autre passage ayant rapport à l'évolution du durillon, à son mode d'ulcération.

Les lèpreux qui ont conservé un souvenir assez exact de leur maladie racontent que ces durillons, ordinairement insensibles, sont devenus tout à coup sans cause connue, chauds, rouges vers les parties voisines et très douloureux; ces malades ont eu [phénomène noté par M. Lucio] de la fièvre, de la courbature, de la céphalalgie pendant quelques jours: puis il s'est formé une vésicule sur le durillon, [ampollita] vésicule pleine d'un liquide rougeâtre ou sanguinolent; elle s'est rompue et il en est résulté une ulcération qui a mis 2, 3, 4 ans à se cicatricer; dans cette période l'os a disparu avec la suppuration de l'ulcère. Ces faits sont très bien indiqués et nous avons insisté sur leur production, étonné de ne pas les voir consignés par M. Lucio, dont le travail dénote une observation longue et exacte.

Le malade qui fait le sujet de l'observation III, José Maria Léon, raconte parfaitement ces détails; enfin sur le nommé Francisco Alix, nous avons pu les suivre pas à pas. [Voir l'observations du 13 Juillet au 5 Août.]

Période de destruction.—Le phénomène primitif nous paraît donc être l'inflammation du durillon avec accès de fièvre donnant lieu à la formation d'une vésicule, c'est d'elle que naît l'ulcère. Cet ulcère une fois formé au milieu d'un tissu épidermique aussi épais, on comprend que les couches cornées doivent rapidement tomber en détritres, l'ulcération arrive jusqu'aux chairs vives et alors au fond d'un petit puits de corne d'un centimètre d'épaisseur, quelquefois très large, on trouve un fond de bourgeons noirâtres. Ils ont, en général, un mauvais aspect parce qu'ils ne sont pas soignés et que leur situation sur des organes toujours en mouvement les expose à la congestion, à la contusion:

Trajets fistuleux.—Ces ulcères s'étendent en largeur, en profondeur surtout, arrivent jusqu'à l'os où ils occasionnent des périostites, des abcès périphériques qui vont alors s'ouvrir en tous sens, et on rencontre souvent des cicatrices de ces fistules sur le dos des métatarsiens à la suite de lésions situées à la face plantaire.

Au moment où le durillon s'ulcère, nous avons souvent essayé de faire pénétrer le stylet par un de ces trajets fistuleux qui devaient exister, selon les médecins de San Lazaro, *sous le durillon*; nous n'y sommes point parvenu.

Dans une de nos observations où nous avons pu suivre la formation de la vésicule, après sa rupture nous avons vainement recherché ce conduit. M. le docteur Posa, chargé du service, ne l'a jamais rencontré à cette période.

Dans un durillon nouvellement creusé au milieu duquel on apercevait une tache noire, M. Posa a enlevé la corne par couches successives et a ainsi mis à un trou cylindrique taillé dans la corne, mais arrivé sur la chair vive, on n'a pu trouver de trajet fistuleux.

Sur un autre durillon qui n'était pas et n'avait jamais été ulcéré, nous avons enlevé des tranches de corne jusqu'à la couche musculaire, là encore il nous a été impossible de rencontrer une fistule.

Cependant ces trajets fistuleux existent, mais dans une autre période, à la période qu'on pourrait appeler de réparation. Quand l'ulcération a découvert l'os et a produit la nécrose et la carie, quand il s'est formé de nouveaux bourgeons charnus réparateurs au fond de cet ulcère en voie de se cicatriser, ce qui demande un temps très long, alors on peut découvrir la fistule; et ce n'est point en introduisant le stylet directement sur le milieu de la plaie; mais le long de ses parois qu'on arrivera sur l'os déjà recouvert de bourgeons. On peut, en faisant décrire un cercle à l'instrument, circonscrire complètement ces bourgeons charnus; ils sont adhérents par leur base au tissu osseux mais ils resteront plusieurs mois encore avant de se réunir aux parois voisines composées d'un tissu corné peu vasculaire.

L'expression du professeur de Mexico (quitando la) "en enlevant le durillon on découvre un trajet fistuleux" nous paraît ne pas être d'accord avec l'évolution de la maladie; nous croyons que des durillons ayant parcouru leur période et sur le point d'être complètement cicatrisés ont été confondus avec d'autres épaisissements cornés en voie de destruction; dans les premiers, par la petite fissure non recouverte de corne, on a pu introduire un stylet mais cette fissure était la fin de l'ulcère et non point son origine.

Période de séparation.—L'observation IV fait ressortir parfaitement cette différence; le sujet Leonardo Ari, porte plusieurs durillons ulcérés: l'un deux date de cinq mois; sur les côtés des bourgeons charnus on arrive dans un trajet fistuleux; l'autre est plus ancien encore, il est en voie de parfaite guérison et la corne, soit prédisposition spéciale, soit par la marche, a déjà repris une certaine épaisseur qui ne laisse à découvert qu'une très petite fissure. Nous avons enlevé avec le bistouri les couches cornées successivement par petites tranches, alors en arrivant dans les parties cornées profondes on a une petite hémorrhagie venant de vaisseaux qui paraissent un peu hypertrophiés au milieu de ces durillons [comme dans une verrue], puis dans certains points ces mêmes vaisseaux renferment du sang coagulé, et çà et là de petites suffusions sanguines. Plus bas encore, au milieu de la corne, vous apercevez une portion de chair d'aspect différent, plus blanche et plus molle. Ce n'est plus de la

corne; le stylet pénètre et descend sur l'os au milieu d'un tissu peu dense, vasculaire et provoque une petite hémorrhagie; sur le pourtour de ce bourgeon blanchâtre on peut faire pénétrer aussi l'instrument, mais il n'y a pas issue de sang, il existe ici une séparation des bourgeons et des parties voisines: un véritable trajet fistuleux et en imprimant des mouvements de latéralité on parcourt certains espaces isolés; néanmoins la séparation n'est point circulaire et l'adhésion se trouve déjà complète en plusieurs points.

Nous reviendrons plus tard sur l'analogie de ces ulcérations avec le maï perforant du pied décrit par Mr. Leplat, professeur au Val-de-Grâce et dont la thèse se trouve consignée en partie dans l'ouvrage de M. Nélaton.

Crevasses dégénérées.—Outre le durillon ulcéré il se forme à la face palmaire des doigts et surtout au talon d'autres ulcères du même genre provenant de crevasses dégénérées sous l'influence de la maladie. Ces nouvelles ulcérations n'affectent point la forme circulaire, elles sont longues, étroites, profondes et sont peu être plus douloureuses au début de la maladie, car ces parties devenues sensibles sous l'influence de l'inflammation, se trouvent moins protégées, plus exposées par leur position à être couvertes de poussière et de graviers.

B. Absorption spontanée.—L'absorption spontanée des phalanges est un phénomène plus difficile à étudier.

Après la rétraction des phalanges, il se produit peu à peu par l'immobilité, et sous l'influence morbide spéciale à la lèpre, une atrophie très marquée de la main; elle se rétrécit; les métacarpiens et les phalanges s'effilent et perdent le paquet graisseux qu'on rencontre à la face palmaire. En les examinant attentivement où reconnaît que l'os est confondu avec un tissu fibreux au milieu duquel le squelette a diminué d'épaisseur; les têtes et les extrémités inférieures des phalanges n'ont plus leur configuration naturelle.

Dans certains cas l'absorption des éléments calcaires osseux est telle qu'on peut fléchir les doigts dans le sens de l'extension. M. Lucio a vu un cas où les doigts du pied arrivaient à toucher la face dorsale et nous avons cité une observation où les phalanges de la main se courbaient à 45 degrés sur le métacarpe.

Cette lésion osseuse n'a pas une marche régulière; c'est ainsi que la deuxième phalange peut disparaître complètement laissant la première et la troisième intactes, ou la troisième se fondre et les deux autres rester entières.

Le manque d'autopsies ne nous a point permis de connaître plus intimement les altérations curieuses qui doivent se produire dans les tissus.

Quel que soit le mode de destruction des os, les antoninos arrivés à une période avancée de leur maladie ont une conformation des mains et des pieds qui ne permet pas un instant de douter de la nature de leur affection. Après la perte osseuse il arrive que la peau se rétracte et met en rapport les unes avec les

autres les parties les plus opposées. Par cette rétraction les cicatrices des fistules sont cachées ou diminuées de largeur, elles sont à peine visibles, et comme le fait remarquer M. Lucio, on pourrait croire à un vice de conformation congénital, idée qui se présente la première aux personnes qui n'ont pas l'habitude de voir des lèpreux.

Résistance de l'ongle.—L'ongle affecte une persistance remarquable, et malgré la chute d'une ou deux phalanges on en retrouve toujours les traces évidentes; il se raccourcit, se tord, s'épaissit et occupe tantôt le sommet des métacarpiens correspondants après la perte de toutes les phalanges, tantôt l'extrémité de la troisième phalange, celle-ci étant en rapport avec la première. Ces moignons ainsi formés ont ordinairement l'extrémité grossie par tout le tissu fibreux des phalanges et de la peau rétractée, ils sont en outre le siège de gonflements survenus à l'éruption de chaque nouvelle tache sur le durillon et ils présentent comme aspect particulier une extrémité libre toujours un peu renflée avec un crochet corné.

Au pied on observe plus souvent des lésions des os du tarse et l'observation de Pilar Noyéra en est un des plus beaux spécimens. On a observé des cas, plus rares heureusement, où la destruction osseuse ne s'arrêtait aux mains qu'à l'articulation radio-carpienne; aux pieds elle n'a jamais dépassé l'articulation tibio-astragaliennne.

Marche.—Terminaison.—La lèpre anesthésique débute ordinairement dans l'âge adulte, mais il n'est point rare quand l'hérédité existe dans la famille de la voir se développer dès l'enfance ou la puberté; ces accidents ont alors une marche irrégulière et beaucoup plus rapide.

Nous avons réuni dans un tableau l'époque de l'invasion et l'état des lèpreux anesthésiques au moment de leur examen; il en résulte que la maladie débute en moyenne vers 29 ans, et qu'entre le début de la lèpre et de la résorption osseuse il s'écoule toujours de longues années, de 12 à 13 ans. La paralysie et la contracture se montreraient après 8 ans.

LÈPRE ANTONINE.

NOMS.	Age actuel.	Age au moment de l'invasion.	Durée de la maladie.	PÉRIODE ACTUELLE D'ÉVOLUTION.	LIEU DE NAISSANCE.
Marino T.....	58	28	30	Lésion osseuse.	Ayotlan (Mexico.)
Francisco A....	39	26	13	Lésion osseuse.	Mexico.
Jésus O.....	83	71	12	Contracture, paralysie	Ayotlan (Mexico.)
Fortines Of....	32	25	7	Paralysie.	Toluca.
Michel R.....	25	21	4	Paralysie, taches.	Celaya (Guanajuato.)
Antonio.....	14	11	3	Paralysie	Morelia (Michacan.)
Pablo H.....	49	34	15	Contracture.	Id.
Léonard A.....	53	35	18	Lésion osseuse.	Salamanca (Guanajuato)
José Maria.....	37	26	11	Lésion osseuse.	Calderon (Jalisco.)
Antonio Var...	22	18	4	Lésion osseuse.	Salamanca (Guanajuato)
Pilar Noyéra...	45	11	34	Lésion osseuse.	Mexico.
Victoria Ros...	22	16	6	Contracture.	Mexico.
Ansel Ron.....	53	42	11	Lésion osseuse.	Id.
Gertrude Gare..	16	6	10	Id.	Mexico.
Romana Aret...	53	33	20	Id.	Id.
Guadalupe Lop.	48	36	12	Id.	Aguascalientes.
Antanasia.....	53	48	15	Id.	Id.
Maria Petronilla	56	42	14	Id.	Querétaro.
Maria Recendez.	59	46	4	Lésion osseuse.	Querétaro.
Abino Rodriguez	26	14	12	Lésion osseuse.	Querétaro
Moyennes.....		29,4	Lesi- os- seuses. 13,3 Paralysie contrac- ture. 8		

La lèpre antonine affecte une marche tout à fait chronique et les cas de mort causés par cette maladie même sont excessivement rares.

Les malades sont presque toujours emportés par des affections intercurrentes aiguës et succombent rarement aux suites du mal lui-même. Leur état anesthésique les expose à un certain groupe de maladies: aux brûlures, et surtout aux refroidissements dont ils n'ont pas conscience, ce qui produit chez eux des inflammations de poitrine, des accès de fièvre intermittente souvent répétés. La diarrhée, cette période fatale dans les deux autres formes de la lèpre que nous aurons à décrire, survient à une époque très reculée, et faut-il

encore que les accidents inflammatoires des durillons, acquièrent une violence extraordinaire.

Nous avons vu dans les salles de San Pablo (Service de M. Posa) une femme de 45 ans, lèpreuse depuis 35 ans chez laquelle les fistules osseuses s'étaient déclarées à 15 ans et dont l'état général de santé n'était pas alarmant. Elle avait une brouchite chronique et de fréquents accès de fièvre, mais les fonctions digestives étaient intactes, l'intelligence très nette et les souffrances à peu près nulles.

Nous nous occuperons du diagnostic, du traitement et des analogies des trois formes de lèpre dans un chapitre placé après la description des variétés.

CLASIFICACION MEDICO-LEGAL DE LAS HERIDAS.

El año de 1856 publicó en el primer tomo de la *Union Médica* un artículo encabezado como el presente; mas como el difunto D. Néstor Tellechea, médico de capacidad, me hubiese hecho algunas observaciones justas en contrario, que publicó en el *Boletín del Cuerpo médico-militar*, yo reformé mis ideas y escribí esta nueva memoria con el fin de divulgarla en la primera oportunidad. Parece que hoy se presenta ya la ocasion de hacerlo, cuando diversas comisiones compuestas de magistrados y otros juristas se ocupan, de orden suprema, de la formacion de los códigos nacionales. Probablemente mis ideas sobre clasificacion de heridas no tendrán la importancia que yo creo; pero es mi deber manifestarlas, por si fueren de alguna utilidad publica.

ARTÍCULO 1º

Reina el mayor desacuerdo entre los tratadistas de Medicina legal cuando llegan á la clasificacion de las heridas, y es que cada uno se ha esforzado en cumplir con lo que la ciencia exige y lo que exige la ley de su país respectivo: cosas que en la actualidad no son en todas partes muy conciliables, por ser sus leyes anteriores á los últimos descubrimientos de la medicina y porque seguramente tampoco se consultó á los médicos para la formacion de aquellas. Ademas, parece que estos no han tenido en consideracion todos los resultados materiales que puede tener una herida, confundiendo en una sola las distintas responsabilidades que inducen. [1]

La necesidad de una clasificacion médico-legal de las heridas, viene de la necesidad que hay de distinguir entre sí la diversidad de resultados materiales que producen, tanto por razon del instrumento con que han sido inferidas

(1) El Sr. Tellechea en su artículo ya citado, y despues el Sr. Roa Bárcena en su *Práctica criminal y médico-legal*, parece son los primeros que en México han llamado la atencion sobre que es necesario al clasificar las heridas no confundir la responsabilidad criminal con la responsabilidad civil.